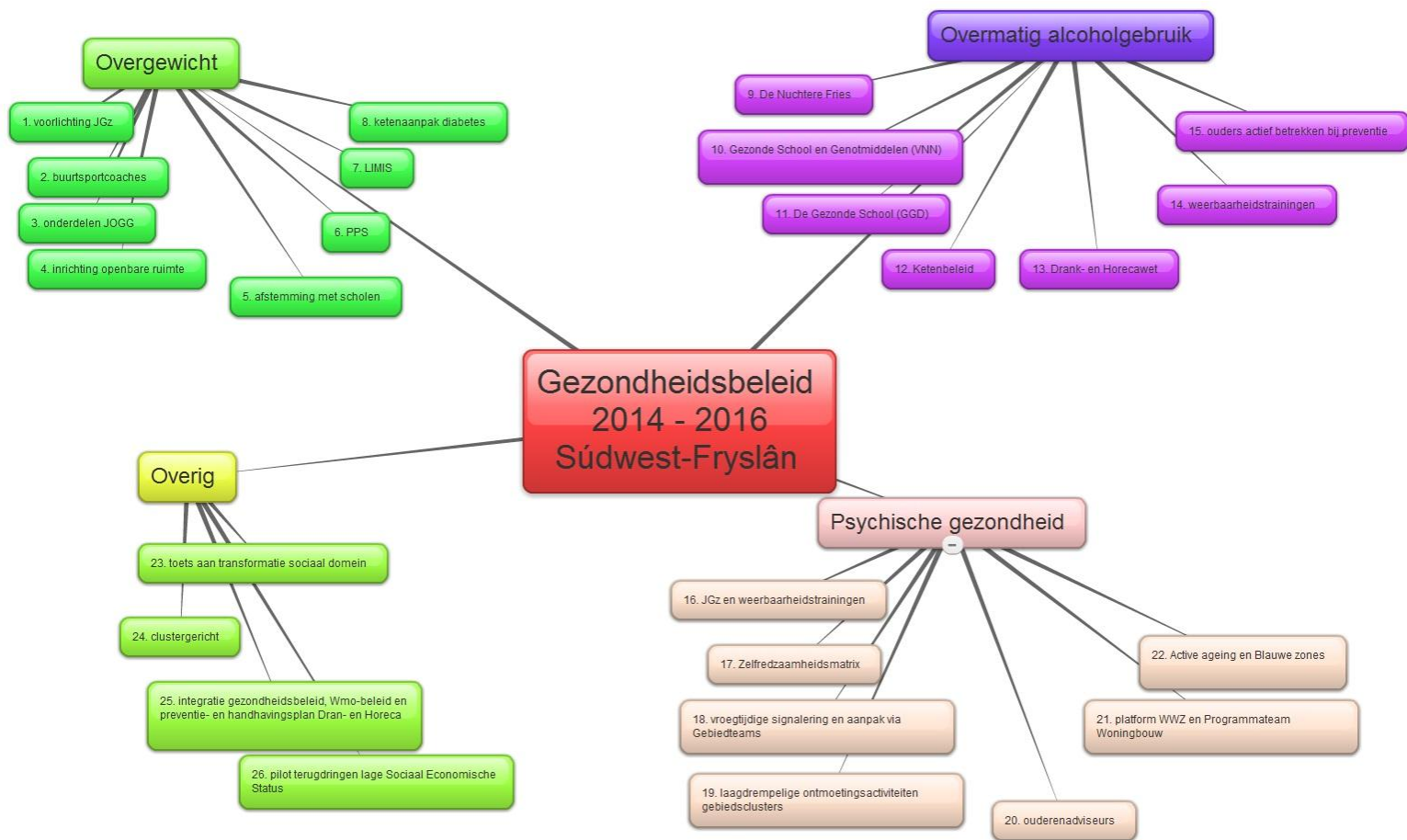


# Nota Lokaal Gezondheidsbeleid



Gemeente  
Súdwest-Fryslân  
2014 - 2017

# Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Hoofdstuk 1 Inleiding.....	4
1.1 Aanleiding .....	4
1.2 Totstandkoming van de nota.....	4
Hoofdstuk 2 Kaders .....	5
2.0 Definitie Gezondheid .....	5
2.1 Wettelijk kader.....	5
2.1.1 Drank- en Horecawet .....	6
2.2 Landelijk beleid.....	6
2.3 Provinciaal beleid: Deelplan GGD 2013 – 2016: ruimte voor gezondheid.....	7
2.4 Lokaal beleid .....	8
2.4.1 Grondslag: nota Wmo- en Welzijnsbeleid 2013 – 2016 – met de wind strak in het zeil op koers naar Wmo en welzijn nieuwe stijl (2012) .....	8
2.4.2 Koersnota Veerkracht in het sociale domein – ter uitwerking van de drie decentralisaties (2014).....	9
2.4.3 Gebiedsgericht werken / Ontwikkelvisie .....	11
2.4.4 Minimabeleid “Op weg naar een moderner minimabeleid – 2012” .....	11
2.4.5 Vrijwilligers- en mantelzorgbeleid .....	11
2.4.6 Sportbeleid – beleidsnota Sport en bewegen 2013 – 2016 .....	11
2.4.7 Kadernota Cultuur (concept 2013).....	12
2.4.8 Homo-emancipatie projectplan 2012 – 2014 (LHBT-beleid).....	12
2.4.9 Convenant Wonen, Welzijn, Zorg - Samenhang Fysieke leefomgeving, (sociale) veiligheid en zorg .....	13
2.4.10 Collegeprogramma.....	13
2.5 Inhoud en reikwijdte.....	13
2.6 Resumerend.....	14
Hoofdstuk 3 Stand van zaken in SWF.....	16
3.1 Terugblik vorige beleidsperiode .....	16
3.2 Huidige gezondheidssituatie in Súdwest-Fryslân.....	17
3.3 Extern gezondheidsbeleid.....	19
Hoofdstuk 4 Speerpunten van beleid .....	21
4.1 Lokale visie en ambitie.....	21
4.2 Lokale speerpunten .....	21
4.3 Doelstellingen en resultaten.....	22
Hoofdstuk 5 Uitwerking per speerpunt .....	23
5.1 Gezond gewicht.....	23
5.2 Verantwoord alcoholgebruik en terugdringen van roken .....	24
5.3 Psychische gezondheid / eenzaamheid .....	26
5.4 Overige speerpunten .....	27
Hoofdstuk 6 Uitvoering, verantwoording en evaluatie.....	29
6.1 Uitvoering .....	29
Bijlagen.....	31
B1 Reactie Wmo-platform op concept-nota .....	31
B2 Advies GGD Fryslân op concept-nota .....	31
B3 Wettelijke context.....	31
B4 Bronnen.....	31
B5 Zelfredzaamheidsmatrix.....	31

# Samenvatting

# Hoofdstuk 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Iedere vier jaar brengt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een landelijke nota gezondheidsbeleid uit. Op 25 mei 2011 is de laatste landelijke nota “Gezondheid dichtbij” verschenen. In deze nota benoemt de minister de landelijke prioriteiten die aanknopingspunten bieden voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

In artikel 13 van de Wet publieke gezondheid (Wpg) is de verplichting opgenomen dat de gemeenteraad binnen twee jaar na vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid, een gemeentelijke nota vaststelt.

De huidige nota lokaal gezondheidsbeleid liep tot 2013. Het is een regionaal beleidsplan van de (voormalige) gemeenten Bolsward, Gaasterlân-Sleat, Lemsterland, Littenseradiel, Nijefurd, Sneek, Wûnseradiel en Wymbritseradiel. In april 2013 is de raad door het college actief geïnformeerd om eerst medio 2014 een nieuwe nota Lokaal Gezondheidsbeleid vast te stellen. De beleidsuitgangspunten waren nog actueel, er waren en zijn de nodige ontwikkelingen gaande op het gebied van de transitie jeugd(zorg) en ouderen (AWBZ naar Wmo) en in dit kader is mede om die reden samen opgetrokken met gemeente De Friese Meren, die de nota ook heeft uitgesteld. Dit is ook gecommuniceerd naar de inspectie voor de gezondheidszorg die controleert of gemeenten aan de verplichtingen voldoen.

## 1.2 Totstandkoming van de nota

Deze nota is tot stand gekomen na een voorbereidingsperiode van overleg met betrokkenen, monitoring, evaluatie en afstemming. Na de landelijke gezondheidsnota heeft GGD Fryslân in 2012 een provinciale beleidsnotitie gemaakt waarin de landelijke speerpunten verder zijn uitgewerkt en aangevuld met Friese aandachtspunten (Ruimte voor gezondheid 2013 - 2016; zie **bijlage X**). Deze provinciale nota is in een eerder stadium door de bestuurscommissie Volksgezondheid vastgesteld en vormt daarmee een basis voor de lokale invulling en accentuering in onze gemeente.

Er is bewust geen gebruik gemaakt van allerlei interactieve rondes met inwoners en organisaties. Dat komt door de focus van gezondheidsbeleid op de collectieve publieke sector. Inwoners zijn veel nadrukkelijker aan zet bij het ontwikkelen van beleid op het gebied van de decentralisaties in het sociaal domein. Daarom worden in deze nota, waar mogelijk en relevant, ook de nodige inhoudelijke verbindingen gelegd met wat gezondheidsbeleid kan betekenen in het gehele, brede transitiebeleid (3 D's) in het sociaal domein. Dit vanuit de gedachte dat een goede gezondheid voor de burger een primaire voorwaarde is om goed mee te kunnen doen in de samenleving. Met name is dat aan de orde in die domeinen waarop de transitie zich richten (gezond opgroeien thuis en op school, werk, etc). Dat kan een belangrijke winst opleveren voor bijv. toekomstige aanspraak op zorg.

De GGD is als gemeentelijke gezondheidsdienst nadrukkelijk betrokken geweest bij de totstandkoming van deze notitie.

De samenhang met andere beleidsterreinen is bewaakt door wel nadrukkelijk de interne afstemming te zoeken en door met organisaties te spreken over het beleid.

Ten slotte is op 25 maart 2014 een concept gepresenteerd en besproken met het Wmo-platform. De inbreng uit dit platform is meegenomen. Het uiteindelijke concept is aan hetzelfde platform voorgelegd om een advies uit te brengen. Dit advies treft u als **bijlage** aan.

## Hoofdstuk 2 Kaders

### 2.0 Definitie Gezondheid

In de beleidsontwikkeling met betrekking tot volksgezondheid is een tweetal definities relevant, te weten:

World Health Organisation (WHO) (1948): “Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek.”

Vernieuwde definitie Huber (2012): “Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.”

Deze laatste definitie is flexibeler en dynamischer en neemt de veerkracht van mensen mee. Mensen kunnen met een ziekte om leren gaan en daarnaast toch nog behoorlijk gezond in het leven staan. Met deze definitie kunnen mensen dus gezond zijn, naast het hebben van een ziekte. Overigens is deze definitie internationaal instemmend ontvangen.

“Deze nieuwe definitie zet aan tot het ontwikkelen van programma’s waarmee mensen veel meer leren over wat ze zelf kunnen doen om hun gezondheid te bevorderen. En dat gaat verder dan preventie. Dus niet alleen het voorkómen van hart- en vaatziekten bij iemand die hypertensie heeft. Maar juist het aanleren van gezondheidsvaardigheden, zoals het versterken van de veerkracht en het vermogen om eigen regie te voeren. Die programma’s zouden laagdrempelig moeten zijn, bijvoorbeeld via internet en geadviseerd door de 1e lijns gezondheidszorg. En op school zouden kinderen al moeten leren hoe ze zelf kunnen bijdragen aan hun eigen gezondheid. In de Verenigde Staten zijn ze daar al verder mee: op scholen proberen ze de psychische veerkracht van kinderen te versterken. In Nederland is dit nog toekomstmuziek.”, aldus Huber. Hieruit blijkt een noodzaak om ook in gemeentelijk gezondheidsbeleid aansluiting te zoeken bij de eerstelijns zorg. Nuancering verplicht om aan te geven dat er al wel ontwikkelingen zijn in ons land, bijvoorbeeld via weerbaarheidstrainingen en methodiek ‘meedoen op mentale kracht’.

Voor het vervolg van deze nota wordt voornamelijk uitgegaan van de definitie van Huber, omdat deze goed aansluit bij de grote opgave die gemeenten hebben als direct gevolg van de transformatie van en transitie in het gehele sociale domein.

### 2.1 Wettelijk kader

De publieke gezondheid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het rijk en de gemeenten. De wederzijdse verantwoordelijkheden op het gebied van de publieke gezondheid zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet is sinds 1 december 2008 van kracht en verving destijds de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de Quarantainewet.

Op grond van de Wpg is de gemeente verantwoordelijk voor:

1. Het verwerven en analyseren van de gezondheidssituatie van de bevolking van Súdwest-Fryslân, het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen, het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma’s, het bevorderen van medische milieukundige zorg, het verlenen van technische hygiënezorg en psychosociale hulp bij rampen en het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders (art. 2 Wpg);
2. Uitvoering geven aan de jeugdgezondheidszorg en ouderengezondheidszorg (art. 5 Wpg);
3. De algemene infectieziektenbestrijding (art. 6 Wpg);
4. Vragen van advies aan de GGD voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de volksgezondheid (art. 16 Wpg)

In artikel 14 van de Wpg is vastgelegd dat het college van burgemeester en wethouders, ter uitvoering van deze wettelijke taken, zorg draagt voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst. De gemeente SWF voldoet hier aan door met 24 gemeenten deel te nemen aan de Gemeenschappelijke Regeling GGD Fryslân.

De portefeuillehouder volksgezondheid maakt deel uit van het algemeen bestuur van de GGD Fryslân.

De GGD is dus een belangrijke, maar uiteraard niet de enige, uitvoerder van het lokale gezondheidsbeleid. Andere instellingen zoals Timpaan Welzijn, AMW, MEE, ROS Friesland, Buurtsportcoaches (gemeente) en Sport Fryslân dragen ook hun steentje bij.

In **bijlage X** vindt u een overzicht van de invulling van de Wpg-taken voor de gemeente SWF.

Op het gebied van de Jeugdzorg wordt een stelselherziening doorgevoerd, gericht op decentralisatie van de jeugdzorg richting gemeenten. De huidige wet op de Jeugdzorg wordt daarbij vervangen door de Jeugdwet. Het preventieve gezondheidspakket van de jeugdgezondheidszorg, dat in het belang van de volksgezondheid aan alle kinderen op identieke wijze wordt aangeboden (bijvoorbeeld rijksvaccinatieprogramma) is niet in het wetsvoorstel opgenomen. Activiteiten binnen de jeugdgezondheidszorg die niet uniform aan alle kinderen worden aangeboden maar waar lokale beleidsvrijheid en samenhang met andere activiteiten in het jeugddomein van belang zijn, gaan er wel onderdeel van uitmaken en worden overgeheveld van de Wpg naar de Jeugdwet. Dit betreft het zgn. aanvullend pakket van de JGz.

### **2.1.1 Drank- en Horecawet**

In de recentelijk gewijzigde Drank- en Horecawet (hierna DHW) wordt aangegeven dat de gemeenteraad een preventie- en handhavingsplan moet vaststellen en waar dit plan aan moet voldoen (art. 43a).

*'1. De gemeenteraad stelt uiterlijk zes maanden na inwerkingtreding van dit artikel voor de eerste maal een preventie- en handhavingsplan alcohol vast. Vervolgens wordt dit plan elke vier jaar gelijktijdig met de vaststelling van de lokale nota gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid, vastgesteld. Het plan kan tussentijds worden gewijzigd.*

*2. Het plan bevat de hoofdzaken van het beleid betreffende de preventie van alcoholgebruik, met name onder jongeren, en de handhaving van de wet.*

*3. In het plan wordt in ieder geval aangegeven:*

*a. wat de doelstellingen zijn van het preventie- en handhavingsbeleid alcohol;*

*b. welke acties worden ondernomen om alcoholgebruik, met name onder jongeren, te voorkomen, al dan niet in samenhang met andere preventieprogramma's als bedoeld in artikel 2, tweede lid, onderdeel d, van de Wet publieke gezondheid;*

*c. de wijze waarop het handhavingsbeleid wordt uitgevoerd en welke handhavingsacties in de door het plan bestreken periode worden ondernomen;*

*d. welke resultaten in de door het plan bestreken periode minimaal behaald dienen te worden.'*

## **2.2 Landelijk beleid**

In artikel 13 van de Wpg is bepaald dat de gemeente, bij de opstelling van haar lokale beleidsnota gezondheidsbeleid, de landelijke prioriteiten in acht neemt.

In 2011 heeft het kabinet de ambities voor het gezondheidsbeleid voor de jaren 2012 - 2015 vastgelegd in de nota "Gezondheid dichtbij". Het kabinet houdt hierin vast aan de vijf speerpunten uit de vorige landelijke beleidsnota. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik.

Het kabinet legt in deze periode bij de aanpak van de speerpunten het accent op sport en bewegen in de buurt. Het kabinet doet een beroep op de eigen verantwoordelijkheid en kracht van mensen. Mensen kiezen zelf hun leefstijl. Publiek private samenwerking (PPS) wordt gezien als een kansrijke methode om de gezonde keuzes aantrekkelijk en toegankelijk te maken. Jeugd wordt gezien als een belangrijke doelgroep voor het lokale gezondheidsbeleid.

In de landelijke nota is de kabinetsvisie uitgewerkt in drie thema's, namelijk "vertrouwen in gezondheidsbescherming", "zorg en sport dichtbij in de buurt" en "zelf beslissen over leefstijl".

Verder geeft de minister aan dat er een omslag komt in preventie- en gezondheidsbeleid. Zo worden er geen massamediale campagnes meer gevoerd. Het budget voor preventie- en leefstijlonderzoek wordt teruggebracht en er wordt gestopt met onderzoek dat onvoldoende praktisch toegepast kan worden.

Tegelijkertijd wordt er geld vrijgemaakt voor nieuw beleid. Zo wordt er sinds 2013, naast de bestaande bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker, ook bevolkingsonderzoek naar darmkanker ingevoerd voor 55-75-jarigen (daadwerkelijk gestart in 2014). Verder kiest de minister voor voortzetting van combinatiefuncties (buurtsportcoaches) en investering in sport en bewegen in buurten, via de Sportimpuls. Ook wil het kabinet inzetten op herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt en betere digitale bereikbaarheid (EHealth). EHealth omvat gerichte voorlichting, zelftests en behandeling via internet en ook zorg op afstand. In 2013 is gestart met het Nationaal Programma Preventie (NPP). De sleutel tot meer gezondheid ligt voor een groot deel bij partijen buiten de zorg. Mensen zelf, scholen, werkgevers, sportverenigingen en gemeenten. Het Nationaal Programma Preventie werkt met al die partijen samen aan een gezond en vitaal Nederland. In februari 2014 is het NPP gestopt en opgevolgd door 'Alles is gezondheid', het nationale programma waarin partijen afspraken maken en gezamenlijk acties ondernemen die een beweging op gang brengen. Een beweging die leidt tot een gezonder en vitaler Nederland. Hierbij worden afspraken omgezet in concrete acties, te beginnen bij het ondertekenen van zgn. Pledges (beloftes) door organisaties en individuen. Zie [www.allesisgezondheid.nl](http://www.allesisgezondheid.nl) voor de nieuwste stand van zaken.

Tot slot benadrukt de minister in de landelijke gezondheidsnota dat waar mensen de risicofactoren voor de gezondheid niet of moeilijk kunnen beïnvloeden, heldere wet- en regelgeving noodzakelijk blijft.

NIEUW, NOG TOE TE VOEGEN: Contactmoment 14+

### **2.3 Provinciaal beleid: Deelplan GGD 2013 – 2016: ruimte voor gezondheid**

In het deelplan ruimte voor gezondheid beschrijft de GGD haar activiteiten voor de periode 2013-2016.

#### *Reguliere (wettelijke) taken GGD*

De reguliere taken van de GGD, die voor alle Friese gemeenten worden uitgevoerd, kunnen worden onderverdeeld in vier onderdelen: de wettelijke taken die door de GGD moeten worden uitgevoerd, de wettelijke taken van gemeenten die door de gemeenten bij de GGD zijn neergelegd, de wettelijke taken die door gemeenten worden uitgevoerd en overige (aanvullende) taken van de GGD.

Wettelijke taken van de GGD zijn het bieden van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, beleidsadvies geven aan gemeenten, bevorderen van medisch milieukundige zorg (preventie van ziekten als gevolg van factoren uit de fysieke leefomgeving), technische hygiënezorg (inspecteren op kwaliteit van bijvoorbeeld kinderopvang, tattooshops en bordelen), infectieziektebestrijding (waaronder TBC en seksueel overdraagbare aandoeningen), psychosociale hulp bij rampen, gezondheidsbevordering (met name op het gebied van de landelijke speerpunten).

Wettelijke taken die door de gemeenten bij de GGD zijn neergelegd, zijn lijkschouwingen, openbare geestelijke gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg (JGz). De JGz werkt met een basispakket dat bestaat uit een uniform deel en een aanvullend pakket. Het uniforme deel is gelijk voor alle gemeenten, het aanvullend pakket kan door elke gemeente naar wens ingevuld worden en ieder jaar gewijzigd (in januari 2014 is het basistakenpakket voor 2014 vastgesteld). Dit aanvullend pakket bestaat in Súdwest-Fryslân uit:

- huisbezoeken aan vier gezinnen in het kader van Stevig Ouderschap;

- pedagogische thuisbegeleiding 0-12 jaar voor 20 gezinnen;
- individuele observatie van twee kinderen op peuterspeelzaal of kinderdagverblijf
- toeleiding van kinderen naar Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE);
- voorlichting alcoholpreventie tijdens ouder-kind gesprek in groep 7 van het basisonderwijs
- één themabijeenkomst voor ouders

Wettelijke taken van gemeenten, die niet verplicht door de GGD uitgevoerd hoeven te worden, zijn prenatale voorlichting en ouderengezondheidszorg. In Súdwest-Fryslân wordt de prenatale voorlichting sinds 1 januari 2012 wel door de JGz van de GGD uitgevoerd. De ouderengezondheidszorg wordt deels door de GGD en deels via andere beleidsterreinen (WMO- en welzijnsbeleid) uitgevoerd. Het is de bedoeling om de GGD-taken inzake ouderengezondheidszorg op termijn een expliciete plaats te geven in het transitiebeleid.

Overige taken die de GGD uitvoert zijn arrestantenzorg (medische advisering en zorgverlening voor ingesloten en die onder de hoede zijn van de politie of het Openbaar Ministerie), reizigersvaccinatie en preventieve gezondheidszorg asielzoekers.

#### *Hoofdpijnen gemeentelijk gezondheidsbeleid*

De GGD hanteert zeven hoofdpijnen voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid die de afzonderlijke (wettelijke) taken overstijgen. De GGD wil samen met de Friese gemeenten de beschreven vier jaar werken aan:

- een integrale aanpak
- zelf beslissen over leefstijl
- samen voor gezondheid in dorp en wijk
- sociale veiligheid
- kennis- en expertisecentrum
- Noord-Nederlandse samenwerking
- jeugd

Deze hoofdpijnen zijn in het deelplan uitgebreid omschreven. Voor een volledig overzicht van acties wordt hier verwezen naar de **bijlage (X)**.

#### *Gevolgen voor lokaal gezondheidsbeleid*

Súdwest-Fryslân dient aan te sluiten bij bovengenoemde speerpunten uit de landelijke nota en bij de genoemde hoofdpijnen uit de nota Ruimte voor gezondheid. De jeugd zal bovendien specifiek als doelgroep meegenomen moeten worden. Op provinciaal niveau wordt aan preventie en gezondheidsbevordering door GGD Fryslân al het nodige gedaan. Lokaal voert de GGD bovendien extra taken uit binnen het aanvullende pakket dat de gemeente afneemt.

## **2.4 Lokaal beleid**

### **2.4.1 Grondslag: nota Wmo- en Welzijnsbeleid 2013 – 2016 – met de wind strak in het zeil op koers naar Wmo en welzijn nieuwe stijl (2012)**

“Goede zorg en, nog belangrijker, goede gezondheid is niet alleen een zaak van de overheid. Succes boeken we alleen door samen te werken.”, zo opent de nota met een citaat van het regeerakkoord van kabinet Rutte-II.

“‘Zorgen voor’ verandert in ‘zorgen dat’. Dit betekent dat de gemeente in overleg met de inwoner en zorgaanbieder kijkt naar wat mensen zelf of met hulp van familie, vrienden en burens kunnen organiseren. Daarna kijken we of er aanvullende ondersteuning nodig is. Maatwerk dus. We richten ons met name op kwetsbare groepen; de mensen die de ondersteuning het hardst nodig hebben, deze niet kunnen betalen en niet voor alle zorg kunnen terugvallen op hun netwerk.”

Zelfredzaamheid, maatwerk en intensieve samenwerking zijn van cruciaal belang.

*Deze omslag in denken wordt ook doorvertaald in deze gezondheidsnota.* Er wordt een groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en het informele netwerk van mensen en het beleid spitst zich meer toe op specifieke doelgroepen.



De Wmo-nota spitst zich met name toe op kwetsbare jongeren, kwetsbare ouderen, de mantelzorgers & vrijwilligers en de zogenaamde maatschappelijke uitvallers met dreigend regieverlies (15%) en langdurig regieverlies (5%). Aan het *gezondheidsbeleid* de taak om via collectieve preventie deze aandachtsgroepen zo gering als mogelijk te maken en houden.

In het geval van interventies zijn deze in principe ‘evidence based’ (op bewijs gestoeld). Beargumenteed is er ook ruimte voor ‘practice based’ interventies, waarvan het effect in de praktijk is bewezen. Deze komen immers vaak tot stand in ‘co-creatie’ met burgers en kenmerken zich door creatieve ideeën van burgers. Interventies sluiten liefst zoveel mogelijk aan op de in hoofdstuk 2 genoemde definitie van gezondheid (Huber), waarbij aanspraak wordt gedaan op de veerkracht van burgers om aan hun eigen gezondheid te (blijven) werken.

Er is niet langer sprake van een aparte ondersteuner per doelgroep (jeugd, ouderen, etc.), maar van ‘sociaal werkers’, die breed inzetbaar zijn. Deze vormen voor het *gezondheidsbeleid* een belangrijke vooruitgeschoven post.

Opvoedingsondersteuning, onderdeel van de huidige gezondheidsnota, valt deels ten prooi aan de gemeentelijke bezuinigingen. Het betreffende aanbod is/wordt op noodzaak en overlap van interventies gescreend.

In de Wmo-nota wordt al een voorschot genomen op de mogelijke integratie van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De gemeente is immers verantwoordelijk voor de uitvoering van beide wetten, die niet los van elkaar kunnen worden gezien. Ze liggen in elkaars verlengde waarbij vanuit het gezondheidsbeleid vooral ingezet wordt op preventieve interventies.

De geschetste cultuuromslag van de Kanteling sluit naadloos aan bij de ‘transformatie’ die in het kader van de drie transitie (Jeugdzorg, AWBZ en Participatie) in gang is gezet. Deze overheveling van taken biedt kansen, maar brengt ook risico’s met zich mee door stapeling van maatregelen m.b.t. bepaalde kwetsbare groepen. Daarom is het Wmo- en welzijnsplan niet een in beton gegoten plan, maar een groeimodel dat flexibel inspeelt op actuele ontwikkelingen. Zo wordt o.a. het denken in doelgroepen los gelaten en uitgegaan van thema’s of sociale domeinen. In de onderhavige *gezondheidsnota* is deze flexibiliteit minder aan de orde en wordt wel degelijk *gezondheidsbeleid* op het niveau van doelgroepen beschreven. Wel is het goed om daarbij de afstemming in ontwikkelingen te bewaken.

Als aandachtspunt wordt in de Wmo-nota nog opgemerkt dat de ervaringen met het gevoerde beleid tamelijk positief zijn. Daarom dient het goede behouden te worden en dienen keuzes gemaakt te worden. Toverwoorden zijn hierbij samenhang, efficiency, effectiviteit en zelfredzaamheid & eigen kracht. Ook in het kader van preventief *gezondheidsbeleid* is het aan te bevelen om continuïteit van interventies na te streven. Vaak resulteren kortdurende acties immers niet in een blijvende leefstijlverandering.

In de nota Wmo- en welzijnsbeleid staat per kwetsbare groep beschreven *wat er is, wat we willen* en *hoe we dat bereiken*. Kwetsbare groepen zijn jeugd/jongeren, ouderen, vrijwilligers en mantelzorgers en maatschappelijke uitvallers.

## **2.4.2 Koersnota Veerkracht in het sociale domein - ter uitwerking van de drie decentralisaties (2014)**

De koersnota is samen opgesteld met gemeente Littenseradiel en ook gemeente De Friese Meren zit op belangrijke onderdelen op hetzelfde spoor. Het uitgangspunt is wel om taken zoveel mogelijk zelfstandig op te pakken en uit te voeren, tenzij het beter en efficiënter is om die in een breder verband op te pakken. Door de toekomstige verantwoordelijkheid voor een groot aantal zorgtaken, in combinatie met bestaande taken, zijn de gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk voor bijna de gehele maatschappelijke ondersteuning aan de eigen inwoners. Daarmee krijgt de gemeente de mogelijkheid om een samenhangend beleid te voeren, gericht op het vergroten van de participatie en het meedoen van onze inwoners die zich in een kwetsbare positie bevinden. Een gebiedsgerichte benadering is hierbij het uitgangspunt. Daarmee zijn we op weg naar een samenleving waarin de

term 'Meiinoar' / 'noaberschap' een sleutelpositie heeft. De nieuwe en bestaande taken (w.o. het gezondheidsbeleid) worden zoveel als mogelijk in samenhang benaderd om een vernieuwing en verbetering van de sociale infrastructuur te realiseren.

We zetten niet alleen in op kwetsbare inwoners. Door middel van preventieve interventies proberen we te zorgen dat het met de inwoners waarmee het goed gaat ook in de toekomst goed blijft gaan. Dit uitgangspunt raakt de essentie van het *gezondheidsbeleid*.

De inzet richt zich op het versterken van de basis, het zelfoplossend vermogen van de inwoner, zijn/haar sociale netwerk en de sociale gemeenschap. Tevens is er aandacht voor een brede toeleiding en vraagverheldering, vraaggericht met een brede blik, gericht op het hervinden en versterken van de eigen kracht (de Zelfredzaamheidsmatrix van GGD Nederland is een handig beschrijvend hulpmiddel). Voor de kwetsbare inwoners blijft er een vangnet om op terug te vallen. Maatwerk is hierbij het uitgangspunt.

De rol van gemeente en organisaties is die van vertrouwen, loslaten en ruimte bieden. Deze rol verschuift meer naar de ondersteuning van vrijwillige initiatieven op basis van hun professionele deskundigheid.

De vernieuwing van de sociale infrastructuur betekent een integrale aanpak op alle levensgebieden van de inwoner. Dit betreft alle vormen van ondersteuning, inclusief de gemeentelijke dienstverlening op het terrein van werk, inkomen, zorg en participatie.

Met betrekking tot de transformatie van het sociale domein worden de volgende transformatie-effecten nagestreefd:

Speerpunt 1: Stimuleren eigen kracht en versterken van de basis;

Speerpunt 2: Gebiedsgericht werken en toeleiding;

Speerpunt 3: Vernieuwing van het ondersteuningsaanbod.

De gebiedsgerichte teams vormen (op termijn) dé toegang tot zorg en ondersteuning.

Ontschotten en vernieuwen van het huidige aanbod is eveneens een streven in het sociale domein. Gat en overlappings in het huidige aanbod die er zijn of worden ontdekt worden aangepast of aangevuld, zodat het aanbod een passende oplossing biedt voor de ondersteuningsvraag van de inwoner. Dit principe kan uiteraard ook worden doorvertaald naar het *gezondheidsbeleid*.

Subsidieafspraken met instellingen zijn in principe resultaatgericht. Dat betekent dat er wordt gestuurd op het behalen van bepaalde maatschappelijke doelen, waarbij de manier waarop niet als sturingscriterium wordt gehanteerd. Ook dit principe kan worden vertaald naar het *gezondheidsbeleid*. Hoewel het aantal directe subsidierelaties dat voortvloeit uit het onderhavige beleid zeer beperkt is, zijn er wel veel dwarsverbanden met andere beleidsterreinen en subsidierelaties, bijvoorbeeld op het gebied van sport en bewegen of onderdelen van de jeugdgezondheidszorg.

De bekostiging van specialistische provinciale voorzieningen wordt bepaald aan de hand van grootte van een gemeente. Op termijn komt hier een bonus-malus-regeling in, zodat gemeenten die minder doorverwijzen een korting krijgen op hun verplichte bijdrage en een verhoging bij veel doorverwijzen. De gemeente heeft dus belang bij het goed op orde zijn van het voorliggende veld. Het *gezondheidsbeleid* heeft hier een belangrijke taak in. Investeren in preventie loont derhalve!

Wat betreft kwaliteit en verantwoording is in de nieuwe sociale infrastructuur ruimte voor vertrouwen in inwoners en professionals. Een goede verantwoording richting inwoners, gemeente en politiek is onontbeerlijk, met veel ruimte aan de voorkant en aan de achterkant voldoende inzicht in de bestedingen en voldoende controle mogelijkheden. Ook dit principe kan worden geprojecteerd op het *gezondheidsbeleid*.

Een vierde transitie die hier veel mee te maken heeft, maar enigszins een eigen leven leidt is Passend Onderwijs. De samenhang met de transitie Jeugdzorg is uiteraard voordehand liggend.

### 2.4.3 Gebiedsgericht werken / Ontwikkelvisie

De Ontwikkelvisie is in maart van 2012 vastgesteld door de gemeenteraad. De visie is het resultaat van een interactief proces met input van inwoners en vele partners. In het document zijn de lijnen uitgezet voor de komende tien jaar van deze nieuwe gemeente; op ruimtelijk, economisch en sociaal vlak. Zoals de inleiding luidt: “Dit document is onze leidraad; het geeft de koers aan voor beleidsontwikkeling op vele terreinen en richting aan de samenwerking met onze maatschappelijke partners en overheden”.

Pijler 4: Grote sociale verbondenheid

- De uitgezette lijn in de Ontwikkelvisie bij deze pijler, is integraal opgepakt via een samenhangende aanpak van de drie transities in het sociaal domein.
- Er is gekozen voor transformatie van de huidige sociale infrastructuur via: 1. Het versterken van de basis (het zelf-oplossend vermogen), 2. Gebiedsteams ten behoeve van vraagverheldering en toeleiding en 3. Vangnet specialistische zorg met maatwerk als uitgangspunt.
- In de Koersnota ‘Veerkracht in het sociaal domein!’ is de aanpak uiteengezet (vastgesteld in de raad op 30 januari 2014).
- Gebiedsgericht werken in de vorm van gebiedsgerichte teams betekent een belangrijke wijziging in de sociale infrastructuur. Deze teams zijn per 1 januari 2015 operationeel.
- 

### 2.4.4 Minimabeleid “Op weg naar een moderner minimabeleid – 2012”

Een belangrijke indicator voor risico’s op het gebied van gezondheid (in brede zin) is de Sociaal Economische Status (SES) van mensen. Mensen met een lage SES lopen in dat verband meer risico. Nadruk ligt op kinderen in armoede en inwoners met dreigende schulden. Er zijn diverse regelingen die het mogelijk moeten maken dat mensen met een laag inkomen kunnen meedoen in de samenleving.

### 2.4.5 Vrijwilligers- en mantelzorgbeleid

NADER IN TE VULLEN

### 2.4.6 Sportbeleid – beleidsnota Sport en bewegen 2013 – 2016

“De gemeente Súdwest-Fryslân wil een gezonde sportgemeente zijn. De missie is dat alle inwoners een leven lang sporten en bewegen. In de gemeentelijke visie heeft elke inwoner de mogelijkheid om te sporten en te bewegen, is sporten en bewegen een vast onderdeel van de dagelijkse tijdbesteding en draagt bij aan maatschappelijke thema’s als gezondheid, welzijn en sociale cohesie.”

Kadernota sport en bewegen 2012 - 2020: Sportstimulering

“Hoofddoelstelling:

Alle inwoners moeten op hun eigen niveau kunnen sporten en/of bewegen.

Uitgangspunten:

1. De inwoners zijn er zelf verantwoordelijk voor of ze gaan sporten en/of bewegen;
2. Het sportbeleid is bedoeld voor alle inwoners, waarbij extra aandacht wordt besteed aan de (kansarme) jeugd, ouderen en mensen met een beperking
3. De gemeente speelt waar mogelijk in op landelijke en provinciale sportstimuleringsregelingen en andere relevante ontwikkelingen;
4. De gemeente stimuleert en ondersteunt het inzetten van vrijwilligers;
5. De gemeente stimuleert de samenwerking tussen sportaanbieders;
6. De gemeente stimuleert sport en bewegen op scholen.”

Beleidsnota 2013 - 2016: Sportstimulering:

“Onze ambitie is dat inwoners in 2016 actiever zijn, meer bewegen en meer sporten.

Sportverenigingen, scholen, buurtsportcoaches, belangenverenigingen, kinderopvang, de buitenschoolse opvang, de zorg en het bedrijfsleven moeten dit mogelijk gaan maken. De inzet van

buurtsportcoaches (voorheen combinatiefunctionarissen) is vanuit de gemeente het belangrijkste instrument als het gaat om het verbinden en aanjagen. We sluiten aan bij de algemene doelstellingen van de Sportagenda 2016. Het sportstimuleringsaanbod richten we voornamelijk op gebieden waar de sportparticipatie het laagst is. Daarnaast hebben we concrete doelstellingen voor de doelgroepen jeugd, ouderen en mensen met een beperking geformuleerd. Het verbeteren van de kwaliteit van het bewegingsonderwijs is één van de belangrijkste speerpunten voor de komende beleidsperiode. Sportverenigingen gaan we op een proactieve manier ondersteuning bieden om uiteindelijk meer leden te krijgen.

Om dit te realiseren gaan we de subsidies doelgericht inzetten. Verder gaan we in de gebiedsclusters meer vraaggericht te werk om te zorgen voor meer effect van de sporten beweegactiviteiten. We gaan scherp in de gaten houden of de doelstellingen ook worden gerealiseerd door regelmatig terugkerende effectmetingen uit te voeren.”

“We gaan een nadrukkelijker verbinding leggen tussen Wmo en sport, omdat we ervan overtuigd zijn dat een gedeelte van deze groep via sport en bewegen weer mee kan doen in de samenleving.”

“Sport- en beweegactiviteiten hebben vooral effect wanneer ze ‘út de mienskip’ bedacht en uitgevoerd worden. We willen een vraaggericht sport- en beweegaanbod realiseren en daarom gaan we eerst onderzoeken wat de wensen en behoeften zijn van de inwoners. Op basis van de lokale sportbehoefte volgt een aanpak per gebiedscluster. Om deze aanpak inhoud te geven worden buurtsportcoaches ingezet. Zij werken projectmatig, adviserend, ondersteunend en stimuleren de eigen kracht en kennis van samenwerkingspartners.”

Voor een overzicht van uitvoeringsacties 2013 - 2016, onderdeel Sportstimulering, zie de betreffende **bijlage X**.

#### OP TE NEMEN IN DE FINANCIËLE PARAGRAAF

Financiën:

Sportbeleid € 221.105

NASB en Combinatiefunctionaris € 683.580

Tot en met 2016 wordt een deel bezuinigd op het totale sportbudget, ongeveer 14%.

### 2.4.7 Kadernota Cultuur (concept 2013)

In de concept Kadernota Cultuur van 2013 staat de indirecte rol van cultuur voor de volksgezondheid beschreven. Cultuur heeft immers een verbindende werking op de samenleving en het bevordert de ontwikkelingsmogelijkheden van de inwoners.

In allerlei onderzoek is aangetoond dat gezonde leefstijl en opleiding/ontwikkeling aan elkaar gekoppeld zijn. Daarnaast wordt een steeds groter beroep gedaan op het informele netwerk rondom inwoners in het voorzien in hun ondersteuningsbehoefte, dat het bevorderen van samenhang binnen de samenleving heel erg belangrijk is. Het delen van een gemeenschappelijke identiteit bevordert dat mensen meer voor elkaar willen doen.

### 2.4.8 Homo-emancipatie projectplan 2012 – 2014 (LHBT-beleid)

Speciale aandacht is er voor homo-emancipatie en de effecten op psychische gezondheid, als gevolg van non-acceptatie, pesten/treiteren. Vaak wordt gekeken naar de groep jongeren als het gaat om dit aspect (coming-out e.d.). Een toenemend probleem ligt bij de ouderen en treiter-gedrag in verzorgingshuizen.

Sinds 2012 is SWF een zgn Koplopergemeente, samen met Leeuwarden. Hiertoe ontvangt de gemeente in 2012, 2013 en 2014 €20.000 per jaar van het ministerie. Een viertal doelen wordt hierin nader uitgewerkt:

- Veilig schoolklimaat
- Veilige leefomgeving voor ouderen: zorg
- Veilige leefomgeving: religieuze kringen
- Veilige leefomgeving: ketensamenwerking

Uitvoering is belegd bij Tûmba en COC-Friesland.

## 2.4.9 Convenant Wonen, Welzijn, Zorg - Samenhang Fysieke leefomgeving, (sociale) veiligheid en zorg

Ruimtelijke ordening en gezondheid lijken op het eerste gezicht misschien niet alles met elkaar te maken te hebben. Echter de inrichting van de leefomgeving van mensen is juist van grote invloed op zowel de subjectieve gezondheidsbeleving (prettig wonen bevordert een gevoel van (geestelijke) gezondheid), als de objectieve gezondheid. Een omgeving die uitnodigt tot bewegen, goede fietspaden en -routes, openbare ruimte gericht op ontmoeting, etc. In het licht van de transformatie van en transitie in het sociale domein worden dit soort functies juist nog veel belangrijker. Er wordt een groter beroep gedaan op informele zorg en burgerkracht. Een omgeving die ontmoeting stimuleert is daarbij een noodzakelijke randvoorwaarde.

In het kader van integraliteit is een convenant afgesloten (in 20...) tussen gemeente, woningcorporaties en zorginstellingen op het thema Wonen, Welzijn, Zorg (WWZ). Daarnaast houdt het (interne) programmateam Woningbouwprogramma zich specifiek met dit soort verbanden en ontwikkelingen bezig.

## 2.4.10 Collegeprogramma

Het coalitieakkoord 2010 - 2014 van CDA, PvdA en VVD stond de eerste helft vooral in het teken van opbouw van de nieuwe gemeente. Het tweede deel van de periode zullen de verdere opbouw en plannen zichtbaar moeten zijn geworden.

Items die relevant zijn voor het gezondheidsbeleid, zijn o.a.:

- Goede balans tussen stad en platteland als het gaat om wonen, werken, leefbaarheid en voorzieningen
- Bij de ontwikkeling van kernenbeleid en een kernenfonds wordt ook de discussie gevoerd met partners die belang hebben bij leefbaarheid in dorpen en wijken, met het doel de gezamenlijke middelen met synergie in te zetten. Denk hierbij aan bijvoorbeeld wooncorporaties en zorgaanbieders.
- Opleveren van een integraal veiligheidsplan met uitvoeringsprogramma's met concrete en herkenbare thema's (zoals aandacht voor jongeren, alcohol en drugs, veiligheid op wegen en maatschappelijk gedrag van jeugd)
- Maatschappelijk gedrag als onderdeel van scholing
- Iedereen kan meedoen aan de samenleving, zowel in materieel als immaterieel opzicht. Vertrekpunten hierbij zijn eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en zelfredzaamheid. De gemeente fungeert als vangnet. Met de eigen verantwoordelijkheid van de burger als uitgangspunt stimuleert en ondersteunt de gemeente waar nodig.
- De WMO wordt maatwerk met een proactieve houding vanuit de gemeente.
- Ondersteuning van Stipe-punten en mantelzorgers.

In maart 2014 vinden/vonden gemeenteraadsverkiezingen plaats. Zodra hier een nieuwe raad en coalitie uit bekend is en een bijbehorend coalitieplan, zal de relevante inhoud hiervan onderdeel uitmaken van deze nota gezondheidsbeleid.

## 2.5 Inhoud en reikwijdte

Deze nota gaat om de *publieke gezondheidszorg*. Bij publieke gezondheidszorg gaat het om een maatschappelijke vraag en niet om een individuele vraag. Het gaat om bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking als geheel of van specifieke groepen binnen die bevolking.

De taken op het gebied van *gezondheidsbescherming* zijn ondergebracht bij de GGD Fryslân. Veel van deze taken zijn verankerd in regelgeving, zoals bijvoorbeeld in een verplicht uit te voeren basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Het merendeel van de budgetten gaat naar gezondheidsbescherming, maar er is weinig beleidsvrijheid. Daarom worden de taken voor gezondheidsbescherming slechts beschreven in **bijlage X** van deze nota.

Op het terrein van de *gezondheidsbevordering* (preventie, leefstijl en gedrag) heeft de gemeente beleidsvrijheid, waarbij de landelijke speerpunten als vertrekpunt dienen. De nota richt zich hier op.

Waar de Wpg zich vooral richt op bevordering en bescherming van (*nog*) *gezonde burgers*, richt de Wmo zich op deelname aan de maatschappij van burgers met een beperking. Voor zover er in de Wmo-nota toch aanbevelingen zijn gedaan die de gezondheid van (*nog*) *gezonde burgers* betreffen, is hiervan melding gemaakt in deze nota.

Sinds 1 januari 2012 is de “wetswijziging Wpg tweede tranche” in werking getreden. Door deze wijziging is een beweging in gang gezet om de nota lokaal gezondheidsbeleid te structureren zoals dit ook binnen de Wmo gebeurt. Dit houdt concreet in dat in de nota vermeld moet worden wat de gemeentelijke *doelstellingen* zijn op het terrein van de publieke gezondheid, welke *acties* er ondernomen worden en welke *resultaten* de gemeente wenst te behalen. Op deze manier groeien de Wpg en de Wmo naar elkaar toe.

## 2.6 Resumerend

Belangrijke uitgangspunten voor het gezondheidsbeleid, volgend uit de kaders, zijn:

- Bepalingen in de Wet publieke gezondheid
- Bepalingen uit de Drank- en Horecawet
- 5 speerpunten uit de landelijke beleidsnota: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik
- Uitgangspunten provinciaal beleid: Deelplan GGD 2013-2016 Ruimte voor gezondheid, te weten: integrale aanpak, zelf beslissen over leefstijl, samen voor gezondheid in dorp en wijk, sociale veiligheid, kennis- en expertisecentrum, Noord-Nederlandse samenwerking, jeugd
- Uitgangspunten Wmo- en welzijnsbeleid: zelfredzaamheid, maatwerk en intensieve samenwerking; toespitsing op kwetsbare jongeren, kwetsbare ouderen, mantelzorgers en vrijwilligers en maatschappelijke uitvallers; evidence-based interventies, met ruimte voor practice based; behoud het goede en maak keuzes voor focus
- Uitgangspunten Koersnota Veerkracht in het sociale domein: samenhangend beleid, gericht op het vergroten van de participatie en het meedoen van inwoners die zich in een kwetsbare positie bevinden, via een gebiedsgerichte benadering en een sleutelpositie voor “Meiinoar”; preventieve interventies zorgen ervoor dat het met inwoners waarmee het goed gaat ook in de toekomst goed blijft gaan; stimuleren eigen kracht en versterken van de basis
- Uitgangspunten Ontwikkelvisie: samenhangende aanpak van de drie transities in het sociaal domein; transformatie van de huidige sociale infrastructuur via versterking van de basis en zelfoplossend vermogen, gebiedsteam t.b.v. vraagverheldering en toeleiding en vangnet specialistische zorg met maatwerk; gebiedsgericht werken via gebiedsteams per 1-1-2015
- Uitgangspunten Minimabeleid: NOG IN TE VULLEN
- Uitgangspunten sportbeleid (Sport en bewegen 2013-2016): eigen verantwoordelijkheid van inwoners om wel of niet te sporten en/of bewegen; extra aandacht voor (kansarme) jeugd, ouderen en mensen met een beperking; inspelen op landelijke en provinciale sportstimuleringsregelingen; stimuleren en ondersteunen inzet van vrijwilligers; stimuleren samenwerking tussen sportaanbieders; stimuleren sport en bewegen op scholen
- Uitgangspunten kadernota Cultuur: cultuur als bindend middel voor sociale cohesie
- Uitgangspunten projectplan homo-emancipatie: als Koplopergemeente (t/m 2014) toewerken naar een veilig schoolklimaat, een veilige leefomgeving voor ouderen in de zorg, een veilige leefomgeving in religieuze kringen, via ketensamenwerking
- Uitgangspunten convenant Wonen, Welzijn, Zorg: samenhang fysieke leefomgeving, (sociale) veiligheid en zorg; participatie in integrale programma’s, zowel intern als extern
- Uitgangspunten Collegeprogramma 2010-2014: balans tussen stad en platteland; synergie door gezamenlijke middeleninzet; integraal veiligheidsplan met uitvoeringsprogramma’s met concrete thema’s als aandacht voor jongeren, alcohol en drugs, veiligheid op wegen en maatschappelijk gedrag van jeugd; maatschappelijk gedrag als onderdeel van scholing; ondersteuning van Stipepunten en mantelzorgers
- Uitgangspunten van inhoud en reikwijdte: wetswijziging Wpg tweede tranche verplicht gemeenten duidelijk aan te geven wat de *doelstellingen* zijn op het terrein van de publieke

gezondheid, welke *acties* er ondernomen worden en welke *resultaten* de gemeente wenst te behalen.

## Hoofdstuk 3 Stand van zaken in SWF

### 3.1 Terugblik vorige beleidsperiode

In 2008 hebben de raden van Bolsward, Gaasterlân-Sleat, Lemsterland, Littenseradiel, Nijefurd, Sneek, Wymbritseradiel en Wûnseradiel het regionaal beleidsplan gezondheid 2009 - 2012 vastgesteld. In dit beleidsplan zijn de volgende speerpunten (met concrete doelen) benoemd:

#### Jeugd (2009)

- Roken
- Alcohol
- Drugsgebruik
- Opvoedingsondersteuning

#### Voeding en beweging (2010)

- Bewegen en sport
- Overgewicht
- Voedingspatroon

#### Participatie en gezondheid (2011)

- Lage sociaal economische status (SES)
- Eenzaamheid
- Veiligheid en de AED
- Veiligheid en valpreventie

#### Ziekte (2012)

- Depressie
- Diabetes
- Seksuele (on)gezondheid

De uitvoering richtte zich per jaar op één thema.

Dit heeft geleid tot de uitvoering van een aantal concrete acties in samenwerking met het veld. Enkele voorbeelden van interventies zijn:

- De gezonde school en genotmiddelen
- De rookvrije school
- Instructie Verantwoord Alcoholgebruik
- Bijeenkomsten over borstvoeding
- Financiële tegemoetkoming minimabeleid
- Project 'Halt u valt!'
- Depressiepreventie 'In de put, uit de put'
- Voorlichtingsprogramma 'Suiker? Hebt u zo genoeg of te weinig?'
- Etc.

In 2013 en 2014 is het ingezette beleid zoveel mogelijk voortgezet.

De ervaring in de afgelopen beleidsperiode heeft geleerd dat het goed is om doelen te koppelen aan speerpunten, maar dat de beoogde resultaten realistisch moeten worden gesteld. Een doel van "aantal jongeren van 13 tot 19 jaar dat rookt is in 2012 gedaald met 25%" verkoopt goed in een beleidsnotitie, maar is volstrekt onrealistisch. Soms mag je al blij zijn met een stabilisering in een trendmatige groeiontwikkeling. Zo staan er nog veel meer van dit soort irreële doelstellingen in. Het heeft dan ook geen zin om de afgelopen nota op een dergelijk concreet cijfermatig niveau te evalueren.



Beter is het om kwalitatief terug te kijken naar de speerpunten, de doelrichtingen en de doelmatigheid en effectiviteit van beleid. Dit kan door te kijken naar trends in gezondheidsmonitoren en door evaluatiegesprekken met sleutelfiguren en -organisaties. De gezondheidsmonitor van de GGD en gesprekken met diverse sleutelfiguren tonen aan dat het gezondheidsbeleid in SWF goede resultaten heeft geboekt. Op veel onderdelen scoren (delen van) inwoners van SWF positiever dan het gemiddelde in Friesland, bijvoorbeeld op de terreinen van sport en bewegen, gezond eetpatroon, de ervaren gezondheid, minder risico op angst en depressie, tevredenheid over het leven. Of deze positieve scores en de gedane interventies één op één aan elkaar gerelateerd zijn is niet wetenschappelijk onderzocht, maar de indruk is gerechtvaardigd dat we op de goede weg zitten. Dat wijzen diverse onderzoeken in het kader van het Wmo-beleid ook wel uit. Niet voor niets is daarbij de aanbeveling gedaan om beleid te continueren, te behouden wat goed gaat en keuzes te maken voor een nadere focus. Bovendien is het bij preventie ook nog eens zo dat dat een lange adem vergt. Resultaten (verandering van leefstijl) zijn niet direct zichtbaar, maar ontstaan pas na verloop van tijd, door continuïteit van interventies.

De structurele activiteiten die de gemeente, de GGD en andere instellingen binnen hun reguliere takenpakket uitvoeren zijn ook in de achterliggende beleidsperiode, al dan niet gewijzigd, voortgezet. Een voorbeeld hiervan zijn de reguliere contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg met kinderen in diverse leeftijdsgroepen. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat deze taken voor altijd in beton gegoten zijn.

Vanuit het inhoudelijk rapport over 'De gezonde school en genotmiddelen' van Verslavingszorg Noord Nederland blijkt dat ... (Vóór 1 april verschijnt een inhoudelijk rapport over 'De gezonde school en genotmiddelen' van Verslavingszorg Noord-Nederland. Navragen bij Janke. - kijken hoe zich dit verhoudt tot artikel in de NRC van begin maart waarin wordt verondersteld dat dit project juist niet effectief is gebleken na wetenschappelijk onderzoek)

Een aantal eindige interventies / acties loopt nog door met het opstellen van deze nieuwe nota Gezondheidsbeleid. Te denken valt daarbij aan het AED-project

### **3.2 Huidige gezondheidssituatie in Súdwest-Fryslân**

De levensverwachting bij geboorte neemt in Nederland nog steeds toe, zo ook in SWF. Lang niet alle levensjaren zijn jaren zonder ziekte. Toch zien we in de regio dat mensen (zeer) positief over de eigen gezondheid oordelen. In SWF is de beoordeling van de eigen gezondheid zelfs hoger dan gemiddeld in Friesland.

In het kader van de Wpg verzamelt en analyseert de GGD elke vier jaar gegevens over de gezondheidssituatie van de verschillende bevolkingsgroepen. In 2012 is de Gezondheidsmonitor 2012 verschenen met de meest recente cijfers van de Friese bevolking, met een uitsplitsing naar gemeente en voor SWF op enkele onderdelen een uitsplitsing op clusterniveau.

Opvallende gegevens zijn (afgezet tegen Friese gemiddelde - niet alle significant):

#### 0-12:

- jonge jeugd is relatief vaak lid van een sportvereniging, wat daalt vanaf het voortgezet onderwijs, tot onder het Friese gemiddelde

#### 12 - 19:

- op 'pesten' scoort SWF hoger dan Friese gemiddelde (zowel slachtoffers, als daders)
- het gebruik van energiedrankjes ligt op 60% (!)
- roken ligt hoger dan Friese gemiddelde
- meer moeite met rondkomen inkomen ouders en bezuinigen dan Friese gemiddelde
- dader van criminaliteit hoger dan Friese gemiddelde

#### 19 - 65:

- 85% ervaart een goede gezondheid
- relatief meer mensen voor minimaal 1 chronische aandoening onder behandeling dan Friese gemiddelde
- iets beter eetpatroon dan Friese gemiddelde
- idem voor sport en bewegen; meer via verenigingen en veel meer ongebonden

- meer overmatig drinken dan Friese gemiddelde
- geeft minder mantelzorg dan Friese gemiddelde
- minder gebruik van antidepressiva, terwijl wel meer depressies en minder risico op angst en depressie
- woning en woonomgeving scoren vaker onvoldoende

#### 65+:

- ervaren gezondheid is veel beter dan Friese gemiddelde
- chronische aandoeningen is veel lager dan Friese gemiddelde (NB: bij volwassenen juist hoger...)
- veel minder beperkingen dan Friese gemiddelde (NB bij volwassenen zelfde als Fr.gem. tot iets minder)
- minder overgewicht en beter voedingspatroon
- veel beter bewegingspatroon dan Friese gemiddelde
- veel meer zware en overmatige drinkers
- relatief minder mantelzorg geven en ontvangen
- veel minder risico op angst en depressie; wel meer depressies in de afgelopen 12 maanden; angstig/bezorgd afgelopen 12 maanden juist veel minder
- tevredenheid met het leven: 100% (!)
- medicijngebruik ligt op gemiddelde; slaap- en kalmeringsmiddelengebruik ligt iets hoger
- veel minder ontevreden over woning en woonomgeving (NB bij volwassenen juist vaker onvoldoende)
- relatief minder onveilig overdag, 's avonds en 's nachts
- minder moeite met rondkomen en veel minder met alleen AOW-inkomen

Aangezien sommige zaken opvallen zowel tussen leeftijdsgroepen, als in vergelijking met het Friese gemiddelde en/of andere gemeenten, zijn vragen gerechtvaardigd om een nadere verdieping. Een nadere check bij de GGD over deze opvallende gegevens toont aan dat het zwaartepunt voor SWF ligt bij:

- Jeugd specifiek (12-19): bijzondere aandacht voor genotmiddelengebruik en overgewicht (met name bij VMBO, lage SES) en armoede-/lage SES-problematiek.
- Volwassenen en ouderen samen (19+): overgewicht, eenzaamheid (met name in cluster Sneek), depressie, alcoholgebruik en lage SES-groepen.
- Volwassenen specifiek (19-64): nadruk op goed mantelzorgbeleid (volwassenen geven significant minder mantelzorg! ; dat was in 2010 nog niet zichtbaar in de cijfers).
- Ouderen specifiek (65+): alcoholgebruik en nadruk op goed mantelzorgbeleid: zij geven en ontvangen minder mantelzorg!

Bron: GGD Fryslân

\* SES = Sociaal Economische Status

Daarnaast heeft de GGD vanuit de diverse GezondheidsOnderzoeken (GO) een document met trends opgesteld. Zie de **bijlage** voor het volledige document.

In het kort enkele highlights:

Jeugd:

- er is een trend ingezet van een daling van 'ooit alcoholgebruik' en het zogenaamde bingedrinken (meer dan 6 glazen alcohol per keer - braspartij)
- roken is stabiel en in SWF hoger dan Friese gemiddelde
- overgewicht is stabiel en in SWF hoger dan in Friesland - met name in het VMBO
- voldoen aan de NNGB-norm voor bewegen is stabiel en in SWF duidelijk hoger en tijdsbesteding computeren juist lager
- moeite met rondkomen is iets toegenomen; relatie met SES
- geestelijke mishandeling (pesten e.d.) is stabiel en in SWF iets hoger - NB VMBO-kinderen

Volwassenen en ouderen als geheel:

- bewegen en NNGB-norm is stabiel en in SWF hoger - cluster platteland rond Bolsward voldoet aanzienlijk minder aan normen
- overgewicht is stabiel, op een hoog niveau
- voeding kent SWF een licht gezonde afwijking in groente - Makkum en platteland rond Sneek voldoen minder aan de normen, terwijl Workum positief opvalt wat betreft ontbijten

- eenzaamheid scoort stabiel vrij hoog (37%) - cluster Sneek scoort hoger en is minder tevreden met het leven; platteland rond Bolsward is weinig eenzaam
- risico op angststoornis of depressie is stabiel lager dan Nederlands gemiddelde; in SWF iets betere score - cluster Sneek juist weer iets hoger en platteland rond Sneek en rond Bolsward juist lager
- mantelzorg scoort SWF beduidend lager in geven en ontvangen dan Friesland; op clusterniveau geen verschillen
- overmatige drinkers en zware drinkers (ouderen) is verhoogd in SWF - cluster Witmarsum en Arum wijkt positief af

Lage Sociaal Economische Status (SES), met 'laag opgeleid' en 'arbeidsongeschikt/werkloos' als indicatoren:

Lager opgeleide Friezen voldoen vaker aan voedingsnorm fruit/sap (43%) en juist veel minder vaak aan de voedingsnorm ontbijten (75%).

Lager opgeleide Friezen voldoen vaker aan de fitnorm (29%) en zijn tegelijkertijd vaker inactief (10%).

Arbeidsongeschikte/werkloze Friezen voldoen vaker aan de voedingsnorm groente/rauwkost (40%) en voldoet minder vaak aan de voedingsnorm ontbijten (68%).

Arbeidsongeschikte/werkloze Friezen voldoen minder aan de NNGB (59%), zijn vaker inactief (15%) en roken vaker (39%).

Met deze gegevens in de hand lijkt het dat arbeidsongeschiktheid/werkloosheid van grotere invloed is dan een lagere opleiding. Cumulatie van factoren werkt uiteraard versterkend.

Beide behoren tot indicatoren van de Sociaal Economische Status (SES) die in nauw verband staat met gezondheid, zowel fysiek als psychisch.

In het kader van voorbereiding op de drie decentralisaties heeft Partoer (provinciale steunfunctie) een inventariserend onderzoek uitgevoerd naar cliëntstromen en gebruikmaking van regelingen die er zijn.

Hieruit komt een goed beeld naar voren van de omvang van bepaalde aandachtsgroepen als gebruik van minimaregelingen, zorgbehoefte, inkomensafhankelijkheid, e.d.

Ook wordt een beeld gegeven van de getalsmatige consequenties die de wijzigingen in de Zorg Zwaarte Pakketten hebben, waarbij een grote groep mensen langer thuis moet kunnen blijven wonen, die voorheen naar een instelling zouden verhuizen (extra-muralisering).

Deze wijziging heeft een grote invloed op het gezondheidsbeleid en vele aanpalende terreinen, waarbij gedacht kan worden aan fysieke leefomgeving, sport en bewegen, vrijwilligers- en mantelzorgbeleid, etc.

#### Demografische ontwikkelingen en prognoses

LINK MET OUDERENBELEID

WERKGROEP EIGEN KRACHT

### **3.3 Extern gezondheidsbeleid**

Deze nota behelst voornamelijk de publieke collectieve gezondheid, vanuit het perspectief van de gemeente.

In het kader van 'de nieuwe overheid', public-private-partnerships, maatschappelijke ontwikkelingen is er een heel scala van particuliere en private initiatieven die gezondheidsbevorderend zijn, of in ieder geval die intentie hebben.

De sturing vanuit de gemeente is daarbij vaak marginaal, maar door middel van overleg en het zoeken naar gemeenschappelijke doelen soms wel beïnvloedbaar om samen sterker te worden en aldus een belangrijkere bijdrage te leveren aan de gezondheid van de bevolking.

Zo zijn er diverse projecten vanuit het Antonius-ziekenhuis, de zorgverzekeraar (De Friesland), door financiële instellingen, MEE Friesland, ROS Friesland, RIBW (begeleid wonen), etc. Ook kan gedacht worden aan leefbaarheidsprojecten in de kleine kernen. Maar ook op kleinere schaal vinden burgerinitiatieven plaats via bijvoorbeeld een particuliere opvang, weggeef-schuren etc.

Als gemeente is het goed om op de hoogte te zijn van de verschillende initiatieven, om daarbij zonnig te faciliteren, om zo mogelijk afstemming te bewerkstelligen en om initiatieven aan te jagen / uit te lokken.

In de **bijlage (X)** een overzicht van bekende initiatieven.

## Hoofdstuk 4    Speerpunten van beleid

### 4.1    Lokale visie en ambitie

De gemeente Súdwest-Fryslân beoogt met de vaststelling en uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid:

Het voorkomen van (vermijdbare) bedreigingen van en problemen met de gezondheid van de inwoners van Súdwest-Fryslân door ondersteuning van een gezonde leefstijl, het stimuleren van sociale ontmoeting en door preventieprogramma's in samenwerking en afstemming met de eerstelijns zorg. De bevordering van de eigen veerkracht en regie van burgers over hun eigen gezondheid geldt daarbij steeds zoveel mogelijk als uitgangspunt.

In de landelijke nota "Gezondheid dichtbij" wordt de nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid en de kracht van burgers. Dit sluit aan bij het kantelingsprincipe waarin de gemeente een meer ondersteunende rol krijgt in een omgeving waarin de burger, waar mogelijk, de regie over zijn eigen leven heeft, houdt en neemt. De gemeente SWF onderschrijft deze landelijke visie.

De uitgangspunten die hierbij door SWF worden gehanteerd zijn vastgelegd in de nota Wmo- en welzijnsbeleid, zoals in paragraaf 2.4.1 verwoord. Voor het lokale gezondheidsbeleid houdt dit in dat we er van uitgaan dat inwoners hun eigen leefstijl kiezen. De gemeente draagt bij aan een omgeving en klimaat waarin het maken van gezonde keuzes aantrekkelijk en toegankelijk is. Daarbij is extra aandacht voor enkele specifieke doelgroepen (jeugd en ouderen).

### 4.2    Lokale speerpunten

Zoals al aangegeven in paragraaf 2.2 houdt het kabinet ook in de huidige beleidsperiode vast aan de speerpunten van de vorige landelijke beleidsnota, namelijk, overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Dit vanuit de overtuiging dat de aanpak van gezondheidsproblemen pas effect sorteert na langere tijd.

Bij de aanpak van deze landelijke speerpunten wordt het accent deze periode gelegd op sport en beweging in de buurt. Het kabinet stelt de eigen verantwoordelijkheid en kracht van mensen voorop.

In artikel 13 van de Wpg is bepaald dat gemeenten, bij de opstelling van haar lokale beleidsnota de landelijke prioriteiten in acht neemt. Dit wil echter niet zeggen dat de gemeente verplicht is om op alle speerpunten actief beleid te voeren. De gemeente mag haar eigen keuzes maken.

De gemeente SWF wil aansluiten op de landelijke speerpunten maar daarbinnen wel keuzes maken. De (forse) bezuinigingsopdracht waar de gemeente voor staat heeft ook zijn effect op de financiële ruimte voor uitvoering van het gezondheidsbeleid. De financiële armslag voor nieuw, aanvullend beleid is beperkt. Veelal moet de uitvoering binnen de bestaande, vaak steeds verder krimpende, budgettaire en personele ruimte van de gemeente en betrokken instellingen plaatsvinden. Dit vraagt om heroriëntatie en accentverschuiving. Bovendien leert de ervaring tijdens de vorige beleidsperiode dat het niet haalbaar is om op alle speerpunten actief en/of tegelijkertijd beleid te voeren.

Dit betekent dat er prioriteiten gesteld moeten worden bij:

- de keuze voor de (doel)groepen of wijken/clusters
- de gezondheidsproblemen waarop we extra inzetten
- de randvoorwaarden om gezonde keuzes te ondersteunen.

De keuzes die hier worden gemaakt hebben ook weer gevolgen voor de samenstelling van de Gebiedsteams (in oprichting). Continu is afstemming nodig tussen gezondheidsbeleid en beleid vanwege de transformatie van het sociaal domein.

Ook in de monitoring, gezondheidsonderzoeken en evaluatie moet dit clusterniveau weer terugkomen.

Op basis van de cijfermatige en kwalitatieve analyses van de gezondheidssituatie in SWF (o.a. via de Zelfredzaamheidsmatrix - gebruikt in de Sociale Kaart), de input van het veld, het landelijke beleid en de adviezen van de GGD, wil de gemeente SWF in de komende beleidsperiode actief inzetten op de volgende speerpunten:

- Jeugd: alcohol; pesten; overgewicht en energiedrankjes
- Ouderen: alcohol; alzheimer; eenzaamheid
- Algemeen: alcohol; overgewicht; bewegen;

De speerpunten worden in het volgende hoofdstuk toegelicht en omgezet in acties. Deze acties zijn globaal omschreven. Wij geven er de voorkeur aan om de concrete uitwerking ter hand te nemen in onderlinge samenwerking met betrokken partners in het veld. Ten eerste omdat de meeste acties alleen succesvol kunnen worden uitgevoerd met medewerking van deze partijen. Ten tweede omdat deze partijen, door hun directe contact met de burger, veel kennis in huis hebben die we graag willen benutten om tot effectieve interventies te komen. Ten derde is een van de uitgangspunten binnen het sociale domein 'loslaten in vertrouwen'.

Toch kunnen we vooraf al stellen dat bij de aanpak van de speerpunten in de komende beleidsperiode bijzondere aandacht uit moet gaan naar:

- stimuleren van samenwerking/afstemming:  
er gebeurt al heel veel in SWF op het terrein van gezondheidspreventie. Veel actoren zijn actief, vaak op hetzelfde gezondheidsthema. Het ontbreekt echter nog al eens aan samenhang en afstemming, waardoor een knelpunt niet vanuit een integrale aanpak wordt aangevlogen en burgers of intermediairs door de bomen het bos niet meer zien.
- rekening houden met de financiële draagkracht van mensen:  
dit houdt verband met gezondheidsproblemen, maar ook in de preventie van gezondheidsproblemen dient hier rekening mee gehouden te worden. Onderzoek toont aan dat de gezondheid van mensen met een lage sociaal economische status gemiddeld genomen op een groot aantal punten slechter is dan dat van mensen met een hogere sociaaleconomische status. Door de economische crisis van de afgelopen periode en ook nu nog neemt de financiële draagkracht van burgers nog verder af. Bij de aanpak van de speerpunten moeten we hier rekening mee houden. Bijvoorbeeld door bij de aanpak van overgewicht nadrukkelijk aandacht te besteden aan het feit dat gezonde voeding niet per definitie duurder hoeft te zijn.
- toegankelijke, eenduidige en betrouwbare informatie:  
er wordt veel informatie verstrekt door veel verschillende partijen. Deze informatie is niet altijd correct of eenduidig. Het is van belang dat professionals dezelfde boodschap uitdragen, bijvoorbeeld richting ouders dezelfde standpunten innemen over alcoholgebruik op jonge leeftijd. Het is van belang dat informatie op elkaar wordt afgestemd. Niet enkel op inhoud, maar ook op begrippen en definities (eenheid van taal).

### **4.3 Doelstellingen en resultaten**

In paragraaf 4.1 is gesteld dat het lokale gezondheidsbeleid positief moet bijdragen aan de fysieke en psychische gezondheid van de inwoners van SWF. In de komende beleidsperiode zetten we extra in op het bevorderen van een gezond gewicht onder jeugdigen, het terugdringen van overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen en ouderen, het tegengaan van eenzaamheid bij ouderen en preventie van Alzheimer. Belangrijke algemene achterliggende thema's hierbij zijn weerbaarheid en Sociaal Economische Status. De voortgang van deze speerpunten/doelstellingen wordt op cluster- en overstijgend niveau beoordeeld aan de hand van indicatoren zoals die zijn beschreven in de Gezondheidsmonitor. In 2016 verschijnt een nieuwe versie daarvan. Daarbij wordt momenteel onderzocht of de gezondheidsonderzoeken moeten worden aangepast ten gevolge van de vernieuwde definitie van Gezondheid (die van Huber).

## Hoofdstuk 5    Uitwerking per speerpunt

### 5.1    *Gezond gewicht*

Overgewicht en vooral obesitas (ernstig overgewicht) zijn een risico voor de gezondheid, zowel lichamelijk als geestelijk. Het leidt tot meer kans op diabetes, hart- en vaatziekten en een aantal vormen van kanker. Mensen met overgewicht lopen ook meer risico op psychosociale problemen, stigmatisering en discriminatie/pesten.

Zware kinderen worden vaak zware volwassenen. Daarom is het zinvol om op jonge leeftijd te starten met het stimuleren van een gezonde leefstijl, zoals gezonde voeding en voldoende beweging.

Overigens heeft een gezonde leefstijl wat betreft voeding en beweging niet alleen positieve effecten ten aanzien van het terugdringen van overgewicht. Het draagt ook bij aan het voorkomen van bepaalde ziektes en aandoeningen als diabetes en hart- en vaatziekten.

In het begrotingsakkoord 2013 is vastgelegd dat het rijk €26 miljoen zal bestemmen voor de aanpak van overgewicht bij de jeugd. Een groot deel, €15 miljoen, wordt gebruikt voor een extra contactmoment voor pubers met de jeugdgezondheidszorg. Dit contactmoment zal, naast bevordering van een gezond gewicht, ook gericht zijn op het bevorderen van seksueel gezond gedrag, de aanpak van sociaal-emotionele problematiek, weerbaarheid en preventie van middelengebruik (waaronder alcohol). In de loop van 2014 wordt provinciaal bepaald hoe dit contactmoment moet worden ingevuld, in het basistakenpakket. De overige middelen worden ingezet voor het versterken en intensiveren van bestaande collectieve programma's gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl van de jeugd (zoals Gezonde School en Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), informatievoorziening CJG en verhoging van de Sportimpuls). De kwalijke gezondheidseffecten van energiedrankjes verdienen hierbij specifieke aandacht.

#### LIMIS

LIMIS heeft samen met brancheorganisatie Fit!vak de opleiding Bewegingsdeskundige Overgewicht ontwikkeld.

LIMIS is een instelling voor kort beroeps onderwijs, met de hoofdvestiging in Leeuwarden. LIMIS ontwikkelt innovatieve projecten in de medische sector. 'Blijvend in balans', een e-coach voor de begeleiding van mensen met overgewicht, is ook een dergelijke innovatie. Het programma begeleidt mensen naar een gezonde leefstijl en een gezond gewicht. Daarnaast biedt LIMIS een korte opleiding voor 'Bewegingsdeskundige overgewicht', gericht op het benaderen en begeleiden van mensen met overgewicht in een bewegingscentrum. Het gaat daarbij om zowel de lichamelijke als de psychische problematiek. Mensen met overgewicht vragen immers een specifieke begeleiding.

Overgewicht blijft ook in SWF een belangrijk aandachtspunt. De trend van overgewicht lijkt in Friesland stabiel, maar dat betekent uiteraard niet dat het geen punt van zorg zou zijn. De inwoners van SWF steken licht positief af ten opzichte van de Friese cijfers, met name is dit het geval bij 65+ers. Indicatoren hiervoor zijn voedingsnorm groente/rauwkost, fruit/sap en ontbijten en overgewicht matig/ernstig. Ook wat betreft sporten en bewegen steken de inwoners van 19 jaar en ouder positief af ten opzichte van de Friese cijfers. Ook hier weer met name bij de 65+ers. Indicatoren zijn hierbij voldoet aan de NNGB, de fitnorm en/of de combinorm of is inactief en afgezet op sportdeelname (niet-sporters, onregelmatige sporters en regelmatige sporters). Tenslotte is gekeken naar het soort sportdeelname per gemeente: sportvereniging, fitness commercieel, anders georganiseerd of ongebonden.

De scores op clusterniveau bewegen zich binnen bepaalde marges.

Vanuit het regionale beleidsplan gezondheid 2009 - 2013 hebben mondjasmaat concrete activiteiten gericht op het voorkomen van overgewicht plaatsgevonden (pilot ketenaanpak diabetes). Wel gaf de jeugdgezondheidszorg advies tijdens periodiek onderzoek en verwees daarbij door. Vanuit het sportbeleid was wel aandacht voor het in beweging krijgen van mensen. Dit was echter vooral gericht op het gezonder leven en niet specifiek gericht op het voorkomen en terugdringen van overgewicht.

In de afgelopen periode heeft een aantal activiteiten met een relatie tot preventie van overgewicht plaatsgevonden. Onderstaand een aantal voorbeelden:

- inzet buurtsportcoaches
- advies en verwijzing Jeugdgezondheidszorg

Voorgenomen acties:

1. voorlichting via de JGz
2. inzet buurtsportcoaches, gericht op preventie en terugdringen overgewicht
3. uitvoeren onderdelen JOGG-projecten (Jongeren Op Gezond Gewicht)
4. onderzoeken naar mogelijkheden van inrichting van openbare ruimte die uitnodigt tot bewegen
5. overleg en afstemming met scholen over bijvoorbeeld gezonde schoolkantines (Gezonde School - GGD)
6. onderzoek naar mogelijkheden van publiek-private samenwerking tussen gemeente, bedrijfsleven, scholen, zorgverzekeraar, etc.
7. onderzoeken naar aansluitingsmogelijkheden bij het initiatief LIMIS
8. implementatie pilot ketenaanpak diabetes

## **5.2 Verantwoord alcoholgebruik en terugdringen van roken**

### Verantwoord alcoholgebruik

Alcoholgebruik is uitermate ongezond voor het ongeboren kind, voor kinderen en jonge mensen. Het heeft ondermeer een negatief effect op de ontwikkeling van de hersenen. Bij volwassenen is overmatig gebruik schadelijk voor bijna alle organen en hangt het samen met ongeveer 60 (!) aandoeningen.

Op 1 januari 2013 is de vernieuwde Drank- en Horecawet in werking getreden. Deze wet biedt gemeenteraden ondermeer de mogelijkheid om het drankgebruik van vooral jongeren te ontmoedigen. Het gaat hierbij om regels om drankverkoop tijdens bijvoorbeeld evenementen aan banden te leggen, om happy hours en stuntprijzen tegen te gaan en om de tijdstippen te reguleren waarop jongeren tot een bepaalde leeftijd in de horeca worden toegelaten. SWF heeft hierbij een extra uitdaging in de zomermaanden, wanneer toeristen zich meester maken van de plaatselijke horeca. Deze vernieuwde wet geeft vooral handvatten gericht op het voorkomen van verstoring van de openbare orde, maar natuurlijk draagt een afnemend alcoholgebruik door jongeren ook substantieel bij aan de gezondheidssituatie van jongeren.

Per 1 januari 2014 geldt vanuit deze wet een verhoging van de leeftijdsgrens van 16 naar 18 jaar. Dat betekent dat jongeren onder de 18 vanaf dat moment geen alcoholische dranken meer mogen gebruiken of in hun bezit hebben. De buurtsportcoaches kunnen bijdragen aan een goede vrijetijdsbesteding van deze groep jongeren. Het ketenbeleid is hierbij zeer relevant in het licht van preventie en handhaving.

Gemeenteraden moeten vóór 1 juli 2014 een preventie- en handhavingsplan vaststellen, waarin staat aangegeven wat het gemeentelijk beleid is ten aanzien van alcoholgebruik - met name onder jongeren - en hoe invulling wordt gegeven aan het handhavingsbeleid Drank- en Horecawet.

De gemeente SWF heeft de laatste jaren, via het provinciale project “De Nuchtere Fries”, aanzienlijk geïnvesteerd in alcoholpreventie bij jongeren. De unieke samenwerking heeft voor een duidelijke verbetering gezorgd, maar de cijfers geven aan dat we er nog niet zijn. Jongeren drinken nog altijd veel en alcohol heeft nog altijd een belangrijke plek in de jongerencultuur

In de bestuurscommissie GGD van 6 november 2013 is besloten om in ieder geval nog 4 jaar door te gaan met dit programma. Bij de vaststelling van dit gezondheidsbeleid wordt dit formeel geaccordeerd.

De Nuchtere Fries: verandering in het drinkgedrag van jongeren kan pas bereikt worden wanneer er, naast voorlichting, ook gerichte acties worden ondernomen op het gebied van beleid en handhaving om de beschikbaarheid van alcohol voor hen terug te dringen (WHO overzichtsstudie van Babor e.a. 2010). Door het creëren van een alcoholvrije en alcoholbewuste omgeving, daalt het alcoholgebruik onder jongeren, stijgt bewustwording bij hen en hun ouders en verandert uiteindelijk de norm. Belangrijke omgevingsfactoren zijn: prijs, aantal verkooppunten, leeftijdsgrens en naleving en



handhaving ervan, promotie, normen in sociale omgeving (bijv. de ouders). Eenzijdige aanpak op één van de factoren werkt niet; een combinatie van maatregelen en interventies wel. De activiteiten van het Platform Nuchtere Fries richten zich dan ook primair op de omgeving van jongeren en niet meer primair op de jongeren zelf.

Vanwege de overlap in gebruik, problematiek, risicogroepen, benadering en geschikte interventies, wordt in de komende periode in de bewustwordingsactiviteiten richting ouders en jongeren, naast alcohol, ook aandacht besteed aan ander middelengebruik (drugs of andere schadelijke middelen, zoals energiedrankjes) en combinatiegebruik, onder andere via ouderavonden en het programma De Gezonde School en Genotmiddelen (in SWF uitgevoerd door Verslavingszorg Noord Nederland).

Hoewel er in het publieke debat vaak grote ongerustheid is over drugsproblematiek en de schadelijke gevolgen ervan, is deze in omvang feitelijk veel beperkter dan alcoholproblematiek. De primaire focus van het programma De Nuchtere Fries blijft het alcoholgebruik van jongeren.

NB: alcoholproblematiek wordt niet beperkt door de grenzen van een gemeente. Jongeren wonen in de ene gemeente, gaan in een andere gemeente naar school, hebben een (bij)baan of vrienden in een derde gemeente en gaan in een vierde gemeente uit. Een verschuiving in de norm is dan ook alleen met samenhangende maatregelen te bewerkstelligen.

Het uitgangspunt van landelijk alcoholpreventiebeleid en dat van De Nuchtere Fries is een drietal pijlers: regelgeving (grenzen stellen), handhaving (grenzen bewaken) en publiek draagvlak (grenzen overdragen).

Vanuit de gezondheidsmonitor 2012 blijkt tevens dat het alcoholgebruik onder ouderen in SWF relatief hoog ligt. Omdat in deze leeftijdsgroep het medicijngebruik over het algemeen ook hoger ligt en dit niet goed combineert met het gebruik van alcohol, is hier de nodige gezondheidswinst te behalen. Er is geen duidelijkheid over de reden waarom ouderen relatief veel drinken in SWF. Weerbaarheid wordt gezien als een belangrijke basisvaardigheid om een gezonde leefstijl te ontwikkelen en vast te houden.

#### Terugdringen van roken

Roken is in Nederland de leefstijlfactor die de meeste ziekte en sterfte veroorzaakt. (Mee)roken verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker, op COPD, een beroerte en hartfalen. Ten opzichte van niet-rokers verliezen rokers in Nederland gemiddeld 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren.

Het percentage rokers ligt in SWF voor volwassenen ongeveer op het Friese gemiddelde. Voor ouderen zelfs iets daar onder. Dat is uiteraard positief, maar ook hier geldt dat dat niet betekent dat er geen aandacht voor nodig zou zijn.

Het vergroten van weerbaarheid, het geven van voorlichting en met name het betrekken van ouders en betekenisvolle volwassenen zijn mogelijkheden om het gebruik van genotmiddelen in zijn algemeenheid te bestrijden, dus ook voor roken.

Op clusterniveau zijn verschillende scores zichtbaar.

In de afgelopen periode is al veel geïnvesteerd op het terrein van alcoholpreventie en het terugdringen van (mee)roken bij de jeugd. Enkele voorbeelden zijn:

- de Nuchtere Fries
- weerbaarheidstrainingen SMW / Buurtsportcoaches, etc.
- Algemeen Maatschappelijk Werk

Voorgenomen acties:

9. Continuering en optimalisering van De Nuchtere Fries en acties die daar onder vallen
10. Voortzetting en optimalisering van De Gezonde School en Genotmiddelen (VNN)
11. Voortzetting, optimalisering en zo mogelijk uitbreiding van De Gezonde School (GGD)
12. Toepassing van Ketenbeleid
13. Toepassing mogelijkheden Drank- en Horecawet (zie preventie- en handhavingsplan)
14. Weerbaarheidstrainingen voor jeugd én ouderen, via SMW, AMW en buurtsportwerk

15. Nadrukkelijk ouders en betekenisvolle volwassenen betrekken bij preventie

### 5.3 Psychische gezondheid / eenzaamheid

Vooraf kwetsbare ouderen, bij wie sprake is van eenzaamheid, weinig sociale steun, lichamelijke ziekten en gebreken, vormen een risicogroep. Met de transformatie van het sociaal domein, waarbij een groter beroep wordt gedaan op eigen kracht en die van het informele netwerk, is dit een zeer belangrijk preventie-thema.

Ook depressies onder jongeren is een serieus probleem. Van de jongeren onder 18 jaar heeft XX% wel eens een depressie meegemaakt. Vooral jongeren uit éénouder- of nieuwgevormde gezinnen en niet-schoolgaande jongeren hebben vaker last van een slechtere psychische gezondheid. Hier zit bijvoorbeeld een belangrijke link met leerplicht/RMC.

Mede door de vergrijzing, neemt het aantal mensen met een depressie toe. Depressie en angststoornissen behoren beiden tot de top 5 van ziekten met de hoogste ziektelast. Een depressie op jonge leeftijd kan de schoolprestaties ernstig schaden, bij volwassenen kan het leiden tot uitval uit het arbeidsproces en bij ouderen tot sociaal isolement met eenzaamheid tot gevolg. In preventief opzicht gaat het hierbij om een vroegtijdige signalering van problemen en laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten. Mantelzorgers en dementerenden behoeven hierbij specifieke aandacht.

NOG: Ontwikkelingen jeugd te polsen bij de lichtpedagogische hulpverlening (SMW/Jeugdzorg); relatie binnen jeugdgezondheidsmonitor.

Uit de gegevens binnen de gezondheidsmonitor 2012 blijkt dat de volwassen inwoners van SWF voor wat betreft geestelijke gezondheid ongeveer op het Friese gemiddelde zitten. Voor de categorie ouderen geldt dat zij een stuk positiever scoren. Op clusterniveau zijn wel verschillen in scores zichtbaar.

Zelfredzaamheid is het vermogen om algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zelfstandig te kunnen doen. Deze dagelijkse levensverrichtingen hebben betrekking op verschillende domeinen. Zo moeten in het dagelijks leven verrichtingen uitgevoerd worden om in een *inkomen* te voorzien, *lichamelijk en geestelijk gezond* te blijven, of een steunend *sociaal netwerk* te onderhouden.

Levensverrichtingen betreffen ook het zelf organiseren van de juiste hulp op het moment dat een behoefte ontstaat waarin de persoon niet kan voorzien. Bijvoorbeeld (tijdig) naar de huisarts gaan bij lichamelijke ziekte, of (professioneel) advies vragen bij het invullen van de belastingaangifte.

De mate van zelfredzaamheid is daarom een *uitkomst* van persoonskenmerken zoals vaardigheden, persoonlijkheid en motivatie en omgevingskenmerken zoals cultuur, economie en infrastructuur, die een persoon in meer of mindere mate in staat stellen om (zelf) in basale levensbehoeften te voorzien. Een instrument om te kijken hoe het is gesteld met zelfredzaamheid van mensen en/of bevolkingsgroepen is de zgn. *Zelfredzaamheidsmatrix*, oorspronkelijk ontwikkeld in Amerika en in Nederland passend gemaakt door de GGD Amsterdam.

Demografische voorspellingen laten zien dat het aandeel ouderen explosief toeneemt. Er is een vergrijzings- en ontgroeningsgolf te verwachten, waarbij aandoeningen als Alzheimer navenant groeien.

Een relatief nieuwe ontwikkeling is het "Active Ageing": Het vergroten van de kansen voor ouderen op gezondheid en veiligheid en op deelname aan de samenleving met het doel de kwaliteit van leven te verbeteren (WHO - 2002). Participatie, gezondheid en veiligheid zijn dé begrippen. Landelijk is een project opgezet rond 'Seniorvriendelijke gemeenten' vanuit de criteria die de WHO daarvoor heeft ontwikkeld. Daarnaast zijn er ontwikkelingen in de gedachtegang rond zogenaamde 'Blauwe zones', een gezondheidsbeleid vanuit een aantal leefstijlen (eten, bewegen, verbinden, reflecteren en passie). Aanbevelenswaardig is om deze ontwikkelingen nauwgezet te volgen en zo mogelijk (pilot-gewijs) in te voeren.

In het kader van het thema psychische gezondheid gebeurt er al het één en ander in SWF. Voor wat betreft de doelgroep jeugd **verwijzen** wij naar hoofdstuk x van de Wmo-nota.

Ten aanzien van de doelgroep ouderen zijn de volgende interventies in de afgelopen periode gedaan:

- Vraagverheldering in de Wmo-loketten
- Financiële tegemoetkoming i.h.k.v. minimabeleid
- Subsidie vrijwilligers- en mantelzorgondersteuning
- Halt! U valt
- Preventief huisbezoek bij ouderen
- Project netwerkvorming kwetsbare ouderen
- Alzheimercafé
- Subsidie aan instellingen voor sociaal cultureel werk/welzijn ouderen
- Cursus In Balans
- Voorbereiding en uitvoering Automatische Externe Defibrillator (AED's)
- Depressiepreventie (o.a. In de put, uit de put)
- GALM (Groningen Actief Leven Model)
- 

Voorgenomen acties:

16. aandacht binnen de JGz en in weerbaarheidstrainingen (zowel jeugd, als volwassenen, als ouderen)
17. gebruik Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)
18. inzetten op vroegtijdige signalering en aanpak van problemen door gebiedsteams
19. faciliteren van laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten in de gebiedsclusters
20. continueren inzet ouderenadviseurs
21. actieve deelname aan het platform Wonen, Welzijn, Zorg en aan het programmateam Woningbouwprogramma met specifieke aandacht voor levensloopbestendig bouwen, ondersteunend aan de transformatie sociaal domein en gericht op het scheppen van een goed leefklimaat
22. inhoud geven aan 'active ageing' en 'blauwe zones'

## 5.4 Overige speerpunten

Aandacht voor transformatie sociaal domein.

Aandacht voor clustergericht werken en daarmee acties ook clustergericht inzetten.

Aandacht voor integratie Wmo- en gezondheidsbeleid.

Aandacht voor Sociaal Economische Status (SES) en proberen mensen een treetje hoger te krijgen.

Ontwikkelingen binnen sociaal domein in clusterverband zijn hierbij zeer belangrijk (beschreven in Koersnota).

De gemeente SWF heeft vanuit de Wpg en vanuit de Wmo een rol in de ouderengezondheidszorg. Waar de Wpg zich vooral richt op het bevorderen en beschermen van (nog) gezonde burgers, richt de Wmo zich primair op deelname aan de maatschappij van burgers met een beperking. Omdat een deel van de Wmo ook preventief beleid betreft, vervaagt het onderscheid tussen de nota Wmo en de nota lokaal gezondheidsbeleid. Op termijn is een integratie van beide nota's zeer voor de hand liggend.

Ten aanzien van de doelgroep jeugd is in de Wmo, onder prestatieveld 2, een belangrijke taak weggelegd voor gemeenten met betrekking tot de op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en ouders met problemen met opvoeden. Kortom, het snijvlak van de Wpg met de Wmo is op het thema psychische gezondheid nadrukkelijk aanwezig.

Voorgenomen acties:

23. alle acties worden continu getoetst aan de ontwikkelingen binnen de transformatie sociaal domein, zodat zij versterkend werken
24. acties worden zo mogelijk clustergericht ingezet; clusterkenmerken zijn daarbij leidend

25. met ingang van 2016 (nieuwe beleidsperiode Wmo) worden het lokale gezondheidsbeleid (incl. preventie- en handhavingsplan Drank- en Horeca) en het beleid maatschappelijke ondersteuning geïntegreerd in één beleidsnota
26. onderzoek naar de mogelijkheden voor een pilot gericht op het terugdringen van een lage Sociaal Economische Status via het model van Shafir (psychologie van de schaarste)

Tenslotte loopt een aantal concrete en afgebakende projecten door vanuit de vorige beleidsperiode, te weten:

27. Veiligheid en de AED
28. NTB

## Hoofdstuk 6 Uitvoering, verantwoording en evaluatie

### 6.1 Uitvoering

Onderstaand een overzicht van de in deze nota geformuleerde actiepunten, welke in de periode tot aan de vaststelling van de nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid, al dan niet geïntegreerd met een nieuwe Wmo-nota, worden opgepakt in samenspraak en in samenwerking met het veld.

Nr.	Actie	Uitvoeringsjaar*			
		2014	2015	2016	2017
<b>Gezond gewicht</b>					
1.	voorlichting via de JGz	x	x	x	x
2.	inzet buurtsportcoaches, gericht op preventie en terugdringen overgewicht	x	x	x	x
3.	uitvoeren onderdelen JOGG-projecten (Jongeren Op Gezond Gewicht)	x	x	x	x
4.	onderzoeken naar mogelijkheden van inrichting van openbare ruimte die uitnodigt tot bewegen		x		
5.	overleg en afstemming met scholen over bijvoorbeeld gezonde schoolkantines	x	x		
6.	onderzoek naar mogelijkheden van publiek-private samenwerking tussen gemeente, bedrijfsleven, scholen, zorgverzekeraar, etc.	x	x		
7.	onderzoeken naar aansluitingsmogelijkheden bij het initiatief LIMIS	x			
8.	implementatie pilot ketenaanpak diabetes	x	x	x	x
<b>Verantwoord alcoholgebruik en terugdringen van roken</b>					
9.	continuering De Nuchtere Fries en acties die daar onder vallen	x	x	x	x
10.	voortzetting De Gezonde School en Genotmiddelen (VNN)	x	x	x	x
11.	voortzetting De Gezonde School (GGD)	x	x	x	x
12.	toepassing van Ketenbeleid	x	x	x	x
13.	toepassing mogelijkheden Drank- en Horecawet (zie preventie- en handhavingplan)	x	x	x	x
14.	weerbaarheidstrainingen voor jeugd én ouderen, via SMW, AMW en buurtsportwerk	x	x	x	x
15.	nadrukkelijk ouders en betekenisvolle volwassenen betrekken bij preventie	x	x	x	x
<b>Psychische gezondheid / eenzaamheid</b>					
16.	aandacht binnen de JGz en in weerbaarheidstrainingen (zowel jeugd, als volwassenen, als ouderen)	x	x	x	x
17.	gebruik Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)	x	x	x	x
18.	inzetten op vroegtijdige signalering en aanpak van problemen door gebiedsteams	x	x	x	x
19.	faciliteren van laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten in de gebiedsclusters		x	x	x
20.	continueren inzet ouderenadviseurs	x	x	x	x
21.	actieve deelname aan het platform Wonen, Welzijn, Zorg en aan het programmateam Woningbouwprogramma met specifieke aandacht voor levensloopbestendig bouwen, ondersteunend aan de transformatie sociaal domein en gericht op het scheppen van een goed leefklimaat	x	x	x	x
22.	mogelijkheden onderzoeken van 'active ageing' en 'blauwe zones'	x	x		

<b>Overig</b>					
23.	alle acties worden continu getoetst aan de ontwikkelingen binnen de transformatie sociaal domein, zodat zij versterkend werken	x	x	x	x
24.	acties worden zo mogelijk clustergericht ingezet; clusterkenmerken zijn daarbij leidend	x	x	x	x
25.	met ingang van 2016 (nieuwe beleidsperiode Wmo) worden het lokale gezondheidsbeleid (incl. preventie- en handhavingsplan Drank- en Horeca) en het beleid maatschappelijke ondersteuning zo mogelijk geïntegreerd in één beleidsnota			x	x
26.	onderzoek naar de mogelijkheden voor een pilot gericht op het terugdringen van een lage Sociaal Economische Status via het model van Shafir (psychologie van de schaarste)		x		
<b>Doorloop</b>					
27.	Veiligheid en de AED	x			
28.	LHBT-beleid (Koplopergemeente)	x			

\* Veel acties hebben een doorloop over meerdere jaren. Met het uitvoeringsjaar wordt hier het jaar bedoeld waarin extra inzet door de gemeente wordt gepleegd om de betreffende actie te realiseren. Bij de keuze van het uitvoeringsjaar is gekeken naar aansluiting op reeds lopende initiatieven en spreiding van de werkbelasting.

#### Overzicht financiën.

Het lokale gezondheidsbeleid sec heeft een zeer bescheiden budget tot haar beschikking. Veel belangrijker is het om te kijken naar aanpalende beleidsterreinen en de financiën die daarin beschikbaar zijn. Daarnaast is er in het kader van gezondheidsbevordering ook in de markt en (semi-)publieke sector budget voorhanden. Daarbij kan gedacht worden aan fondsen en inzet vanuit de zorgverzekeraar(s). De gemeentelijke invloed hierop is niet altijd even groot, maar wel kan afstemming worden nagestreefd waardoor er in gezamenlijkheid aan collectieve gezondheidsbevordering kan worden gedaan.

#### Gemeentelijk:

Noemer	2014	2015	2016	2017	Vast of vrij
Gezondheidsbeleid					
Wmo- en welzijn					
Sociaal domein					
Ontwikkelvisie					
Vrijwilligers/mantelzorg					
Minimabeleid					
Sportbeleid					
Cultuurbeleid					
Homo-emancipatie					
Wonen, Welzijn, Zorg					
Collegeprogramma					
Overig					

## **Bijlagen**

### ***B1 Reactie Wmo-platform op concept-nota***

### ***B2 Advies GGD Fryslân op concept-nota***

### ***B3 Wettelijke context***

### ***B4 Bronnen***

- <http://www.nieuwsvoordietisten.nl/aan-het-woord/aan-het-woord/article/de-who-definitie-van-gezondheid-leidt-tot-medicalisering/>
- Gezondheidsmonitor 2012 - GGD Fryslân
- Fries programma Jeugd, Alcohol en Drugs 2014 - 2017 - Platform De Nuchtere Fries
- Best gezond, nota lokaal gezondheidsbeleid 2013 - 2016 - gemeente Best
- Koersnota Veerkracht in het sociale domein 2014 - gemeenten Súdwest-Fryslân en Littenseradiel
- Deelplan GGD 2013 - 2016: ruimte voor gezondheid - GGD Fryslân
- Nota Wmo- en Welzijnsbeleid 2013 - 2016: met de wind strak in het zeil op koers naar Wmo en welzijn nieuwe stijl (2012) - gemeente Súdwest-Fryslân
- Beleidsnota Sport en bewegen 2013 - 2016 - gemeente Súdwest-Fryslân
- Kadernota Cultuur (concept - 2013) - gemeente Súdwest-Fryslân
- Coalitieakkoord 2010 - 2014 - gemeente Súdwest-Fryslân
- <https://bubbl.us> - mindmap online
- [www.allesisgezondheid.nl](http://www.allesisgezondheid.nl)
- [www.zelfredzaamheidsmatrix.nl](http://www.zelfredzaamheidsmatrix.nl)
- 

### ***B5 Zelfredzaamheidsmatrix***