

**Gezond, gewoon doen.**

**Nota lokaal gezondheidsbeleid  
Gemeente Nieuw-Lekkerland  
Beleidsperiode: 2007-2011**

## INHOUDSOPGAVE

	p.
Hoofdstuk 1: Inleiding	2
Hoofdstuk 2: Missie	3
Hoofdstuk 3: Overgewicht	4
Hoofdstuk 4: Psychosociale problematiek	7
Hoofdstuk 5: Binnenmilieu	11
Hoofdstuk 6: Vaccinatiegraad	14
Hoofdstuk 7: Druggebruik onder jongeren	20
Hoofdstuk 8: Samenvatting opgaven en financiën	24
Hoofdstuk 9: Literatuur	26

## Hoofdstuk 1: INLEIDING

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) geeft bepalingen met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. Eén van de bepalingen uit deze wet is dat de gemeenteraad eens in de vier jaar de Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt, waarin het lokale beleid ten aanzien van collectieve preventie en openbare gezondheidszorg wordt uitgewerkt.

De huidige Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 'Gezondheid in alle lagen' liep per 1 juli 2007 af. Daarom is er voor de periode van 1 juli 2007 tot 1 juli 2011 een nieuwe Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid ontwikkeld: '**Gezond, gewoon doen**'. De basis voor deze nota is het landelijk preventiebeleid 'Kiezen voor gezond leven' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de gezondheidsmonitor van de GGD Zuid-Holland Zuid. Het landelijk preventiebeleid is voor de periode 2007 tot 2011 gericht op de thema's roken, overgewicht, diabetes, depressie en alcohol.

De gezondheidsmonitor van de GGD is tot stand gekomen naar aanleiding van een gezondheidsenquête onder de inwoners van de regio Zuid-Holland Zuid en geeft informatie over de gezondheidstoestand en –beleving én het voorkomen van ziekten in de Drechtsteden, de Alblasserwaard en Vijfheerenlanden. Meest in het oog springende uitkomsten van de gezondheidsmonitor zijn het grote aantal gevallen van overgewicht, het (zeer) excessief alcoholgebruik, de aanwezigheid van psychosociale problematiek bij jongeren, met name in het voortgezet onderwijs en volwassenen, een slecht binnenmilieu en -in een aantal gemeenten- een vaccinatiegraad van kinderen, die onder de landelijke norm ligt.

Uit de gezondheidsmonitor kan worden afgeleid dat de gezondheidsverschillen binnen de regio Zuid-Holland Zuid niet zo groot zijn. De portefeuillehouders uit de regio hebben zich daarom uitgesproken voor drie gelijklopende thema's voor alle veertien gemeenten in de regio, te weten overgewicht, psychosociale problematiek (met daarbij specifieke aandacht voor alcoholgebruik) en binnenmilieu.

Het realiseren van één regionale nota gezondheidsbeleid op de drie regionale thema's bleek bestuurlijk niet haalbaar. De veertien gemeenten binnen de regio Zuid-Holland Zuid hebben daarom ieder een eigen Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid ontwikkeld, waarvan de drie regionale thema's deel uitmaken. Bij de ontwikkeling van de nota heeft de GGD een belangrijke bijdrage geleverd. Voor de uitvoering van de acties op de regionale thema's zullen de veertien gemeenten –uit oogpunt van efficiency en effectiviteit- echter wel zoveel mogelijk samenwerken.

Naast de drie regionale thema's is er in deze nota specifieke aandacht voor een tweetal subregionale thema's, namelijk vaccinatiegraad en druggebruik onder jongeren. Daarin werkt de gemeente Nieuw-Lekkerland samen met de gemeenten Graafstroom, Zederik en Liesveld bij het thema vaccinatiegraad. Druggebruik onder jongeren is een thema voor de gemeenten Zederik, Giessenlanden, Graafstroom, Liesveld en Nieuw-Lekkerland.

In de nota wordt een aantal actoren vermeld. Het is goed de rollen van de gemeente en de GGD helder te maken. De rol van de gemeente is hoofdzakelijk kadersteller, regisseur en opdrachtgever. Op onderdelen kan de gemeente ook mede bij de uitvoering betrokken zijn in de rol van initiator en stimulator. De GGD heeft de rol van opdrachtnemer, leverancier en uitvoerder.

### Leeswijzer

In de voorliggende nota worden eerst de visie en missie van de gemeente ten aanzien van gezondheidspreventie beschreven. Vervolgens komen de verschillende thema's achtereenvolgend aan bod: overgewicht, psychosociale problematiek, binnenmilieu, vaccinatiegraad en druggebruik onder jongeren. Daarbij wordt per thema een aantal paragrafen uitgewerkt. Na een inleiding, met onder meer de gevolgen van de problematiek en het landelijk beleid ten aanzien van het thema, wordt het beoogd maatschappelijk effect verwoord. Dit maatschappelijk effect wordt vervolgens vertaald in doelstellingen en regionale en/of lokale acties. Daarbij wordt tevens stilgestaan bij de doelgroepen en de uitvoerders. De nota sluit af met een paragraaf waarin de opgaven en de financiële consequenties van het beleid worden gerecapituleerd.

## Hoofdstuk 2: MISSIE

Op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid is de gemeente verantwoordelijk voor preventief gezondheidsbeleid. Doel van het preventief gezondheidsbeleid is om de gezondheid van (specifieke groepen) inwoners te beschermen en te bevorderen, ziekten te voorkomen en ziekten vroegtijdig op te sporen.

De gemeente moet dus investeren in de gezondheid van haar inwoners. Naast de wettelijke verplichting is dit vanuit de zorg voor de inwoners tevens een morele verantwoordelijkheid.

Het beleidsterrein volksgezondheid heeft veel raakvlakken met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Immers, door te investeren in de gezondheid van mensen kan op termijn gedeeltelijk voorkomen worden dat mensen (langdurig) aanspraak moeten maken op individuele voorzieningen uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Naast de wettelijke taak en de morele verantwoordelijkheid die de gemeente heeft tot het voeren van een preventief gezondheidsbeleid, kan vanuit het beleidsveld van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning dus geconcludeerd worden dat de gemeente ook een financieel belang heeft bij het voeren van een zo effectief mogelijk preventief gezondheidsbeleid.

Het voeren van een effectief preventief gezondheidsbeleid vergt overigens wel een lange termijnbenadering. Er kan niet verwacht worden dat aan het einde van de looptijd van deze nota de problematiek omtrent overgewicht, psychosociale problematiek, binnenmilieu, vaccinatiegraad en druggebruik onder jongeren is opgelost. Er zal daarom langdurig op deze thema's moeten worden ingezet.

Dit verklaart ook de wellicht ambitieuze doelstellingen in verhouding tot de opgaven. Mogelijk worden de doelstellingen in deze beleidsperiode niet geheel gehaald met de vermelde opgaven. Dat neemt echter niet weg dat de geformuleerde doelstellingen het nasteven waard zijn, ook op de wat langere termijn.

Daarnaast moet worden opgemerkt dat bij een volgende meting moeilijk aan te tonen valt dat gebleken resultaten het directe gevolg zijn van de gerealiseerde opgaven. Andere maatschappelijke bewegingen en effecten hebben daarop ook invloed. Nietsdoen is echter gelet op de geconstateerde noodzaak en de wettelijke verplichting geen optie.

Bij een aantal thema's wordt als randvoorwaarde aangegeven dat er binnen de mogelijkheden wordt aangesloten bij evidence- en practice-based interventies en programma's. Uitdrukkelijk wordt daarbij aangegeven "binnen de mogelijkheden" omdat dit vaak brede en uitgebreide programma's die zowel wat formatieve inzet als financiële middelen betreft, omvangrijk kunnen zijn. Of een dergelijk programma toegepast kan worden, is dus met name afhankelijk van de beschikbare middelen en capaciteit.

De missie en visie van preventief gezondheidsbeleid zijn:

### *Missie*

De kans op gezondheid en de jaren in goede gezondheid voor iedereen verhogen en de verschillen daarin tussen inwoners onderling verkleinen.

### *Visie*

Een integrale aanpak gericht op positieve beïnvloeding van de leefstijl, sociale en fysieke omgeving en gezondheidszorg met extra aandacht voor groepen met een relatieve gezondheidsachterstand en voor groepen die een verhoogd gezondheidsrisico lopen.

## Hoofdstuk 3: OVERGEWICHT

### 3.1 Inleiding

De afgelopen decennia is het aantal mensen met overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) en de daardoor veroorzaakte ziekten en aandoeningen sterk toegenomen. Deze toename is in de regio Zuid-Holland Zuid én in onze gemeente ook duidelijk waarneembaar. Op grond van het rapport 'Overgewicht en obesitas' van de Gezondheidsraad mag bovendien worden verwacht dat het aantal gevallen van overgewicht in de toekomst nog verder zal stijgen.

De aanpak van overgewicht en obesitas is daarom voor Nieuw-Lekkerland en de regio Zuid-Holland Zuid een beleidsthema wat voor de komende beleidsperiode geagendeerd is.

### 3.2 Gevolgen gezondheid

Overgewicht vormt om meerdere redenen een gevaar voor de volksgezondheid. Eén van de eerste gevolgen van overgewicht is verstoring van de normale insulinerwerking, wat kan leiden tot diabetes mellitus type 2 (ouderdomsdiabetes). Daarnaast brengt overgewicht andere ziektebeelden met zich mee zoals een hoge bloeddruk en een verhoogd risico op een hartinfarct en bepaalde vormen kanker.

Naar schatting wordt ongeveer vijf procent van de jaarlijkse sterfte veroorzaakt door overgewicht. Verder worden aan overgewicht jaarlijks vele ziektegevallen geregistreerd, te weten diabetes, hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van kanker. Maar ook de psychische en sociale gevolgen van overgewicht moeten niet worden onderschat. Stigmatisering en discriminatie als gevolg van 'te dik zijn', zijn niet gunstig voor het zelfbeeld van de betreffende personen. In die vorm is er ook een relatie met hoofdstuk 4: psychosociale problematiek.

Als gevolg van de verwachte toename van het aantal personen met overgewicht in de komende jaren, zal het aantal gevallen van de diabetes en hartziekten in de toekomst ook gaan toenemen. De gevolgen van overgewicht voor de gezondheid zijn dus enorm en gaan gepaard met een verminderde kwaliteit van leven. De levensverwachting van iemand met ernstig overgewicht daalt met zeven jaar. Indien er ook nog gerookt wordt, daalt de levensverwachting zelfs met dertien jaar.

### 3.3 Cijfers regio

De gezondheidsmonitor van de GGD laat zien dat er bij 50% van de volwassenen in de regio Zuid-Holland Zuid sprake is van overgewicht. Bij ruim 10% van de volwassenen in de regio is er zelfs sprake van ernstig overgewicht (obesitas). De afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD onderzoekt jaarlijks alle kinderen in de groepen 2, 4 en 7 van het basisonderwijs en klas 2 van het voortgezet onderwijs. De uitkomst van het onderzoek gemeten in schooljaar 2004-2005 geven aan dat meer dan één op de vijf kinderen volgens de normen lijdt aan overgewicht, waaronder een percentage van 5% obesitas. In geval van obesitas wordt een relatie gezien met lage Sociaal Economische Status. In relatie tot de aanpak geldt dat voor onze gemeente op individueel niveau zal moeten worden gewerkt, er zijn hier geen wijken of dorpen met een lage SES als kenmerk.

### 3.4 Cijfers gemeente Nieuw-Lekkerland

In onze gemeente heeft ruim 50% van de volwassenen te maken met overgewicht. Nieuw-Lekkerland scoort hiermee iets hoger dan gemiddeld in de regio Zuid-Holland Zuid. Het aantal gevallen van volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) ligt in de gemeente op ongeveer 12%.

Van de kinderen in onze gemeente is, gemeten in het schooljaar 2005-2006, 10% van de kinderen in groep 2 te zwaar. In groep 4 ligt dit percentage op 15% en in groep 7 op ongeveer 17%. In de tweede klas van het voortgezet onderwijs ligt het percentage kinderen met overgewicht op 19%. Voor de groepen in het basisonderwijs geldt dat de cijfers wat gunstiger zijn dan de cijfers in de regio. Voor het voortgezet onderwijs is echter het tegendeel het geval.

### 3.5 Landelijk beleid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft voor de periode van 2007 tot 2010 een preventienota 'Kiezen voor Gezond leven' opgesteld, waarin de belangrijkste speerpunten van preventief gezondheidsbeleid voor het Rijk zijn opgenomen. Eén van deze speerpunten is de aanpak van overgewicht.

### **3.6 Wat weten inwoners?**

De GGD concludeert uit onderzoek dat een zeer grote groep inwoners onvoldoende kennis heeft over gezondheidsproblemen die het gevolg zijn van (ernstig) overgewicht. Het is daarom van belang te investeren in kennisoverdracht over het ontstaan van (ernstig) overgewicht en de bewustwording van de gezondheidsrisico's te bevorderen.

### **3.7 Visie overgewicht**

Een goede gezondheid is een gedeelde verantwoordelijkheid van de inwoner, de overheid en maatschappelijke organisaties. Daarbij wil de gemeente zorgdragen voor gelijke kansen voor alle inwoners op een goede gezondheid. Daartoe is het noodzakelijk dat de gemeente maatregelen treft ter preventie van gezondheidsproblemen, die ontstaan door overgewicht. Het beleid richt zich met name op de factoren kennis, bewustwording, gedragsverandering en (her)inrichting van het leefmilieu en kenmerkt zich door een integrale aanpak.

### **3.8 Beoogd maatschappelijk effect**

Door de komende beleidsperiode in te zetten op de aanpak van overgewicht, wordt beoogd een verdere toename van overgewicht en obesitas te voorkomen, waardoor minder verloren levensjaren en minder aan overgewicht en obesitas gerelateerde ziektelast ontstaan.

### **3.9 Gemeentelijke doelstellingen:**

- 1) Overgewicht en obesitas bij jeugdigen in de leeftijd 0 – 19 jaar is in 2011 niet verder toegenomen ten opzichte van de onderzoeksgegevens van het schooljaar 2005-2006.
- 2) Overgewicht en obesitas bij volwassenen zijn, afgezet tegen de gegevens uit de gezondheidsmonitor 2006, niet verder toegenomen.

Bij de beoordeling van nieuwe gegevens worden ook trendgegevens meegenomen: het ombuigen van de negatieve trend wordt daarbij als uitgangspunt genomen.

### **3.10 Uitvoerders**

Om het beoogd maatschappelijk effect en de gemeentelijke doelstellingen te kunnen bereiken, is een integrale aanpak nodig, waarbij de gemeente, relevante beroepsgroepen, bestaande organisaties en de GGD een belangrijke rol spelen.

De gemeente stimuleert bestaande organisaties, verenigingen en relevante beroepsgroepen om de preventie van overgewicht zoveel mogelijk structureel in hun werk op te nemen. Daarnaast maakt de gemeente afspraken met organisaties en beroepsgroepen (zoals huisartsen en consultatiebureaus) over hun bijdrage aan de aanpak van overgewicht in de komende beleidsperiode.

De GGD heeft een taak op het gebied van voorlichting en advisering aan onder meer inwoners, instellingen en bedrijven. Tevens verzorgt de GGD de monitoring op basis waarvan de gemeente haar beleid kan maken, uitvoeren en evalueren.

### **3.11 Pijlers**

De aanpak over overgewicht richt zich op de factoren kennis, bewustwording, gedragsverandering en (her)inrichting van het leefmilieu.

#### Pijler 1: Kennis en bewustwording

De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Zowel kinderen als volwassenen moeten (meer) inzicht krijgen in hun eet- en beweeggewoonten en moeten kennis verwerven om een verantwoorde keuze te maken ten aanzien van voeding en bewegen. Er wordt in dit verband geïnvesteerd in de eigen verantwoordelijkheid die de burger heeft. De (fysieke) omgeving speelt hierbij ook een belangrijke rol. Daarin ligt een gemeentelijke verantwoordelijkheid.

Uit diverse evaluaties blijkt overigens dat grootschalige, algemene campagnes betreffende voeding en bewegen geen langdurige effecten op inwoners hebben. De gemeente kiest er dan ook voor om interventies te plegen, die specifiek op doelgroepen gericht zijn. Waar mogelijk wordt aangesloten op landelijke campagnes zodat interventies ondersteunend aan elkaar zijn.

#### *Doelgroepen:*

- Mensen met een lage sociaal-economische status (SES);
- Leerlingen basis -en voortgezet onderwijs;
- Ouders en verzorgers;
- Intermediairs, zoals leerkrachten en jongerenwerk;
- Werkgevers.

#### *Opgaven:*

- 1) Het basisonderwijs in onze gemeente informeren en stimuleren gebruik te maken van beschikbare lesprogramma's, waarbij als onderdeel daarvan tevens op de ouderavonden aandacht wordt besteed aan voeding en bewegen (lokaal);
- 2) Opzetten van deskundigheidsbevordering voor intermediairs in de regio Zuid-Holland Zuid (regionaal);
- 3) Ondersteunen van het voortgezet onderwijs, het sociaal-cultureel werk en kinderopvang in de regio Zuid-Holland Zuid bij het ontwikkelen van lesprogramma's en/of activiteiten over voeding en bewegen (regionaal);
- 4) Versterken van de aandacht van de jeugdgezondheidszorg in de regio Zuid-Holland Zuid voor overgewicht en obesitas (regionaal).

#### Pijler 2: Gedragsverandering en (her)inrichting leefmilieu

Overdracht van kennis en de bewustwording van de gezondheidsrisico's van (ernstig) overgewicht leiden niet automatisch tot gedragsverandering zoals het nuttigen van minder ongezonde voeding met een hoge energiedichtheid en meer bewegen. Bij verandering van gedrag, speelt de omgeving waarin de mens leeft, een belangrijke rol. De omgeving dient zo ingericht te zijn dat gezond gedrag een voor de hand liggende keuze is. Omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld wonen, deelnemen aan het verkeer, deelnemen aan verenigingen, spelen, naar school gaan, werken, winkelen en recreëren. Gedragsverandering vergt dus niet alleen de inzet van onze inwoners, maar ook van degenen die verantwoordelijk zijn voor de ordening en inrichting van de omgeving waarin de inwoner leeft. De aanpak van overgewicht vraagt derhalve om een integrale benadering.

#### *Doelgroepen:*

- Leerlingen basis- en voortgezet onderwijs;
- Ouders en verzorgers;
- Mensen met een lage sociaal-economische status (SES);
- Zorgaanbieders.

#### *Opgaven:*

- 5) De regio Zuid-Holland Zuid ontplooit initiatieven om met het onderwijs bewegingsbeleid en gezonde voeding (o.a. in schoolkantines) op school te realiseren (regionaal/lokaal);
- 6) Inzet en indien nodig aanpassen van praktische instrumenten in de regio Zuid-Holland Zuid voor het ondersteunen van ouders bij het stellen van grenzen (regionaal);
- 7) In de regio Zuid-Holland Zuid wordt een verbeterde infrastructuur en een sluitende ketenaanpak overgewicht gerealiseerd tussen de sectoren preventie en zorg (regionaal);
- 8) Het handhaven van de screening in groep 4 door jeugdgezondheidszorg (regionaal).

### **3.12 Financiering**

In de opgaven is onderscheid gemaakt tussen regionale opgaven en lokale opgaven. Aan regionale acties wordt deelgenomen indien de financiële middelen binnen de bestaande beschikbare budgetten kunnen worden gevonden dan wel indien er voldoende structurele (in ieder geval voor deze beleidsperiode) externe financiële middelen kunnen worden verkregen. Als er desondanks extra gemeentelijke middelen nodig zijn, vindt daarover afzonderlijke lokale besluitvorming plaats.

Voor lokale acties dient budget te worden geraamd. In opgave 1. worden scholen voor het basisonderwijs geïnformeerd en gestimuleerd om gebruik te maken van beschikbare lesprogramma's ten aanzien van voeding en beweging. Wanneer scholen een concreet lesprogramma willen toepassen, behoort een (kleine) financiële tegemoetkoming door de gemeente tot de mogelijkheden. Daartoe zou budget van € 500,- moeten worden geraamd per initiatief in de looptijd 2008-2011.

*Totaal extra budget ten behoeve van acties thema overgewicht: € 3.000,-- voor beleidsperiode.*

## Hoofdstuk 4: PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

### 4.1 Inleiding

Psychosociale problemen als depressiviteit, angststoornissen, negatief zelfbeeld en sociaal isolement komen in onze maatschappij veelvuldig voor. Zo ook in de regio Zuid-Holland Zuid.

Psychosociale problemen zijn goed te behandelen wanneer ze vroegtijdig worden gesignaleerd en er een goede doorgeleiding naar de hulpverlening plaatsvindt. In de praktijk blijkt echter dat inwoners hun klachten niet snel herkennen als psychosociale problemen. En dat, als de klachten wél als zodanig herkend worden, de weg naar de hulpverlening veelal niet bewandeld wordt uit angst voor stigmatisering.

Psychosociale problematiek en dan met name vroegsignalering en doorgeleiding naar de hulpverlening, is voor de hele regio Zuid-Holland Zuid een beleidsthema dat de komende beleidsperiode op de agenda staat. Daarbij zal tevens aandacht worden geschonken aan het bestrijden van overmatig alcoholgebruik. Bekend is namelijk dat het overmatig gebruik van alcohol sterk gerelateerd is aan psychosociale problematiek.

### 4.2 Gevolgen

Hoe een mens zich psychisch voelt, wordt (mede) bepaald door een subjectieve beleving van welzijn, onafhankelijkheid en handelingsbekwaamheid. Het gaat er daarbij om in hoeverre de mens bekwaam is om zijn intellectuele en emotionele mogelijkheden te benutten.

Mensen die zich psychisch niet goed voelen, kunnen relatief snel in een sociaal isolement raken, de regie over hun leven verliezen en uiteindelijk in een depressie raken. Dit heeft grote gevolgen voor de kwaliteit van leven. Mensen met een depressie worden beperkt in hun sociaal, lichamelijk en emotioneel functioneren en zijn vaak langere tijd psychisch en in relatie daarmee soms ook lichamelijk, ziek. Psychosociale problematiek kan ook leiden tot onder meer overlastsituaties waaronder (huiselijk) geweld en verkeersongevallen, zeker als er tegelijkertijd sprake is van overmatig alcoholgebruik.

Naast gezondheidsschade voor het individu is er dus ook sprake van negatieve gevolgen voor de samenleving. Gelet hierop en omdat door vroegsignalering en doorgeleiding naar hulpverlening veel te bereiken is, is psychosociale problematiek een thema voor de komende beleidsperiode.

### 4.3 Cijfers regio

In de regio Zuid-Holland Zuid wordt de psychische gezondheid beter ervaren dan gemiddeld in Nederland. Toch laat de gezondheidsmonitor van de GGD zien dat 15% van de inwoners van de regio zich in meer of mindere mate psychisch ongezond voelt. Bij de groep 75-plussers ligt dit percentage zelfs op 25%.

Onder de jongeren in het voortgezet onderwijs komen veel problemen als faalangst, een negatief zelfbeeld, onzekerheid, agressie en (vage) lichamelijke klachten voor. In het schooljaar 2004/2005 gaf ruim 10% van de leerlingen uit de 2<sup>e</sup> klas aan dergelijke klachten te hebben.

Van de kinderen op de basisscholen had in het schooljaar 2004/2005 volgens de ouders ruim 20% van de leerlingen in groep 2 te maken met psychosociale klachten. In groep 7 lag dit percentage op ruim 25%. Onder de jongeren in de regio komt daarnaast het zogeheten binge-drinken veelvuldig voor. Binge-drinken is een vorm van drinken, waarbij in korte tijd, bijvoorbeeld in het weekend, excessief veel alcohol wordt genuttigd.

De gezondheidsmonitor van de GGD laat verder zien dat 20% van de mannen in de regio Zuid-Holland Zuid in de leeftijd tussen de 19 en 65 jaar excessief alcohol gebruikt. Dat wil zeggen 4 tot 5 glazen alcohol gedurende 3 tot 4 dagen per week.



#### **4.4 Cijfers gemeente Nieuw-Lekkerland**

Over het bestaan van psychosociale problematiek in onze gemeente zijn slechts cijfers bekend van kinderen en jongeren.

In het schooljaar 2004/2005 gaf ruim 20% van de ouders van de leerlingen uit groep 2 aan psychosociale problemen bij hun kind te herkennen. In groep 7 had ruim 15% van de kinderen psychosociale problemen volgens de ouders. En in de 2<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs lag dit percentage in het schooljaar 2004/2005 volgens ouders op 17%. Gegevens uit zelfrapportage door jongeren laten een beeld zien dat 21% van de jongeren psychosociale problemen ervaart.

#### **4.5 Landelijk beleid**

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in haar preventienota voor de periode van 2007 tot 2010 zowel de preventie van depressie als de preventie van overmatig alcoholgebruik als speerpunt benoemd. Het Rijk richt zich op het gebied van de preventie van depressie onder andere op het vergroten van het bereik van de interventies en daarmee op het vergroten van de bewustwording (vroegsignalering).

Op het gebied van alcoholgebruik hanteert het Rijk de volgende doelstellingen:

- het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992;
- het aantal volwassen probleemdrinkers terugbrengen van de huidige, landelijke 10,3 procent naar 7,5% in 2010.

#### **4.6 Wat weten inwoners?**

De GGD merkt dat inwoners over het algemeen wel weten dat er mensen zijn die problemen hebben, maar dat deze problemen veelal niet herkend worden als psychosociale problematiek. Inwoners weten vaak niet hoe groot de omvang van psychosociale problematiek onder de bevolking is. Verder blijken zij er niet van op de hoogte te zijn dat psychosociale problematiek goed te behandelen is en dat vroegsignalering hierbij essentieel is. De GGD merkt tenslotte dat inwoners met psychosociale klachten een drempel naar de hulpverlening ervaren. Zij zijn bang voor stigmatisering.

#### **4.7 Visie psychosociale problematiek**

De mate van psychische gezondheid wordt beïnvloed door een combinatie van factoren in de biologische, fysieke en sociale omgeving en de persoonlijke leefstijl, waaronder gedrag. Van belang is dat de gemeente Nieuw-Lekkerland hierbij haar verantwoordelijkheid aangaande de preventie blijft tonen door inzet van middelen ten behoeve van maatschappelijk werk en collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg. De gemeenten zullen bij de inzet van het preventieve deel van verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg binnen de mogelijkheden zoveel mogelijk aansluiten bij evidence based-programma's door de betrokken instellingen.

#### **4.8 Beoogd maatschappelijk effect**

De gemeente streeft naar een stijging van het psychisch welbevinden van inwoners, een daling van het alcoholgebruik in het algemeen en van het gebruik door jeugdigen in het bijzonder. Dit moet leiden tot minder verlies aan levenskwaliteit en minder ziektelast.

#### **4.9 Gemeentelijke doelstellingen**

Algemeen:

- 1) De ervaren psychische gezondheid is in 2011 verbeterd ten opzichte van de gegevens uit de gezondheidsmonitor 2006;
- 2) De mate van alcoholgebruik is in 2011 afgenomen ten opzichte van het peiljaar 2006.

Jeugd:

- 1) Het percentage leerlingen in klas 2VO dat zegt alcohol te gebruiken, is gedaald ten opzichte van het schooljaar 2005/2006;
- 2) De gemiddelde hoeveelheid alcohol genuttigd door jeugdigen tot 19 jaar is verlaagd ten opzichte van onderzoeksgegevens schooljaar 2005/2006.

#### 4.10 Uitvoerders

Om het beoogd maatschappelijk effect en de gemeentelijke doelstellingen te kunnen bereiken, is een integrale aanpak nodig, waarbij de gemeente, relevante beroepsgroepen, bestaande organisaties en de GGD een belangrijke rol spelen.

De gemeente zet in op het structureel opnemen van de aanpak van psychosociale problematiek in bestaande werkstructuren bij zorginstanties als de geestelijke gezondheidszorg waaronder De Grote Rivieren en de verslavingszorg. Daarnaast zal de gemeente zorgorganisaties en relevante beroepsgroepen (zoals huisartsen maar ook Horeca) stimuleren een bijdrage aan de aanpak van psychosociale problematiek (en alcoholmisbruik) in de komende beleidsperiode te doen.

De GGD heeft een taak op het gebied van voorlichting en advisering aan onder meer inwoners, instellingen en bedrijven. Tevens verzorgt de GGD de monitoring op basis waarvan de gemeente haar beleid kan maken, uitvoeren en evalueren.

#### 4.11 Pijlers

De gemeente wil door kennis en bewustwording en door de aanpassing van de sociale omgeving, inclusief signaleringsnetwerken, de bovenstaande doelstellingen realiseren.

##### Pijler 1: Kennis en bewustwording

Door het verhogen van de kennis over het ontstaan van psychische ongezondheid en het geven van gerichte adviezen om de persoonlijke leefstijl en gedrag te veranderen, wordt de kans op depressie en verslaving verkleind.

##### *Doelgroepen:*

- Bevolking regio Zuid-Holland Zuid, met speciale aandacht voor:
  - Leerlingen in basis- en voorgezet onderwijs;
  - Ouderen;
  - Mantelzorgers.

##### *Opgaven:*

- 1) Inzetten op het vergroten van kennis bij volwassenen over psychosociale problematiek en alcohol bij de doelgroepen (lokaal);

Door middel van themabijeenkomsten door een instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg aan ouderen kan voorlichting worden gegeven over het voorkomen van eenzaamheid, somberheid en depressie. Voor mantelzorgers kunnen themabijeenkomsten worden georganiseerd, die de mantelzorger vaardigheden leert in de omgang met ouderen of zieken, waardoor de mantelzorger in staat blijft de oudere of zieke zorg te bieden. Ook op het gebied van alcoholpreventie behoren themabijeenkomsten tot de mogelijkheden.

- 2) Het handhaven van signalerende huisbezoeken bij ouderen (lokaal);

Met het signalerend huisbezoek bij ouderen vanaf 75 jaar wordt getracht zicht te krijgen op de leefsituatie van de ouderen in de gemeente (wonen, gezondheid, mobiliteit, tijdsbesteding, financiën). Daarnaast worden, waar mogelijk, concrete oplossingen geboden voor gesignaleerde knelpunten. Dit is een goed middel om bijvoorbeeld eenzaamheid en depressie bij ouderen te signaleren en daarop actie te ondernemen.

- 3) Het handhaven van het algemeen maatschappelijk werk (lokaal);

Mensen kunnen bij het maatschappelijk werk terecht bij problemen met of vragen over relaties, verwerking, gezondheid, werk, geld en opvoedingsvraagstukken. Het maatschappelijk werk is laagdrempelig, werkt outreachend en neemt deel in de lokale zorgnetwerken. Zowel in het kader van de psychische gezondheid als in het kader van het als ouder stellen van grenzen aan het alcoholgebruik van kinderen zijn in deze voorziening van belang.

- 4) Stimuleren van bewustwording bij jongeren over verslavingsmiddelen en alcoholgebruik, onder andere door lesprogramma's op scholen, (preventie)activiteiten door ambulant jongerenwerker en organiseren van themabijeenkomsten (regionaal/lokaal).

## Pijler 2: Sociale omgeving en signaleringsnetwerken

Door aanpassingen te doen in de sociale omgeving, kan worden bevorderd dat er sneller wordt gesignaleerd en ingegrepen bij (dreigende) psychosociale problematiek. Ook kunnen jongeren worden ontmoedigd alcohol te gebruiken.

### *Doelgroepen:*

- Bevolking regio Zuid-Holland Zuid, met speciale aandacht voor:
  - Leerlingen in basis- en voorgezet onderwijs;
  - Ouderen;
  - Mantelzorgers.

### *Opgaven:*

- 5) Inzetten en indien nodig aanpassen van praktische instrumenten voor het ondersteunen van ouders bij het stellen van grenzen, met bijzondere aandacht voor de opvoedingsituaties waarin het gaat om alcoholgebruik door de kinderen (regionaal/lokaal);
- 6) Horecapersoneel stimuleren de regelgeving voor het schenken van alcohol (geen zwakalcoholische dranken onder 16 jaar, geen sterke alcohol onder 18 jaar) na te komen en eventueel handhavend optreden (lokaal);
- 7) Sportverenigingen die een kantine hebben, interesseren voor deelname aan het keurmerk 'gezonde sportvereniging'. Dit is een initiatief NOC-NSF om verenigingen te stimuleren, voor te lichten en te helpen om te komen tot een structureel gezondheidsbeleid, waarvan alcoholmatigingsbeleid een onderdeel kan zijn (lokaal);
- 8) Onderzoek naar de mogelijkheden tot het stellen van voorwaarden bij vergunningen en/of subsidies (zo kan wellicht het voeren van een alcoholontmoedigingsbeleid als subsidievoorwaarde worden opgenomen) (lokaal);
- 9) Het op basis van de resultaten van een regelmatige evaluatie handhaven van het Meldpunt Zorg en Overlast en het daaraan gekoppelde zorgnetwerk (regionaal);
- 10) Het via een regionaal communicatieplan meer bekendheid geven aan het Meldpunt Zorg en Overlast en het verbeteren van de signalering door het verspreiden van signalenkaart onder verwijzers (regionaal/lokaal);

## **4.12 Financiering**

In de opgaven is een onderscheid gemaakt tussen regionale opgaven en lokale opgaven.

Aan regionale acties wordt deelgenomen indien de financiële middelen binnen de bestaande beschikbare budgetten kunnen worden gevonden dan wel indien er voldoende structurele (in ieder geval voor deze beleidsperiode) externe financiële middelen kunnen worden verkregen. Als er desondanks extra gemeentelijke middelen nodig zijn, vindt daarover afzonderlijke lokale besluitvorming plaats. Ook is het noodzakelijk om, alvorens akkoord te gaan met regionale acties, te bezien of de ambtelijke capaciteit voldoende is.

Voor de lokale acties dient budget te worden geraamd. Een aantal van de acties ziet toe op voortzetting van bestaand beleid en daarvoor zijn reeds bestaande budgetten aan te wenden. Voor de beleidsperiode wordt een bedrag van € 4.000,- geraamd voor aanbod cursussen en themabijeenkomsten. Mogelijk kan een deel van dit bedrag echter worden gefinancierd door middelen die de gemeente via de algemene Wmo-uitkering in het gemeentefonds heeft ontvangen ten behoeve van de collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg.

*Totaal extra budget ten behoeve van acties thema psychosociale problematiek: € 4.000,- voor beleidsperiode.*

## Hoofdstuk 5: BINNENMILIEU

### 5.1 Inleiding

Het binnenmilieu is de omgeving waarin mensen zich bevinden als ze binnen zijn. Bekend is dat mensen gemiddeld 85% van hun tijd binnen doorbrengen, zoals in huis, op kantoor, in winkels en op scholen. Uit de gezondheidsmonitor van de GGD is naar voren gekomen dat de diverse gebouwen, waaronder woningen, in de regio Zuid-Holland Zuid onvoldoende geventileerd worden. Dit leidt tot gezondheidsklachten. De verbetering van de kwaliteit van het binnenmilieu is daarom voor de hele regio Zuid-Holland Zuid een thema voor de komende beleidsperiode.

### 5.2 Gevolgen

In gebouwen komen allerlei stoffen vrij die de lucht verontreinigen. Voorbeelden van deze stoffen zijn vocht, tabaksrook, verbrandingsproducten (o.a. door koken op gas), allergenen (o.a. door huisdieren en ongedierte), vluchtige organische stoffen, radon en asbest. Bij onvoldoende ventileren en een minder goede hygiëne veroorzaken deze stoffen gezondheidsklachten als geurhinder, oogirritatie, hoofdpijn, luchtwegproblemen, verminderde concentratie, vermoeidheid en allergieën voor stof en huisstofmijt.

### 5.3 Cijfers regio

De gezondheidsmonitor van de GGD laat ten aanzien van de mogelijke aanwezigheid van verontreinigende stoffen in de woonhuizen van de inwoners van de regio Zuid-Holland Zuid het volgende zien:

- 15% van de huishoudens heeft last van vochtplekken;
- In 28% van de huishoudens wordt binnen gerookt;
- 60% van de huishoudens heeft een huisdier;
- In 75% van de huishoudens wordt gekookt op gas.

In 2006 heeft een onderzoek plaatsgevonden naar de kwaliteit van het binnenmilieu op scholen. Uitkomst van dit onderzoek was dat de binnenlucht in scholen zeer slecht was. Bij tachtig procent van de klaslokalen lag de gemiddelde CO<sub>2</sub>-waarde vier keer hoger dan de minimale norm (tussen de 1000 en 1200 PPM<sup>1</sup>). Kinderen en leerkrachten verblijven derhalve gedurende een groot deel van de dag in een ongezonde omgeving.

### 5.4 Cijfers gemeente Nieuw-Lekkerland

Er wordt in de woonhuizen van onze gemeente slecht geventileerd. Slechts 26% van huishoudens ventileert de woonkamer continu. Voor de keuken is dat 31%, voor de badkamer 45% en voor de slaapkamer 49%. Gemeentelijke cijfers over de aanwezigheid van vochtplekken, huisdieren en een gasfornuis in huishoudens zijn niet bekend.

### 5.5 Landelijk beleid

Het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) heeft een actieprogramma 'Gezondheid en milieu', dat erop gericht is een extra stimulans te geven aan het beleid op het grensvlak van gezondheid en milieu. Binnen dit programma heeft het ministerie drie projecten, te weten onderzoek naar de gezondheidskwaliteit van de woningvoorraad, binnenmilieu op scholen en het ontwikkelen van een kwaliteitskaart binnenmilieu. Het actieprogramma richt zich vooral op het verrichten van onderzoek, het ontwikkelen van technologie en het geven van voorlichting.

Inspectie van de basisscholen vindt in principe iedere 4 jaar door de GGD plaats. Een advies over het binnenmilieu is daarvan geen standaard onderdeel.

Voor nieuwbouw zijn in het Bouwbesluit eisen gesteld aan de toegestane concentraties vervuilende stoffen of straling en zijn minimumeisen opgenomen ten aanzien van de aan- en afvoercapaciteit van de te verversen lucht.

### 5.6 Wat weten inwoners?

Uit onderzoek in opdracht van het Ministerie van VROM is gebleken dat inwoners onbekend zijn met de effecten van een slechte kwaliteit van het binnenmilieu op de gezondheid. Kennis over binnenmilieu, de oorzaken van een slechte kwaliteit van het binnenmilieu en de gevolgen daarvan voor de gezondheid ontbreekt bij veel inwoners nog.

---

<sup>1</sup> Parts Per Million

Gezond, gewoon doen.

Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Nieuw-Lekkerland 2007-2011

## 5.7 Visie binnenmilieu

Gebrek aan kennis, slecht ventilatiegedrag en het ontbreken van ventilatievoorzieningen zijn de belangrijkste oorzaken van een slechte kwaliteit van het binnenmilieu. Voor de komende beleidsperiode wordt het uitgangspunt van beleid dan ook het vergroten van de kennis over binnenmilieu en het verbeteren van het ventilatiegedrag.

Uit onderzoek van het ministerie van VROM is gebleken dat personen websites en kranten als de meest geschikte communicatiemiddelen over binnenmilieu zien. Bovendien blijkt uit onderzoek van de GGD Brabant/Zeeland dat er op scholen, ook op de langere termijn, positieve effecten te behalen zijn. Deze onderzoeksresultaten vormen de basis voor het te formuleren beleid op het gebied van kennisoverdracht en gedragsverandering. Dit beleid is er met name op gericht om het binnenmilieu op scholen en in woningen te verbeteren door het ventilatiegedrag van inwoners en van leerkrachten te veranderen.

Voor het bevorderen van het ventilatiegedrag van leerkrachten, kan een CO<sub>2</sub>-signaalmetre tijdelijk in bruikleen aan scholen beschikbaar worden gesteld, zodat de school zelf kan vaststellen of er sprake is van overschrijdingen van de norm. Bij probleemsituaties kan er na melding een gericht advies volgen van de GGD om het probleem zoveel mogelijk structureel op te lossen. In voorkomende gevallen kan het beleid zich ook richten op het stimuleren van het verbeteren van ventilatievoorzieningen in de bestaande woningvoorraad en de huidige schoolgebouwen.

## 5.8 Beoogd maatschappelijk effect

Door de komende beleidsperiode in te zetten op de verbetering van de kwaliteit van het binnenmilieu, wordt beoogd het binnenmilieu in verblijfsruimten in de regio Zuid-Holland Zuid te verbeteren, zodat de hieraan gerelateerde gezondheidsklachten afnemen en de cognitieve prestaties toenemen.

## 5.9 Gemeentelijke doelstellingen

- 1) In 2011 hebben de schoolgebouwen en peuterspeelzalen een CO<sub>2</sub>-gehalte tussen de 1000 en 1200 ppm;
- 2) In 2011 is de continue ventilatie van verblijfsruimten van de woning (woonkamer, slaapkamer, badkamer en keuken) met 10 procent toegenomen ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2006.

## 5.10 Uitvoerders

Om de komende beleidsperiode het beoogd maatschappelijk effect en de gemeentelijke doelstellingen te kunnen bereiken, zijn de uitvoerders GGD en gemeente nodig. De GGD heeft een taak op het gebied van voorlichting en advisering aan gemeenten, inwoners en instellingen. Ze bevordert daarnaast de deskundigheid van bestaande organisaties en relevante beroepsgroepen op het gebied van binnenmilieu. De gezondheidsdienst is tevens in staat het CO<sub>2</sub>-gehalte in gebouwen te meten dan wel apparatuur daarvoor beschikbaar te stellen, heeft de deskundigheid in huis om een gericht ventilatieadvies aangaande binnenmilieu te kunnen afgeven én beschikt over lespakketten voor het onderwijs over binnenmilieu.

De gemeente brengt de kennis over binnenmilieu en de effecten van een slecht binnenmilieu op de gezondheid over op de inwoners door gebruik te maken van de ter beschikking staande communicatiemiddelen. Zij stimuleert bestaande organisaties en relevante beroepsgroepen om kennis omtrent de verbetering van de kwaliteit van het binnenmilieu en de positieve effecten, die dit heeft op de gezondheid, over te dragen op inwoners.

## 5.11 Pijlers

Het beleid ten aanzien van de verbetering van het binnenmilieu op scholen en in verblijfsruimten van de woning, richt zich op de factoren kennis, gedragsverandering en verbetering van ventilatievoorzieningen.

### Pijler 1: Kennis en gedragsverandering

De kwaliteit van het binnenmilieu wordt vooral bepaald door het ventilatiegedrag van de gebruikers van een verblijfsruimte. Ook de hygiëne in de verblijfsruimte speelt hierbij een rol. Gewoonten en het gebrek aan kennis en inzicht zijn van invloed op het ventilatie- en schoonmaakgedrag van een verblijfsruimte. Het vergroten van de kennis met betrekking tot binnenmilieu en het geven van gerichte adviezen bij probleemsituaties kunnen dit gedrag beïnvloeden.

*Doelgroepen:*

- Basisonderwijs
- Peuterspeelzalen
- Huishoudens

*Opgaven:*

- 1) Aan basisscholen en peuterspeelzalen wordt meetapparatuur tijdelijk in bruikleen beschikbaar gesteld om de luchtkwaliteit eenmaal in de beleidsperiode per lokaal vast te kunnen stellen (lokaal).
- 2) Op basisscholen en peuterspeelzalen in onze gemeente, waar de kwaliteit van het binnenmilieu slecht is (>1200 PPM), wordt vanaf 2008 per locatie gericht ventilatieadvies gegeven (lokaal).
- 3) Aan huishoudens in onze gemeente wordt voorlichting gegeven over verbetering van de kwaliteit van het binnenmilieu en de positieve gevolgen, die dit heeft op de gezondheid (lokaal).

Pijler 2: Stimuleren verbetering ventilatievoorzieningen

De kwaliteit van het binnenmilieu is sterk afhankelijk van het ventilatiegedrag van de gebruikers van een verblijfsruimte. De mogelijkheid tot ventilatie wordt echter bepaald door de aanwezigheid van ventilatievoorzieningen. De minimumeisen aangaande ventilatievoorzieningen worden voor nieuwbouw bepaald door het Bouwbesluit. Voor de bestaande woningvoorraad en huidige schoolgebouwen gelden deze minimumeisen niet. In voorkomende gevallen kunnen de eigenaars van deze bestaande bouw gestimuleerd worden om de ventilatievoorzieningen te verbeteren, bijvoorbeeld bij een geplande renovatie van bestaande huurwoningen óf naar aanleiding van een ventilatieadvies voor schoolgebouwen. Daarbij is het uitgangspunt dat het aanbrengen van ventilatievoorzieningen de primaire verantwoordelijkheid is van de eigenaar van het gebouw.

*Doelgroepen:*

- inwoners Nieuw-Lekkerland
- woningbouwcorporatie

*Opgave:*

- 4) De woningbouwcorporatie stimuleren tot het voorlichten van huurders over het binnenmilieu en het verbeteren van ventilatievoorzieningen (lokaal).

**5.12 Financiering**

Voor deze lokale acties dient een extra budget te worden geraamd. Voor de aanschaf of huur van een (beperkt) aantal CO<sub>2</sub>-meters is naar verwachting is een budget van € 1.000,- voldoende voor de gehele beleidsperiode. Voor de ventilatieadviezen wordt een bedrag van € 2.500,- geraamd. Dit is gelijk aan een bedrag van € 500,- per locatie voor basisonderwijs.

De voorlichting aan burgers kan plaatsvinden vanuit regulier budget.

*Totaal extra budget ten behoeve van acties thema binnenmilieu: € 3.500,- voor beleidsperiode*

## Hoofdstuk 6: VACCINATIEGRAAD

### 6.1 Inleiding

Om haar inwoners te beschermen tegen een aantal (ernstige) infectieziekten heeft de Rijksoverheid in 1957 het Rijksvaccinatieprogramma ingesteld. Op grond van dit programma krijgen alle kinderen in Nederland vaccinaties aangeboden, die hen tegen een aantal infectieziekten beschermen. Het betreft hier infectieziekten, die moeilijk te behandelen zijn en vaak ook kunnen leiden tot de dood. Dankzij het Rijksvaccinatieprogramma komen de betreffende infectieziekten veel minder vaak voor, waardoor ook het aantal kinderen dat overlijdt aan de gevolgen van deze ziekten spectaculair is gedaald.

Om de infectieziekten ook in de toekomst buiten de deur te houden, is het noodzakelijk dat tenminste 90% van de kinderen is gevaccineerd. Bij dit percentage gevaccineerde personen is er namelijk sprake van groepsimmunitet. Dat wil zeggen dat de 90% ingeënte personen de mogelijke verspreiding van infectieziekten over de 10% niet-ingeënte personen neutraliseren. De landelijke norm voor de vaccinatiegraad is dan ook vastgesteld op minimaal 90%.

De vaccinatiegraad ligt in onze gemeente onder de landelijke norm. Ook in een aantal kernen van de gemeenten Graafstroom, Liesveld en Zederik blijft de vaccinatiegraad achter. De vaccinatiegraad is in subregionaal verband daarom een beleidsthema voor de komende beleidsperiode.

### 6.2 Gevolgen

Het achterblijven van de vaccinatiegraad bij de landelijke norm van 90% heeft gevolgen voor de volksgezondheid.

In de eerste plaats geldt voor het niet-ingeënte individu dat er geen bescherming tegen de betreffende infectieziekten wordt genoten en er derhalve een verhoogde kans bestaat om ziek te worden. Infectieziekten kunnen vergaande gevolgen hebben. Zo kan difterie verstikkingsgevaar veroorzaken en het hart en het zenuwstelsel aantasten. Hib-ziekten (*Haemophilus influenzae* type B) kunnen hersenvliesontsteking veroorzaken en bloedvergiftiging, strotklepontsteking, longontsteking, beenmergontsteking en gewrichtsontsteking tot gevolg hebben. Poliomyelitis, als laatste voorbeeld, is ook bekend als kinderverlamming en kan leiden tot ernstige verlamningsverschijnselen.

In de tweede plaats geldt dat een te lage vaccinatiegraad (onder de 90%) tot gevolg heeft dat de groepsimmunitet afneemt en het risico op epidemieën groter wordt. Dit risico wordt bovendien nog eens verhoogd, doordat de niet-gevaccineerde inwoners hun maatschappelijke en sociale contacten vaak vooral binnen de eigen, niet-gevaccineerde kring hebben. In een omgeving waar weinig mensen gevaccineerd zijn, kan derhalve makkelijker een epidemie ontstaan dan in een omgeving waar de vaccinatiegraad hoog is. Epidemieën komen -hoewel zelden- ook in Nederland nog altijd voor. Een voorbeeld is de polio-epidemie van 1992, ontstaan in de gemeente Liesveld. De mensen die toen getroffen zijn, waren allemaal niet of onvolledig gevaccineerd tegen deze ziekte. Andere voorbeelden zijn de mazelenepidemie van 1999/2000 en de Meningokokken-C epidemie van 2002.

### 6.3 Cijfers subregio

In de onderstaande tabel staat een overzicht van de vaccinatiegraadgegevens in de subregio in de periode 2000 tot en met 2005. De gegevens over het jaar 2006 zijn op dit moment nog niet beschikbaar.

Daarbij worden de volgende afkortingen gehanteerd:

BMR:	Bof - Mazelen - Rodehond
DKTP:	Difterie – Kinkhoest - Tetanus – Poliomyelitis
HIB:	Haemophilus influenzae type B
MEN. C	Meningokokken C

Tabel 6.1: Overzicht vaccinatiegraad per gemeente per jaar

Gemeente	Jaar	BMR	DKTP	HIB	MEN. C
Graafstroom	2005	89,87%	89,24%	88,61%	89,87%
	2004	93,53%	93,53%	93,53%	
	2003	89,02%	88,44%	89,02%	
	2002	92,05%	92,72%	93,38%	
	2001	85,40%	86,13%	85,40%	
	2000	92,59%	91,36%	91,98%	
Liesveld	2005	92,74%	91,13%	90,32%	92,74%
	2004	90,32%	91,61%	90,97%	
	2003	93,08%	91,19%	92,45%	
	2002	91,28%	92,62%	91,95%	
	2001	91,10%	92,47%	91,78%	
	2000	93,59%	93,59%	93,59%	
Nieuw-Lekkerland	2005	80,37%	79,14%	79,75%	80,98%
	2004	80,89%	81,53%	80,89%	
	2003	85,19%	87,04%	85,80%	
	2002	80,79%	82,78%	80,13%	
	2001	85,79%	86,34%	85,79%	
	2000	72,12%	76,36%	73,33%	
Zederik	2005	89,73%	88,65%	88,65%	89,19%
	2004	94,09%	93,55%	91,94%	
	2003	89,62%	89,62%	91,04%	
	2002	91,91%	91,33%	91,33%	
	2001	92,04%	91,15%	91,15%	
	2000	91,50%	93,50%	93,00%	

Uitgesplitst naar de diverse kernen van de subregio levert dat voor 2005 de vaccinatiegraadgegevens op die zijn opgenomen in Tabel 6.2.

Tabel 6.2: Overzicht vaccinatiegraadgegevens per kern voor het jaar 2005

Gemeente	Kern	Cohort	1e revacc. DKTP	Percentage
Graafstroom	Bleskensgraaf	42	36	86
	Brandwijk	18	15	83
	Goudriaan	11	11	100
	Molenaarsgraaf	25	22	88
	Ottoland	21	19	90
	Oud-Alblas	32	30	94
	Wijngaarden	9	8	89
Liesveld	Groot-Ammers	47	45	96
	Langerak	24	20	83
	Nieuwpoort	18	17	94
	Streefkerk	34	30	88
	Waal	1	1	100
Nieuw-Lekkerland	Nieuw-Lekkerland	152	122	80
	Kinderdijk	11	7	64



Zederik	Ameide	32	29	91
	Hei en Boeicop	15	11	73
	Leerbroek	32	21	66
	Lexmond	34	34	100
	Meerkerk	44	43	98
	Nieuwland	16	14	88
	Tienhoven	12	12	100

N.B. Cohort Aantal geboren in het jaar 2005  
1<sup>e</sup> revacc. DKTP Aantal kinderen uit het cohort die de 1<sup>e</sup> revaccinatie DKTP hebben ontvangen

#### 6.4 Cijfers gemeente Nieuw-Lekkerland

In onze gemeente ligt aanmerkelijk lager dan de landelijke norm. Dit is niet alleen in het jaar 2005 het geval, maar een structureel gegeven.

#### 6.5 Oorzaak lage vaccinatiegraad

Het Rijksvaccinatieprogramma is niet verplicht: de keuze om een kind te vaccineren, ligt bij de ouders. Uit een onderzoek van de GGD Zuid-Holland Zuid van een aantal jaren geleden, bleek dat een godsdienstige beweegreden de belangrijkste reden van niet-vaccineren is. Gewetensbezwaren komen vooral voor onder leden van protestants-christelijke groeperingen. Zij wijzen vaccinatie af omdat zij dat strijdig vinden met hun geloof in God's voorzienigheid. Overigens is sinds eind jaren zeventig de afwijzing van vaccinatie niet meer absoluut, omdat er ook een groepering is die inenting ziet als een plicht van iedere gelovige uit het besef van de verantwoordelijkheid voor zijn directe omgeving en de samenleving.

#### 6.6 Landelijk beleid

Het landelijk beleid kenmerkt zich door het kosteloos aanbieden van vaccinaties aan alle kinderen in Nederland. De kosten daarvan worden betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Met het Rijksvaccinatieprogramma kiest de landelijke overheid voor de meest effectieve manier om infectieziekten te voorkomen. Vaccineren bevordert namelijk het immuunsysteem van een kind: het zorgt ervoor dat het lichaam op gecontroleerde wijze antistoffen en afweercellen tegen de ziektemakers aanmaakt. Het lichaam doet dat weliswaar ook als een kind de echte ziekte krijgt, maar tegen veel grotere risico's.

Deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma is in Nederland, in tegenstelling tot in veel andere landen, niet verplicht. Landelijk wordt 95% van de kinderen gevaccineerd.

#### 6.7 Taken gemeente

De gemeente heeft een duidelijke rol in het bevorderen van de vaccinatiegraad onder haar inwoners. Deze rol vloeit voort uit twee wetten, te weten de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de Infectieziektenwet.

##### *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid*

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid bepaalt dat de gemeente ten aanzien van de collectieve preventie volksgezondheid taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden heeft op drie deelterreinen:

1. Collectieve preventie;
2. Infectieziektebestrijding;
3. Jeugdgezondheidszorg.

Het deelterrein infectieziektebestrijding omvat –naast de taken die zijn ondergebracht onder de Infectieziektenwet- onder andere de volgende taken:

- Algemene infectieziektebestrijding;
- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids;
- Tuberculosebestrijding;
- Bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten;
- Beantwoorden van vragen uit de bevolking;
- Geven van voorlichting en begeleiding.

Het deelterrein jeugdgezondheidszorg omvat onder andere de volgende taken:

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

#### *Infectieziektenwet*

De Infectieziektenwet heeft betrekking op een beperkt aantal infectieziekten. Deze wet is opgesteld om mensen te beschermen tegen de gevaren die voortvloeien uit het optreden van de betreffende infectieziekte. In de wet wordt bepaald dat die infectieziekten, die een bedreiging voor de volksgezondheid vormen, gemeld moeten worden bij de burgemeester. De burgemeester draagt vervolgens de verantwoording voor de bestrijding van de infectieziekte in het ambtsgebied.

### **6.8 Wat weten inwoners?**

Ouders ontvangen na de geboorte van hun kind entkaarten van de entadministratie. Bij deze entkaarten is een folder met toelichting over het nut van vaccineren gevoegd. De vaccinaties worden uitgevoerd door de consultatiebureaus (Rivas). Er wordt door de consultatiebureaus veel in het werk gesteld om de vaccinatiegraad in de gemeenten te verhogen. Bij het geboortehuisbezoek bespreekt de wijkverpleegkundige het onderwerp vaccinaties. Er is dan aandacht voor de risico's van niet-vaccineren, zowel voor het kind zelf als voor de omgeving. Daarbij wordt inzicht gegeven in de ziekten waartoe een verhoogd risico bestaat bij het afzien van inenting. De informatie wordt ondersteund door foldermateriaal.

Rivas vraagt ouders, wanneer zij hun kind niet laten inenten, een verklaring te tekenen dat zij op de hoogte zijn van de risico's. Soms komen er naar aanleiding van lichamelijke klachten of om andere redenen op een later moment toch vragen omtrent inenting. Rivas speelt hier actief op in en legt ouders de keuze voor om deze kinderen alsnog te laten vaccineren.

Bij het afzien van vaccinatie wordt eventueel op een later tijdstip het onderwerp vaccineren opnieuw besproken door een arts van het consultatiebureau. Ook dan is er weer foldermateriaal beschikbaar. Er wordt uiteraard wel nagegaan of ouders openstaan voor het hernieuwd aan de orde stellen van het onderwerp vaccinatie.

### **6.9 Visie vaccinatiegraad**

In onze gemeente lijkt de belangrijkste reden voor het niet laten vaccineren van kinderen een godsdienstige reden. Deze reden hebben we als gemeente te accepteren en te respecteren. Dit neemt echter niet weg dat de gemeente op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de Infectieziektenwet wél verantwoordelijkheden heeft in de preventie van infectieziekten.

Voor de komende beleidsperiode wordt het uitgangspunt van beleid dan ook om een extra inzet te plegen op het gebied van voorlichting over de preventie van infectieziekten. De gemeente ziet het als haar taak om de inwoner zodanig te informeren over de voor- en nadelen van deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma, dat een bewuste keuze kan worden gemaakt tussen wel of niet laten vaccineren van kinderen. Daarbij gaat het niet alleen om de ouders die er nu voor kiezen om hun kinderen niet in te laten enten. De oriëntatie van de voorlichting is breed: ook ouders die er nu wél voor kiezen om hun kind te laten vaccineren, zouden dit op basis van een weloverwogen besluit moeten doen. Alle inwoners dienen volledig inzicht te hebben in de risico's die het (niet-)vaccineren tot gevolg heeft.

### **6.10 Beoogd maatschappelijk effect**

Door de komende beleidsperiode in te zetten op extra voorlichting over de preventie van infectieziekten, wordt beoogd ouders (beter) inzicht te geven in de voor- en nadelen van het Rijksvaccinatieprogramma en de risico's die (niet-)vaccinatie met zich meebrengt. Dit moet er toe leiden dat zij uiteindelijk een weloverwogen keuze kunnen maken om hun kind (niet) te laten inenten.

### 6.11 Gemeentelijke doelstelling

In 2011 is de vaccinatiegraad verhoogd ten opzichte van de gegevens in 2005.

Logischerwijs is het streven een percentage dat voldoet aan de landelijke norm van 90% te bereiken. Dit lijkt echter niet haalbaar.

### 6.12 Uitvoerders

Om de komende beleidsperiode het beoogd maatschappelijk effect en de gemeentelijke doelstellingen te kunnen bereiken, zijn de uitvoerders GGD, Rivas en gemeente nodig. Ander potentiële actoren zijn huisartsen, verloskundigen, de entadministratie, peuterspeelzalen en kerken.

### 6.13 Pijlers

#### Pijler 1: Kennis en bewustwording

Om de doelstelling van kennisvermeerdering en bewustwording te kunnen realiseren, is een goede voorlichting aan ouders essentieel.

#### *Randvoorwaarden/uitgangspunten:*

- Ouders zijn vrij in hun keuze om hun kind al dan niet te laten vaccineren;
- Elke keuze van ouders is een goede, zo lang deze weloverwogen tot stand komt;
- Er dient begrip en respect te zijn voor elke keuze;
- De acties moeten aansluiten bij de belevingswereld van ouders.

#### *Doelgroep:*

- Ouders;
- Toekomstige ouders.

#### *Opgaven:*

Het grootste aanknopingspunt om de doelstellingen te bereiken, betreft voorlichtingsinterventies. Doel van de acties is om ouders de basis te geven om een goed onderbouwde, weloverwogen keuze te kunnen maken.

#### 1) Promotie van internetsite [www.intenten-bewustekeuze.nl](http://www.intenten-bewustekeuze.nl)

De GGD Zeeland heeft in het kader van het project vaccinatiegraadbevordering een aantal activiteiten gerealiseerd die een positieve bijdrage zouden kunnen leveren aan de vaccinatiebereidheid bij ouders. Eén van deze activiteiten betreft de ontwikkeling van een website die op dit moment veel bezoekers trekt: [www.intenten-bewustekeuze.nl](http://www.intenten-bewustekeuze.nl). Hoewel de internetsite is ontwikkeld ten behoeve van ouders in Zeeland, lijkt deze ook geschikt voor een breder publiek. Op de site worden ouders onder meer geïnformeerd over het Rijksvaccinatieprogramma, de ziekten, de vaccinaties en de voor- en nadelen van zowel niet-vaccineren als vaccineren. Via bijvoorbeeld de gemeentepagina in de lokale krant en op internet, kan de internetsite worden gepromoot. Ook kan er een link naar deze sites worden geplaatst op de internetpagina's van partners als GGD, Rivas en peuterspeelzalen.

#### 2) Brief ontwikkelen voor ouders van pasgeborenen

Om alle ouders van pasgeborenen te kunnen bereiken, wordt een brief ontwikkeld die ouders vanaf 1 april 2008 ontvangen. Deze brief dient aanvullend te zijn op de uitnodigingsfolder van het Rijksvaccinatieprogramma en in te gaan op de specifieke situatie in de regio en de taak-/doelstelling van de gemeente. De brief zou ouders moeten uitnodigen om een bewuste keuze te maken over het al dan niet laten inenten van hun kind. Bovendien zouden ouders moeten worden verwezen naar de organisaties die ouders meer informatie kunnen bieden over het Rijksvaccinatieprogramma en de risico's die het wel of niet vaccineren met zich meebrengen. Zo zou er bijvoorbeeld in de brief verwezen kunnen worden naar de internetsite die is ontwikkeld door GGD Zeeland.

### 3) In gesprek gaan met predikanten

Omdat een groot deel van de ouders die nu hun kinderen niet laten inenten, dit waarschijnlijk doet vanuit hun geloofsovertuiging, kan een ingang worden gezocht via predikanten. De gemeente gaat in gesprek met de kerken over het thema en probeert zo de personen via hun eigen belevingswereld te bereiken. Wanneer dat is gelukt, kan een themabijeenkomst worden georganiseerd of worden getracht een inhoudelijke discussie aan te gaan.

Kerkelijke ondersteuningsorganisaties zouden hierin ook een rol kunnen spelen. Daarom zal er een oriëntatiegesprek plaatsvinden met het Regionale Dienstencentrum Zuid-Holland. Daarbij zal het met name gaan om de vraag hoe je predikanten en inwoners met een specifieke geloofsovertuiging het best kunt benaderen. Het Regionaal Dienstencentrum is gevestigd in Capelle aan den IJssel en verleent diensten aan kerkelijke gemeenten en ambtelijke vergaderingen. Deze dienstverlening is met name gericht op missionair en diaconaal werk, gemeenteopbouw en het werk ten behoeve van jeugd en jongeren.

### 4) In gesprek gaan met Rivas over mogelijkheden van het consultatiebureau om extra specifieke actie te ondernemen.

Hierbij kan onder meer gedacht worden aan het inzetten van wijkverpleegkundigen met affiniteit met de doelgroep en deskundigheidsbevordering van de wijkverpleegkundigen op gebied van communicatie en themagerichte expertise. Daarbij zou met name het gericht benutten van de bestaande contactmomenten een aandachtspunt zijn.

## Pijler 2: Gedragsverandering

Het streven is om via pijler 1 (kennis en bewustwording) te komen tot gedragsverandering.

### **6.14 Financiering**

Bovenstaande acties kunnen met redelijk beperkte middelen worden uitgevoerd. De promotie van de internetsite door middel van vermelding op de gemeentelijke internetsite en op gemeentepagina in de plaatselijke krant, kan plaatsvinden uit de bestaande budgetten.

De kosten van de brief beperken zich vooralsnog tot de kopieerkosten. Om de voorlichting zo effectief mogelijk in te zetten, kan gedacht worden aan toetsing van een conceptbrief door een extern bureau. Hieraan zijn kosten verbonden. Ook de communicatiemedewerkers van de betrokken gemeenten zullen worden gevraagd een bijdrage te leveren aan het opstellen van de brief.

Een oriënterend gesprek met het Regionaal Dienstencentrum en de daaropvolgende gesprekken met de predikanten zullen met name middelen kosten in de vorm van ambtelijke tijd en faciliteiten. De GGD kan hier vanuit de reguliere middelen ondersteuning bij bieden.

Wanneer uit de contacten met Rivas mocht blijken dat er extra inzet is gewenst, bijvoorbeeld op het gebied van communicatietrainingen, dan zal dit aanvullende middelen vragen. Mogelijk kan er echter ook vanuit Rivas een extra investering plaatsvinden.

*Totaal extra budget ten behoeve van acties thema vaccinatiegraad: € 1.000,-- voor beleidsperiode.*

## Hoofdstuk 7 DRUGGEBRUIK ONDER JONGEREN

### 7.1 Inleiding

In de binnenwaardgemeenten wordt steeds vaker het signaal opgevangen dat er sprake is van toenemend druggebruik onder jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar. Dit signaal wordt heel serieus genomen, temeer daar het een landelijke trend is dat het druggebruik onder jongeren toeneemt. Druggebruik onder jongeren is in subregionaal verband daarom een thema voor de komende beleidsperiode.

### 7.2 Gevolgen

De gezondheid van jongeren wordt negatief beïnvloed door druggebruik. Hoe en in welke mate is afhankelijk van de soort drugs dat wordt gebruikt. Het gebruik van softdrugs (waaronder weed, stuff, hasj, GHB en marihuana) kan afhankelijk van de mate van gebruik leiden tot ernstige gevolgen waaronder:

- Vermindering van het reactie- en concentratievermogen en het korte termijn geheugen, waardoor school- en werkprestaties en verkeersgedrag nadelig beïnvloed kunnen worden;
- Psychosen, vooral bij mensen die hier aanleg voor hebben en frequente gebruikers zijn;
- Longaandoeningen, indien de cannabis gerookt wordt.

Harddrugs (o.a. heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC) zijn doorgaans schadelijker voor de gezondheid dan softdrugs. Bovendien zijn harddrugs veel sterker geestelijk en/of lichamelijk verslavend. Het gebruik van harddrugs kan leiden tot:

- Gedrags- en psychische veranderingen als gevolg van aantasting van het centraal zenuwstelsel (depressie, stemmingslabiliteit e.d.);
- Bloedvergiftiging en besmetting met virussen (Hepatitis B en C, HIV), indien harddrugs intraveneus worden toegepast;
- Longaandoeningen, indien de harddrugs gerookt worden;
- Abscessen, indien niet-steriele spuiten worden gebruikt;
- Aantasting van de werking van de hersencellen (bij XTC);
- Diverse aandoeningen (acuut nier- of leverfalen, ademhalingsproblemen, buiten bewust-zijn raken), die het gevolg zijn van de (slechte) kwaliteit van de drug (XTC).

Wanneer het gebruik van drugs wordt gecombineerd met het gebruik van alcohol, ontstaan naast de bovengenoemde gezondheidsrisico's nog extra gezondheidsrisico's, die in het ergste geval een doodsoorzaak kunnen zijn.

### 7.3 Cijfers regio

Druggebruik onder jongeren maakt geen onderdeel uit van de gezondheidsmonitor van de GGD. De GGD voert echter wel separaat enquêtes uit onder de leerlingen van de 2e klas van het voortgezet onderwijs, waarin vragen worden gesteld over het druggebruik. Uit die cijfers zou moeten worden afgeleid dat het druggebruik onder de jongeren in onze regio gering is. De registraties laten zien dat ongeveer 1 à 2 procent van de 2<sup>e</sup> klassers zegt af en toe tot regelmatig softdrugs te gebruiken.

De GGD heeft echter ernstige twijfels of deze cijfers wel een juiste weerspiegeling van de werkelijkheid zijn. Vergelijkbare onderzoeken bij andere GGD-en geven namelijk een heel ander beeld van het druggebruik onder jongeren. De GGD Zuid-Holland Zuid gaat er dan ook vanuit dat er in onze regio sprake is van onderrapportage. Andere cijfers over druggebruik in onze regio zijn niet voorhanden.

### 7.4 Cijfers gemeente Nieuw-Lekkerland

Naast de -zeer waarschijnlijk onbetrouwbare- cijfers uit de enquête onder de leerlingen van de 2<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs, zijn er geen cijfers over druggebruik onder Nieuw-Lekkerlandse jongeren bekend.

De politie Zuid-Holland Zuid houdt wel bij hoeveel meldingen er binnenkomen van overlast en criminaliteit, welke gerelateerd zijn aan het gebruik van drugs. In de periode van 1 september 2006 tot 1 september 2007 zijn er negen van dergelijke meldingen binnengekomen.

Daarnaast waarschuwt de politie zelf, los van overlast of criminaliteit, dat jongeren in Nieuw-Lekkerland harddrugs gebruiken. De buurtagent brengt naar voren dat de situatie rondom jongeren en drugs zorgwekkend is. Er zijn steeds meer verslaafde jongeren en de jongere jongens zijn vatbaar

voor rolmodellen in de groepen die (hard-)drugs gebruiken. Er zou ook gekookte cocaïne worden gebruikt, wat zeer verslavend is. Het probleemgebruik onder jongeren manifesteert zich ook buiten Nieuw-Lekkerland en er lijkt een relatie te bestaan met Alblasserdam wat betreft overlast en beschikbaarheid van drugs (veel van de dealers zouden uit Alblasserdam komen). Ook het jongerenwerk spreekt zijn zorgen uit over het gebruik van harddrugs door een groep jongeren uit Nieuw-Lekkerland. Deze organisaties hebben echter geen cijfermateriaal.

### **7.5 Landelijk beleid**

Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het coördineren van het Nederlandse drugsbeleid. Het Nederlandse drugsbeleid richt zich op het voorkomen en beperken van de risico's van druggebruik voor de gebruiker zelf, voor zijn directe omgeving en voor de samenleving. Het Ministerie van VWS heeft druggebruik onder jongeren in haar preventienota 2007-2010 overigens niet als speerpunt benoemd.

### **7.6 Kenmerken druggebruik plattelandsgemeenten**

Het signaal dat onze gemeente steeds vaker krijgt omtrent het druggebruik onder jongeren, heeft ertoe geleid dat er een gesprek heeft plaatsgevonden tussen gemeente, GGD, BoumanGGZ, politie en jongerenwerk. Uit dit gesprek is een aantal waarschijnlijke aannames naar voren gekomen, die typerend zijn voor het druggebruik in onze subregio en die verder onderzoek behoeven:

- Jongeren gebruiken voornamelijk softdrugs;
- Het gebruik van harddrugs komt wél voor, maar dan bij een beperkt aantal jongeren;
- Druggebruik onder jongeren vindt vanwege de grote sociale controle voornamelijk in de verborgenheid plaats. Dat wil zeggen uit het zicht van ouders, intermediairs (personen, waarmee jongeren in aanraking komen op school, in hun vrije tijd, op de sport, in de horeca, in de kerk e.d.) en sleutelfiguren (professionals, zoals politie en jongerenwerkers);
- Jongeren komen niet of nauwelijks voor hun druggebruik uit. Alleen de jongeren onderling weten van elkaar wie er drugs gebruikt;
- Het druggebruik van de jongeren gaat veelal gepaard met het gebruik van alcohol. Jongeren 'drinken zich eerst in' (veelal 's middags en aan het begin van de avond) en gebruiken daarna drugs om de rest van de avond (en nacht) door te kunnen gaan;
- Bij jongeren heerst de mentaliteit 'doordeweeks werken we hard' (veelal fysiek) en in het weekend gaan we 'los';
- Het druggebruik van jongeren leidt nauwelijks tot delictgedrag en daardoor tot contacten met politie en justitie.

De conclusie van het gesprek tussen gemeente, GGD, BoumanGGZ, Politie en Jongerenwerk was dat er inderdaad sprake is van hard- en softdruggebruik onder onze jongeren, maar dat de mate en omvang van het druggebruik -mede als gevolg van bovengenoemde factoren- niet bekend zijn en dat de overlast vooralsnog beperkt is.

### **7.7 Wat weten inwoners?**

De sleutelfiguren politie en jongerenwerkers merken dat er onder de ouders van de jongeren grote onwetendheid over en onbekendheid met het gebruik van drugs heerst. Dit komt veelal voort uit de veronderstelling dat druggebruik wel in steden voorkomt, maar niet op het platteland. Als gevolg van de onwetendheid over en onbekendheid met het gebruik van drugs herkennen ouders bepaald gedrag of uiterlijke kenmerken van hun kind, die wijzen op het gebruik van drugs, niet. Ouders hebben er dus vaak geen idee van dat hun kind drugs gebruikt. Dit brengt het risico met zich mee dat de drugsproblematiek van hun kind pas in een laat stadium wordt ontdekt.

In hoeverre intermediairs van jongeren het druggebruik onder onze jongeren herkennen, is voor de sleutelfiguren politie en jongerenwerkers niet duidelijk. Het gevoelen heerst dat intermediairs in veel gevallen net zo onwetend over en onbekend met druggebruik zijn als de ouders van de jongeren.

De jongeren zelf zijn in de meeste gevallen wél op de hoogte van de gevolgen en risico's van het gebruik van drugs. Desondanks gebruiken ze toch drugs. Verondersteld wordt dat dit het gevolg is van groepsgedrag, het niet achter willen blijven bij vrienden en leeftijdsgenoten én het feit dat er niet veel moeite gedaan hoeft te worden om aan drugs te komen. Dit laatste komt door de legalisering van bepaalde soorten drugs en de toegenomen mobiliteit van de jongeren.

## **7.8 Visie op druggebruik onder jongeren**

Zowel de signalen als de meldingen vormen in onze visie geen goede basis voor het ontwikkelen van een effectief verslavingspreventie- en verslavingsinterventiebeleid. Om die reden heeft onze gemeente, tezamen met de gemeente Giessenlanden, Graafstroom, Liesveld en Zederik aan BoumanGGZ de opdracht gegeven om in 2007 een panelstudie te verrichten naar de omvang van het druggebruik onder jongeren van 12 tot 23 jaar in de gemeenten. In deze panelstudie wordt tevens de relatie met (overmatig) alcoholgebruik gelegd, daar de verkregen signalen aangeven dat er bij jongeren sprake is van een combinatie van drug- en alcoholgebruik.

De panelstudie is breed van opzet. Middels interviews en gesprekken met jongeren, sleutelfiguren (politie en jongerenwerkers) en intermediairs (horeca, voetbalverenigingen, onderwijs e.d.) wordt in kaart gebracht welke verschillende groepen jongeren er in de gemeente aanwezig zijn. Per groep wordt vervolgens in beeld gebracht hoe de samenstelling van de groep is, welke cultuur er binnen de groep heerst, hoe de groep de vrijetijdsbesteding invult, welke en hoeveel genotmiddelen er gebruikt worden en in hoeverre de groep overlast veroorzaakt in de omgeving. De panelstudie moet de omvang van het druggebruik in onze gemeente in beeld brengen. De uitkomst is bepalend voor de keuze om al dan niet gerichte verslavingspreventie- en interventieactiviteiten voor (verschillende groepen) jongeren in de gemeente in te zetten.

Ten aanzien van de algemene verslavingspreventie stelt de gemeente zich ten doel om de kinderen in de laatste groep van de basisscholen (10 tot 12-jarigen) vanaf het schooljaar 2008/2009 een algemene voorlichting te geven over de gevaren en risico's van het gebruik van drugs én ze weerbaar te maken tegen beïnvloeding door anderen. De kinderen in de laatste groep van de basisscholen staan namelijk aan het begin van hun puberteit. Van de puberteit is bekend dat dit een periode is waarin jongeren gaan experimenteren met drugs en daarbij ook gevoelig zijn voor beïnvloeding van buitenaf. Daarom is het van belang om deze kinderen voorafgaand aan eventueel experimenteel gedrag met drugs voor te lichten over de gevaren van druggebruik én ze weerbaar te maken tegen beïnvloeding door leeftijdsgenoten.

## **7.9 Beoogd maatschappelijk effect**

Door de komende beleidsperiode in te zetten op het in beeld brengen van de omvang van het druggebruik onder de jongeren in onze gemeente, wordt beoogd vast te stellen of er in onze gemeente daadwerkelijk een drugproblematiek is, waar we als gemeente beleidsmatig gericht op moeten gaan inzetten.

Door in te zetten op algemene verslavingspreventie aan de leerlingen in de laatste groep van de basisscholen wordt beoogd het gebruik van drugs op latere leeftijd te voorkomen.

## **7.10 Gemeentelijke doelstellingen**

- 1) De omvang van het druggebruik onder de jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar in onze gemeente is vastgesteld.
- 2) Vanaf het schooljaar 2008/2009 wordt in de laatste groep van elke basisschool een algemene voorlichting over de gevaren en risico's van het gebruik van drugs gegeven en worden zij gemaakt tegen beïnvloeding door leeftijdsgenoten.

## **7.11 Uitvoerders**

Om het beoogd maatschappelijk effect en de gemeentelijke doelstellingen te kunnen bereiken, zijn de uitvoerders verslavingszorg, basisscholen, instellingen voor verslavingspreventie en de gemeente nodig.

## **7.12 Opgaven**

*Doelgroep:*

- Kinderen in groep 8 van het basisonderwijs;
- Jongeren.

*Opgaven:*

- 1) Algemene verslavingspreventie door een erkende instelling voor verslavingspreventie aan de kinderen in de laatste groep van de basisschool.
- 2) Panelstudie en survey naar de omvang van het drug- en alcoholgebruik onder jongeren van 12 tot 23 jaar.
- 3) Voortzetting van bestaande, regionale opgaven
  - Project 'Jeugd en sociale veiligheid'  
Op grond van het project 'Jeugd en sociale veiligheid' worden in de gemeenten jongerenwerkers van de Stichting Jeugd- en jongerenwerk Midden-Holland ingezet, die contacten leggen en onderhouden met bekende en nieuw gesignaleerde groepen jongeren en deze groepen een voorlichting 'genotmiddelen' aanbieden door een erkende instelling voor verslavingspreventie (BoumanGGZ).
  - Cursus preventie door erkende instelling voor verslavingspreventie aan jongerenwerk en politie
- 4) Regionale opgaven, die nieuw gestart worden
  - Preventieactiviteiten door centrumgemeente Dordrecht  
*Looptijd vanaf 2008*

De middelen, die centrumgemeente Dordrecht van het Rijk ontvangt voor verslavingspreventie, worden vanaf het jaar 2008 ingezet voor een evidence-based verslavingspreventieprogramma op het voortgezet onderwijs, waarvan de uitvoering in handen is van een erkende instelling voor verslavingspreventie.

Hierbij wordt nadrukkelijk 'een erkende instelling voor verslavingspreventie' en niet Bouman-ggz genoemd. Tot op heden is met name samengewerkt met Bouman, ook omdat de centrumgemeente middelen aan deze organisatie beschikbaar stelde. Gezien de christelijke achtergrond van een deel van de bevolking van de gemeente Nieuw-Lekkerland, is het echter mogelijk zinvol om ook gericht de samenwerking te zoeken met instellingen als De Hoop en Stichting Voorkom.

### **7.13 Financiering**

De meeste van bovenstaande acties kunnen uit bestaande, reguliere budgetten worden bekostigd. Een aantal van de activiteiten worden nu reeds gefinancierd met middelen die de centrumgemeente Dordrecht krijgt voor verslavingspreventie. Ook in het kader van de RAS krijgen gemeente middelen. Slechts voor de algemene verslavingspreventie onder basisschoolleerlingen is een extra budget gewenst. De verslavingspreventie op basisscholen wordt op dit moment gefinancierd door centrumgemeente Dordrecht. Vanaf het jaar 2008 worden deze middelen echter op een andere wijze ingezet, waarmee de financiering van de verslavingspreventie op het basisonderwijs komt te vervallen.

*Totaal extra budget ten behoeve van acties thema druggebruik: € 1.000,-- voor beleidsperiode.*



## Hoofdstuk 8: SAMENVATTING OPGAVEN EN FINANCIËN

Thema	Opgave	Schaalgrootte	Kosten buiten regulier budget (voor beleidsperiode)	
<b>Overgewicht</b>	Stimuleren lesprogramma's op scholen	Lokaal	€ 3.000,-	
	Deskundigheidsbevordering intermediairs	Regionaal	Zie noot	
	Stimuleren lesprogramma's en/of activiteiten op voortgezet onderwijs, sociaal cultureel werk en kinderopvang	Regionaal	Zie noot	
	Versterken van aandacht van de jeugdgezondheidszorg voor overgewicht	Regionaal	Zie noot	
	Stimuleren van bewegingsbeleid en gezonde voeding op scholen	Regionaal/ lokaal	Geen	
	Inzet van praktische instrumenten voor ondersteunen ouders bij stellen van grenzen	Regionaal/ lokaal	Zie noot	
	Verbetering infrastructuur en sluitende ketenaanpak tussen preventie en zorg	Regionaal	Zie noot	
	Handhaven van screening in groep 4	Regionaal	Geen	
		<b>Benodigd budget overgewicht</b>		<b>€ 3.000,-</b>
	<b>Psychosociale problematiek</b>	Vergroten kennis bij volwassenen t.a.v. psychosociale problematiek en alcoholgebruik	Lokaal	€ 2.000,-
Handhaven signalerende huisbezoeken		Lokaal	Geen	
Handhaven algemeen maatschappelijk werk		Lokaal	Geen	
Stimuleren bewustwording onder jongeren verslavingsmiddelen: lesprogramma's, preventie-activiteiten en themabijeenkomsten		Regionaal/ lokaal	€ 2.000,-	
Inzet van instrumenten ter ondersteuning van ouders bij stellen van grenzen, onder meer t.a.v. alcoholgebruik door kinderen		Regionaal/ lokaal	Zie noot	
Stimuleren van horecapersoneel horeca-regelgeving na te leven		Lokaal	Geen	
Interesseren sportverenigingen voor deelname keurmerk 'gezonde sportvereniging'		Lokaal	Geen	
Onderzoek naar mogelijkheden tot stellen van voorwaarden bij subsidies en/of vergunningen		Lokaal	Geen	
Handhaven Meldpunt Zorg en Overlast en het daaraan gekoppelde zorgnetwerk		Regionaal	Geen	
Bekendheid vergroten ten aanzien van het Meldpunt Zorg en Overlast en het verbeteren van de signalering		Regionaal/ lokaal	Zie noot	
		<b>Benodigd budget psychosociale problematiek</b>		<b>€ 4.000,-</b>

Thema	Opgave	Schaalgrootte	Kosten buiten regulier budget (voor beleidsperiode)
<b>Binnenmilieu</b>	Ter beschikking stellen van meetapparatuur aan basisscholen en peuterspeelzalen	Lokaal	€ 1.000
	Gericht geven van ventilatieadvies aan basisscholen en peuterspeelzalen waar binnenmilieu slecht is	Lokaal	€ 2.500,-
	Voorlichting aan huishoudens	Lokaal	Geen
	Stimuleren woningbouwcorporatie tot het voorlichten van huurders en verbeteren van ventilatievoorzieningen	Lokaal	Geen
	<b>Benodigd budget binnenmilieu</b>		<b>€ 3.500,-</b>
<b>Vaccinatiegraad</b>	Promotie internetsite inenten-bewustekeuze.nl	Lokaal	Geen
	Brief voor ouders van pasgeborenen	Lokaal	€ 1.000,-
	Gesprek met predikanten	Lokaal	Geen
	Gesprek met Rivas over extra actie	Lokaal	Geen
	<b>Benodigd budget vaccinatiegraad</b>		<b>€ 1.000,-</b>
<b>Druggebruik</b>	Verslavingspreventie aan kinderen in groep 8	Lokaal	€ 1.000,-
	Panelstudie naar omvang druggebruik onder jongeren	Lokaal/ subregionaal	Geen
	Acties uit project jeugd en sociale veiligheid	Lokaal/ subregionaal	Geen
	Cursus preventie aan jongerenwerkers en politie	Lokaal/ subregionaal	Geen
	Interventies die voortkomen uit de resultaten van de panelstudie	Lokaal/ subregionaal	Onbekend
	<b>Benodigd budget druggebruik</b>		<b>€ 1.000,-</b>
	<b>Totaal extra benodigd budget (buiten regionale opgaven) voor gehele beleidsperiode</b>		<b>€ 12.500,-</b>

**Noot:**

Aan regionale acties wordt deelgenomen indien de financiële middelen binnen het beschikbare budget kunnen worden gevonden dan wel indien er voldoende structurele (in ieder geval voor deze beleidsperiode) externe financiële middelen kunnen worden verkregen. Een andere voorwaarde is voldoende ambtelijke of externe capaciteit voor de uit te voeren opgaven.

Het beschikbare budget voor de implementatie van de nota bedraagt per jaar € 6.000,-. De lokale acties blijven derhalve, met een looptijd van vier jaar voor de nota, binnen de begroting. De overige middelen kunnen mogelijk worden ingezet voor de regionale opgaven.

## Hoofdstuk 9: LITERATUUR

Inspectie voor gezondheidszorg. Hoe houden we het volk gezond?

Korbee en Hovelynck. 2005. *Burgers en Binnenmilieu*. De Bilt

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2006. *Kiezen voor gezond leven 2007-2010*. Den Haag.

Ministerie van VROM. 2006. *Actieprogramma gezondheid en milieu*. Den Haag.

Terpstra, J.S., F.L. Sanavro & J. Leeuwenburg. 2006. *Gezondheidsmonitor 2006*. Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zuid-Holland Zuid.

TNO. 2007. *Het effect van ventilatie op cognitieve prestaties*. Delft.

Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid.