

**Concept**

**NOTA LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID 2009-2012**

**GEMEENTE TYNAARLO**

**Vastgesteld door de  
Raad van de gemeente Tynaarlo  
d.d.**

## Inleiding

De raad moet 1 x per 4 jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststellen. De vorige nota bestond uit een regionaal en een lokaal deel. Het regionale deel was opgesteld door de gezamenlijke gemeenten uit Noord- en Midden Drenthe (inventarisatienota) en diende als basis voor het lokale gezondheidsbeleid in Tynaarlo.

Ook voor het opstellen van deze nieuwe nota hebben we in Drenthe ervoor gekozen om gezamenlijk op te trekken. Drents breed is een model voor de lokale nota's gezondheid ontwikkeld. In dit model wordt een actueel beeld gegeven van de ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid. In het model worden geen concrete beleidsvoornemens geformuleerd.

Wij hebben op basis van het Drentse model deze concept lokale nota 2009-2012 geschreven.

De nota is als volgt opgebouwd:

- eerst aandacht voor het algemene kader "gezondheid en beïnvloedbare factoren";
- daarna de wettelijke- en vastgestelde gemeentelijke kaders voor deze nota;
- vervolgens worden een aantal feiten gepresenteerd: de bevolkingsopbouw en de uitkomsten van de gehouden leefstijlonderzoeken in onze gemeente;
- de evaluatie van de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid en
- tot slot de voorstellen voor nieuw beleid + de actiepunten/speerpunten.

Deze nota kan niet los gezien worden van een aantal andere beleidsnotities in onze gemeente, zoals de Wmo-nota "Kansrijk leven", de notities gericht op het preventief jeugdbeleid en het sportbeleid.

## Inhoudsopgave

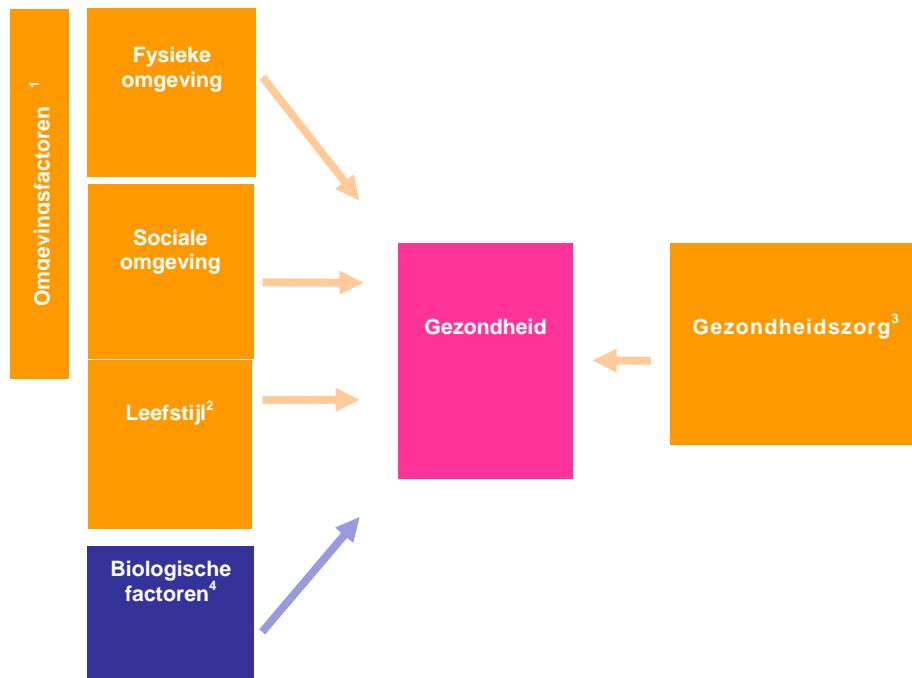
| Hoofdstuk |  | bladzijde                               |
|-----------|--|---|
| 1.        | Gezondheid, gemeente, rijk en het gezondheidsbeleid                | 4                                       |
| 1.1.      | Gezondheid en beïnvloedende factoren                               | 4                                       |
| 1.2.      | De openbare gezondheidszorg  | 4                                       |
| 2.        | De gemeente en de openbare gezondheidszorg                         | 5                                       |
| 2.1.      | Wet publieke gezondheid  | 5                                       |
| 2.1.1.    | Ouderengezondheidszorg   | 5                                       |
| 2.1.2.    | Taken van Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)                    | 5                                       |
| 2.1.3.    | De Jeugdgezondheidszorg  | 6                                       |
| 2.2.      | Wet maatschappelijke ondersteuning                                 | 7                                       |
| 2.3.      | Preventief jeugdbeleid   | 8                                       |
| 2.4.      | Andere beleidsterreinen  | 8                                       |
| 3.        | Het rijk en de openbare gezondheidszorg                            | 8                                       |
| 4.        | Gezondheidsbeleid: kansen voor gezondheid                          | 8                                       |
| 5.        | Bevolkingsopbouw gemeente Tynaarlo                                 | 9                                       |
| 6.        | Leefstijlonderzoeken gemeente Tynaarlo                             | 10                                      |
| 6.1.      | Leefstijlonderzoek jongeren (2005)                                 | 10                                      |
| 6.2.      | Leefstijlonderzoek ouderen (2007)                                  | 10                                      |
| 7.        | Evaluatie lokaal gezondheidsbeleid                                 | 12                                      |
| 8.        | Inventarisatienota Kiezen voor meedoen                             | 12                                      |
| 9.        | Conclusie/samenvatting   | 12                                      |
| 10.       | Beleidsvoornemens 2009-2012  | 13                                      |
| 10.1      | Beleid Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport                | 13                                      |
| 10.2      | Lokaal gezondheidsbeleid   | 13                                      |
| 10.3      | Speerpunten gemeente Tynaarlo 2009-2012                            | 13                                      |
| 11.       | Beleidsvoornemens vertalen in concrete doelstellingen en monitoren | 18                                      |
|           | Bronvermelding   | 19                                      |
|           | Afkortingen  | 20                                      |
| Bijlage   | 1  | Tekst Wet publieke gezondheid           |
|           | 2  | Evaluatie nota lokaal gezondheidsbeleid |

## 1. Gezondheid, gemeente, rijk en het gezondheidsbeleid

### 1.1. Gezondheid en beïnvloedende factoren

Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Gezonde mensen voelen zich beter, zijn minder vaak ziek en werken meer en langer. Gezondheid is een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, die wordt beïnvloed door verschillende factoren. De Canadese minister van Gezondheid Lalonde heeft een model ontwikkeld om gezondheid te “verklaren” met behulp van factoren die er op van invloed zijn.

#### Model van Lalonde



- 1 Omgevingsfactoren, de fysieke en sociale omgeving:** de aspecten van wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten.
- 2 Leefstijlfactoren:** het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen, bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit.
- 3 Gezondheidszorg:** het gaat hier vooral over de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidsvoorzieningen.
- 4 Biologische en erfelijke factoren:** de aanwezigheid van (aanleg voor) gezondheid of ziekte. Gezondheid en gezond gedrag zijn in de eerste plaats een zaak van de mensen zelf, maar uit het bovenstaande model blijkt dat ook andere factoren een rol spelen bij het maken van gezonde keuzes en gezondheid van mensen, zoals de omgeving en de aanwezigheid van gezondheidsvoorzieningen.

### 1.2. De openbare gezondheidszorg

De openbare gezondheidszorg is gericht op de bescherming, bevordering en bewaking van de gezondheid van en acute hulpverlening aan de bevolking.

Bij openbare gezondheidszorg gaat het om de gezondheid van de gehele bevolking, van risicogroepen en van mensen die tussen de wal en het schip vallen.

Vanwege de samenhang van gezondheidsbeleid met allerlei beleidsterreinen heeft de gemeente de centrale rol in de openbare gezondheidszorg.

Openbare gezondheidszorg gaat over taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg, de infectieziektebestrijding, voorlichting, verslavingspreventie en toegankelijkheid van zorg en optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen.

## **2. De gemeente en de openbare gezondheidszorg**

Het gemeentelijk gezondheidsbeleid staat niet op zichzelf. Het wordt onder andere gevormd door wettelijke en lokale kaders. We noemen hier kort de belangrijkste die van invloed zijn op ons lokaal gezondheidsbeleid.

### **2.1. Wet publieke gezondheid**

Sinds 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid (WPG) in werking getreden. In deze wet zijn de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), de infectieziektewet en Quarantainewet samengevoegd.

De aanleiding voor deze wet is:

- de mogelijke mondiale dreigingen van infectieziektecrises, waardoor er de noodzaak is tot een betere verdeling van de verantwoordelijk- en bevoegdheden en
- relatie met wet rampen en zware ongevallen en wet veiligheidsregio's.

De meeste artikelen uit de WCPV zijn overgenomen; een aantal wijzigingen zijn:

- digitale gegevensopslag (Elektronisch Kinddossier) wordt verplicht in het kader van de Jeugdgezondheidszorg;
- uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg kan ook aan andere organisaties dan de GGD worden opgedragen;
- veel taken/bevoegdheden uit de WCPV zijn van gemeenteraad naar college van burgemeester en wethouders overgegaan;
- burgemeester en wethouders zijn ook verantwoordelijk gesteld voor de ouderengezondheidszorg.

De burgemeester heeft op grond van bovenstaande wetten bevoegdheden gericht op de bestrijding van infectieziekten. Voor gemeenten met een luchthaven heeft de burgemeester sinds 1 december 2008 deze bevoegdheden ook v.w.b. het verkeer op de luchthaven, bv. bevoegdheid om informatie te verlangen over de gezondheidstoestand aan boord van een vliegtuig en bevoegdheid om medewerking te eisen van luchthavenexploitanten.

#### **2.1.1. Ouderengezondheidszorg**

In artikel 5a WPG staat: "het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg". Het college van burgemeester en wethouders moet in ieder geval zorgdragen voor:

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

In de wet zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente en het rijk ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van openbare gezondheidszorg overgenomen uit de WCPV. Artikel 13 verplicht de gemeenteraad elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen waarin wordt aangegeven hoe burgemeester en wethouders uitvoering geven aan de in de wet vastgelegde taken.

Als bijlage 1 is toegevoegd de tekst van de Wet publieke gezondheidszorg.

#### **2.1.2. Taken van Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GDD)**

In artikel 14 WPG staat het volgende over de GGD: "ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken draagt het college van burgemeester en wethouders zorg voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst."

\*) **Comorbiditeit** is het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een patiënt

In artikel 16 staat: “voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheid, vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.”

De 12 Drentse gemeenten hebben aan deze verplichting voldaan door via een gemeenschappelijke regeling de GGD Drenthe in het leven te roepen. Daarmee is de GGD Drenthe de gemeentelijke gezondheidsdienst ex artikel 14 van de Wet publieke gezondheid die door de Drentse gemeenten via deze gemeenschappelijke regeling wordt aangestuurd. Er is sprake van verlengd lokaal bestuur. De GGD voert wettelijke taken uit binnen de WPG en kan daarnaast overige taken uitvoeren die in het verlengde daarvan liggen in opdracht van het bestuur, individuele gemeenten of derden (additionele taken).

Een goede, op de lokale situatie toegesneden, uitvoering van de WPG is van groot belang voor het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid.

Voor het gemeenschappelijke deel hebben gemeenten en GGD Drenthe in 2008 overeenstemming bereikt, evenals over het gewenste kwaliteitsniveau en de in te zetten formatie. In 2009 start de GGD Drenthe op basis van de gemeentelijke nota's volksgezondheid met het opstellen van een nieuw beleidsplan, dit samen met de gemeenten.

De basistaken die door de GGD Drenthe voor de gemeente Tynaarlo worden uitgevoerd, zijn:

- uitvoering Jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar, uniform en maatwerk;
- uitvoering wet infectieziekten, waaronder technische hygiënezorg en soa/aids;
- inspectie kinderopvang;
- medische milieukunde;
- gezondheidsbevordering;
- epidemiologie;
- beleidsadvies gemeentelijk beleid;
- actiecentrum ter ondersteuning van GHOR (Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen) bij crises en rampen.

De additionele taken die de GGD Drenthe voor de gemeente Tynaarlo uitvoert, zijn:

- forensische geneeskunde;
- predicaat Gezonde School (pilotproject);
- reizigersadvies en -voorlichting;
- technisch hygiënische advisering scholen, peuterspeelzalen en evenementen.

Als additionele taak wordt - via centrum gemeente Emmen - uitgevoerd:

- coördinatie en melding aanpak huiselijk geweld.

### **2.1.3. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ)**

De Jeugdgezondheidszorg is onderdeel van de WPG. Het rijk heeft regels vastgesteld, waaraan het uitvoeringsprogramma, het basistakenpakket, tenminste moet voldoen.

Taken op dit terrein zijn:

- geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen;
- verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren (signalering);
- ramen van de behoefte aan zorg;
- formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Het uniforme gedeelte (basispakket) is voor elke gemeente gelijk. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de gemeenten. Het maatwerkgedeelte geeft de gemeente de mogelijkheid om inzet te plagen in de lokale situatie waar dat nodig is.

De Jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen wordt in Drenthe uitgevoerd door twee uitvoeringsorganisaties (GGD Drenthe en Icare).

De belangrijkste uitdagingen waar de 12 gemeenten en de organisaties de komende jaren voor staan zijn:

- het realiseren van een integrale JGZ 0-19 jaar: één doorgaande lijn, één samenhangend productenaanbod, het omschrijven en invullen van alle voorwaarden die nodig zijn om dit te bereiken;
- de positionering van de integrale JGZ 0-19 jaar binnen het veld van het integrale jeugdbeleid (ontwikkeling Centra Jeugd en Gezin).

## 2.2. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Per 1 januari 2007 is de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) in werking getreden. Deze wet decentraliseert verantwoordelijkheden van het Rijk naar de gemeenten. Een groot deel van de gemeentelijke verantwoordelijkheden met een aantal nieuwe taken zijn samengebracht in één wettelijk kader. De wet maakt gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning omdat zij beter zicht hebben op de plaatselijke situatie dan de rijksoverheid. Het doel van de Wmo is het meedoen van alle burgers aan alle facetten van de samenleving. De prestatievelden van de Wmo raken veelal aan onderwerpen die ook in de lokale gezondheidszorg van belang zijn. Preventieve ondersteuning jeugd en de OGGZ (openbare geestelijke gezondheidszorg) zijn hier voorbeelden van.

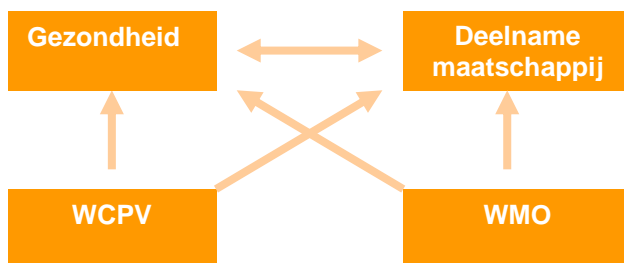
Relatie tussen de Wet publieke gezondheid (WPG) en Wmo.

De relatie tussen de WPG en de Wmo kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende pijlers, met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers (zie figuur hieronder). De WPG richt zich op het bevorderen en het beschermen van de gezondheid van groepen uit de bevolking: de (nog) gezonde burgers. De Wmo richt zich zowel op groepen uit de bevolking als op individuele burgers.

De Wmo is er voor om burgers (ook met een fysieke, sociale, psychische en verstandelijke beperking) te laten deelnemen aan de maatschappij. Gezondheid in brede zin speelt dus ook een belangrijke rol bij de Wmo. Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. Andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij weer mogelijk.

Beide wetten hebben uiteindelijk een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven.

## Kwaliteit van leven



*WCPV en Wmo pijlers voor kwaliteit van leven.*

De relatie tussen de WPG en de Wmo geeft inzicht in het belang van preventie. Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt.

Veel gezondheidswinst is te behalen wanneer men vroeg in het (ziekte)proces ingrijpt en de gezondheid bevordert. Om te voorkomen dat te veel inwoners een beroep doen op de Wmo-voorzieningen en gemeenten om financiële redenen de aandacht richten op individuele voorzieningen, is het van belang dat gemeenten investeren in de preventietaken binnen de beide wetten, de (collectieve) preventieactiviteiten die voorafgaan aan cure, care en welzijn. Op 25 november 2008 heeft de raad van de gemeente Tynaarlo de kadernota "Kansrijk leven" vastgesteld waarin het investeren in preventieve activiteiten/voorzieningen met name genoemd wordt.

### **2.3. Preventief jeugdbeleid**

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het preventief jeugdbeleid is gebaseerd op een aantal wetten, t.w. Wet publieke gezondheid, Leerplichtwet, Wet op de Jeugdzorg etc. De wet op de jeugdzorg legt de regie voor de niet-geïndiceerde (voorliggende of preventieve) zorg bij de gemeente. In het Bestuursakkoord tussen Rijk en gemeenten op 6 juni 2007 is afgesproken dat iedere gemeente gedurende de looptijd van deze voorliggende nota gezondheidsbeleid tenminste 1 centrum voor Jeugd en Gezin in de gemeente realiseert.

### **2.4. Andere beleidsterreinen**

In hoofdstuk 1 werden een aantal factoren genoemd die van invloed zijn op de gezondheid, waaronder de fysieke en sociale omgeving en de leefstijlfactoren.

Uiteraard draagt sporten/bewegen in belangrijke mate bij aan het bevorderen van de gezondheid van de inwoners. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen, b.v. op het gebied van lichaamsbeweging. In 2009 zal in Tynaarlo een nieuwe sportbeleidsnota worden opgesteld.

De aspecten van wonen, milieu, veiligheid, inkomen en arbeid zijn allemaal factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van leven. Deze beleidsterreinen laten we in deze notitie buiten beschouwing.

## **3. Het Rijk en de openbare gezondheidszorg**

Elke 4 jaar stelt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de Rijkspreventienota de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. Eind 2006 is de 2<sup>e</sup> nota vastgesteld met als titel "Kiezen voor gezond leven".

Het Kabinet en de gemeenten streven ernaar dat mensen langer in goede gezondheid leven. Het bevorderen van de volksgezondheid wordt afgemeten aan:

- het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden, waaronder het verminderen van de sociale economische gezondheidsverschillen;
- de toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting.

De laatste preventienota kiest voor het doorgaan met de leefstijlprioriteiten uit de 1<sup>e</sup> nota t.w. het tegengaan van roken, van schadelijk alcoholgebruik en van overgewicht en benoemt daarnaast nog 2 ziekten als speerpunt, t.w. diabetes en depressie.

## **4. Gezondheidsbeleid: kansen voor gezondheid**

De gemeente kan met haar gezondheidsbeleid veel doen aan de omstandigheden voor een gezond leven voor de burgers. Er zijn op basis van het model van Lalonde 3 deelterreinen aan te geven: het preventie-beleid, het integraal gezondheidsbeleid en het zorgbeleid. Het preventiebeleid is gericht op de gezonde leefstijl, het stimuleren van gezond gedrag. Het integraal gezondheidsbeleid houdt in dat de belangrijkste sectoren rondom het gezondheidsdomein samenwerken zoals b.v. de beleidsterreinen jeugd, onderwijs, openbare orde, Wmo en sport.



Het zorgbeleid (gezonde zorg) gaat over de bereikbaarheid, toegankelijkheid en spreiding van de gezondheidsvoorzieningen binnen de gemeente. Daarnaast moet de gemeente zorgregelend kunnen optreden indien burgers buiten het reguliere zorgsysteem vallen.

## **5. Bevolkingsopbouw gemeente Tynaarlo**

Beleidskeuzes hebben hun plaats tegen de achtergrond van de feitelijke situatie. Om de beleidskeuzes in het kader van het lokale gezondheidsbeleid in de gemeente Tynaarlo te kunnen plaatsen, wordt in dit hoofdstuk een globaal inzicht gegeven in de bevolkingsopbouw en in het volgende hoofdstuk in de gezondheidssituatie.

### **Bevolkingsstatistiek gegevens en prognoses**

| <b>Tynaarlo</b> | <b>2005</b>  |              | <b>2015</b>  |              | <b>2030</b>  |              |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                 | <b>Abs.</b>  | <b>Proc.</b> | <b>Abs.</b>  | <b>Proc.</b> | <b>Abs.</b>  | <b>Proc.</b> |
| 0-14            | 6052         | 19 %         | 4900         | 16%          | 4896         | 16%          |
| 15-29           | 4050         | 12 %         | 4300         | 15%          | 3877         | 13%          |
| 30-44           | 6629         | 21 %         | 4900         | 16%          | 4808         | 16%          |
| 45-59           | 7515         | 23 %         | 7400         | 24%          | 5366         | 17%          |
| 60-74           | 5249         | 16 %         | 6300         | 20%          | 7102         | 23%          |
| 75+             | 2806         | 9 %          | 3000         | 9%           | 4466         | 15%          |
| <b>totaal</b>   | <b>31500</b> | <b>100 %</b> | <b>30800</b> | <b>100%</b>  | <b>30515</b> | <b>100%</b>  |

| <b>Drenthe</b> | <b>2005</b>   |              | <b>2015</b>   |              | <b>2030</b>   |              |
|----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|                | <b>Abs.</b>   | <b>Proc.</b> | <b>Abs.</b>   | <b>Proc.</b> | <b>Abs.</b>   | <b>Proc.</b> |
| 0-14           | 89414         | 19%          | 82100         | 16,5%        | 84291         | 17%          |
| 15-29          | 74769         | 15%          | 81700         | 16,5%        | 77521         | 15%          |
| 30-44          | 106809        | 22%          | 89600         | 18%          | 87586         | 18%          |
| 45-59          | 107224        | 22%          | 112900        | 23%          | 90505         | 18%          |
| 60-74          | 70221         | 15%          | 88600         | 18%          | 102849        | 20%          |
| 75+            | 34932         | 7%           | 40900         | 8%           | 60599         | 12%          |
|                | <b>483369</b> | <b>100%</b>  | <b>495800</b> | <b>100%</b>  | <b>503351</b> | <b>100%</b>  |

| <b>Nederland</b> | <b>2005</b>     |              | <b>2015</b>     |              | <b>2030</b>     |              |
|------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
|                  | <b>Abs.</b>     | <b>Proc.</b> | <b>Abs.</b>     | <b>Proc.</b> | <b>Abs.</b>     | <b>Proc.</b> |
| 0-14             | 3008574         | 19%          | 2836100         | 17%          | 2823544         | 16%          |
| 15-29            | 2941662         | 18%          | 3170000         | 18,5%        | 3004747         | 18%          |
| 30-44            | 3813269         | 23%          | 3273600         | 19.5%        | 3215418         | 19%          |
| 45-59            | 3429258         | 21%          | 3693200         | 22%          | 3028543         | 18%          |
| 60-74            | 2079591         | 13%          | 2718800         | 16%          | 3203447         | 19%          |
| 75+              | 1033172         | 6%           | 1164900         | 7%           | 1648317         | 10%          |
|                  | <b>16305526</b> | <b>100%</b>  | <b>16856500</b> | <b>100%</b>  | <b>17021803</b> | <b>100%</b>  |

In de gemeente Tynaarlo is sprake van een toenemende vergrijzing en een afnemende bevolkingsgroei. De bevolkingsprognose 2005-2030 voorspelt in alle leeftijdsgroepen tot 60 jaar een afname van het aantal personen. De groepen boven de 60 jaar nemen toe in grootte. Boven de 75 jaar neemt het aantal zelfs sterk toe.

## **6. Leefstijlonderzoeken gemeente Tynaarlo**

In de looptijd van de notitie lokaal volksgezondheidsbeleid 2003-2008 zijn 2 leefstijlonderzoeken door de GGD Drenthe gehouden.

Uit de 2 leefstijlonderzoeken blijkt dat – daar waar Tynaarlo afwijkt van het gemiddelde in Drenthe – dit in positieve zin is.

Aan de hand van de uitkomsten geeft de GGD de gemeente adviezen en deze adviezen nemen we mee in de voorstellen voor het nieuwe beleid.

### **6.1. 2005: leefstijlonderzoek jongeren**

De jongeren uit Tynaarlo wijken in het algemeen alleen in positieve zin af van jongeren in Drenthe.

Drenthe wijkt echter negatief af t.o.v. het landelijke beeld op verzuim wegens ziekte.

Ten opzichte van het gehouden onderzoek in 2000 zijn de cijfers hoger voor wat betreft:

- indicatie psychosociale problematiek;
- klachten die wijzen op cara, allergie of hooikoorts.

Resultaten Tynaarlo (onderzoeksgroep jongeren 11 t/m 16 jaar)

- 82-90% ervaart de eigen gezondheid als goed
- 10% heeft cara; astma en/of chronische bronchitis
- 17% heeft allergie of hooikoorts
- naarmate jongeren ouder worden, ontbijt men niet voor schooltijd (23% van groep 4)
- naarmate jongeren ouder worden, daalt het percentage dat lid is van een sportvereniging
- relatief meer 15-16 jarigen (54%) hebben nooit gerookt in vergelijking met leeftijdgenoten in Drenthe
- van de 11-12 jarigen heeft 6% overgewicht en 2% obesitas
- 41% van de basisschoolleerlingen heeft wel eens alcohol gedronken; 47% van de 13-14 jarigen (beduidend minder dan in Drenthe (55%) en 87% van de 15-16 jarigen.
- 1% van de 11-12 jarigen heeft wel eens hasj/wiet gebruikt en 8% van de 13-14 jarigen en 22% van de 15-16 jarigen
- 75% van de jongeren is assertief
- 22% van de 13-14 jarigen en 33% van de 15-16 heeft mogelijk een psychosociaal probleem
- deviante (afwijkende) gedragingen worden in Tynaarlo door 15-16 jarigen vaker afgekeurd afgezet tegenover de jongeren uit Drenthe
- jongeren willen informatie graag via internet ontvangen, m.n. over opleiding/studie/werk, sport en bewegen en omgaan met problemen

GGD-advies voor Drenthe:

- stimuleer organisaties structureel te werken aan sociale competenties en neem preventie van psychosociale problematiek bij jongeren op als speerpunt in nota gezondheidsbeleid; blijf investeren in samenwerking keten zorg rondom jeugd
- initieer preventieprogramma's overgewicht
- aandacht voor jonge mantelzorgers
- preventie langdurig ziekteverzuim opnemen in nieuwe nota
- aandacht voor binnenmilieu scholen

### **6.2. 2007: leefstijlonderzoek ouderen (65-90 jaar)**

In de notitie staan de cijfers voor Drenthe en voor Tynaarlo. Daar waar significante afwijkingen (gemarkeerd met een \*) geconstateerd worden tussen Tynaarlo en Drenthe, valt dit positief uit voor Tynaarlo. De notitie is in 2007 gehouden en uitgewerkt in 2008.

De cijfers voor **Tynaarlo** zijn staan op de volgende bladzijde (leeftijdgroep 65+).

#### Lichamelijke gezondheid:

- 29% vindt eigen gezondheid matig tot slecht
- 64% van de ouderen heeft minimaal 1 chronische aandoening
- 22%\* heeft mobiliteitsbeperking; 12%\* Algemene dagelijkse levensactiviteiten(ADL)- en 37% huishoudelijke levensactiviteiten (HDL)-beperking
- gemiddeld 16% gebruikt slaap- of kalmeringsmiddelen
- 26% is laatste jaar gevallen en daarvan heeft 38% lichamelijk letsel opgelopen
- 12% van de mannen en 15% van de vrouwen heeft overgewicht
- 22% beweegt minder dan 1 uur per week

#### Psychische gezondheid:

- 3% is matig – ernstig psychisch ongezond
- 21% heeft matig risico en 4% hoog risico angst- en depressiestoornissen
- 21% van de ouderen heeft probleem die hen dag en nacht bezighoudt
- 28% van de ouderen ervaart sociale eenzaamheid
- 14% ervaart een emotionele eenzaamheid
- 2% heeft te maken gehad met ouderenmishandeling (2% van de mannen en 1% van de vrouwen)

#### Mantelzorg en vrijwilligerswerk:

- 19% van de ouderen heeft in het onderzoeksjaar mantelzorg gegeven (6% is er inmiddels mee gestopt)
- 12% ervaart dat als een zware belasting
- 13% heeft in het onderzoeksjaar mantelzorg ontvangen (3% later niet meer), waarvan 80% huishoudelijke hulp.
- 27% verricht vrijwilligerswerk

#### Wonen en woonomgeving

- 63% wil niet binnen 2 jaar verhuizen
- 82%\* durft in het donker de straat op; 12% voelt zich wel eens onveilig
- In de gemeente Tynaarlo weten ouderen (analyse op provinciaal niveau) beter de weg als het gaat om informatievoorziening op het gebied van maaltijdvoorziening, personenalarmering en informatie over pas 65+ in vergelijking met ouderen in Drenthe.

#### Sociaal Economische Status (SES)

- Uit het provinciale rapport blijkt dat er grote gezondheidsverschillen zijn tussen de personen met lage en hoge SES; personen met een lage SES maken meer gebruik van thuiszorg, mantelzorg en bewoning van senioren- en aanleunwoningen; In Tynaarlo wijkt het opleidingsniveau en het netto maandinkomen significant positiever af t.o.v. Drenthe.

#### Aanbevelingen vanuit GGD:

- stimuleren integrale aanpak (relatie met Wmo en ouderenbeleid)
- terugdringen ongezond gedrag → verbeteren kwaliteit leven
- bevorderen effectieve preventie
- bevorderen samenwerking en afstemming, zorg voor regie
- kijken naar risicogroepen
- integreren preventie en zorg (chronische aandoeningen)
- bevorderen zelfredzaamheid
- tegengaan overgewicht
- verminderen slaap- en kalmeringsmiddelen
- aandacht voor depressie, eenzaamheid en ouderenmishandeling
- mantelzorg
- aandacht voor onveiligheidsgevoelens

## **7. Evaluatie lokaal gezondheidsbeleid**

Op bijlage 2 staat de evaluatie van de nota lokaal gezondheidsbeleid. Van de beleidsvoornemens zijn veel actiepunten inmiddels uitgevoerd of lopen nog door.

Gerealiseerd/uitgevoerd zijn o.a. :

- Oggz meldpunt
- Jeugdpoint Tynaarlo
- Preventieprogramma's gezond gedrag
- Programma Gezonde school
- Cursussen sociale vaardigheden en sociale weerbaarheid
- Voedingsprogramma's

Het rookbeleid is landelijk vormgegeven en de wens naar een centrale huisartsenpost in Zuidlaren bleek niet haalbaar. Het nieuwe speelvoorzieningenbeleid wordt nu uitgevoerd. De onveilige plekken in de wijk zijn niet geïventariseerd; uit het laatst gehouden leefstijlonderzoek blijkt dat 82% van de ouderen in het donker de straat op durft en dat dit percentage in positieve zin afwijkt van het gemiddelde in Drenthe.

## **8. Inventarisatienota Kiezen voor meedoen (Wmo beleidsanalyse)**

In deze inventarisatienota (2007) werd het huidige beleid en de bestaande voorzieningen per prestatieveld beschreven en mogelijke knelpunten aangegeven. Veel gesignaleerde knelpunten uit deze notitie zijn opgenomen in de nota "Kansrijk leven".

## **9. Conclusie/samenvatting**

Op basis van de uitkomsten van de eerder gemelde notities en leefstijlonderzoeken mogen we de conclusie trekken dat veel zaken in Tynaarlo goed gaan of al worden opgepakt door de andere beleidsterreinen. Dit betekent niet dat we niets meer hoeven te doen, maar juist dat we moeten blijven investeren in preventieve voorzieningen.

Uit de voorliggende notities en leefstijlonderzoek constateren we:

- dat – daar waar Tynaarlo afwijkt van het gemiddelde in Drenthe – dit in positieve zin is
- dat in Tynaarlo relatief veel oudere mensen wonen (in Nederland 15% >65; in Drenthe 17% > 65 jaar en in Tynaarlo 20%)
- dat er winst valt te behalen in de afstemming en samenwerking tussen organisaties
- dat het Wmo- en sportbeleid veel raakvlakken heeft met het gezondheidsbeleid.

De GGD Drenthe adviseert Tynaarlo om de volgende actiepunten/speerpunten op te nemen:

1. stimuleren integrale aanpak (b.v. Wmo-, jeugd- en sportbeleid)
2. ketensamenwerking en afstemming, zorg voor regie
3. integreren preventie en zorg (chronische aandoeningen)
4. bevorderen zelfredzaamheid
5. aandacht voor depressie, eenzaamheid en ouderenmishandeling
6. kijken naar risicogroepen
7. aandacht voor onveiligheidsgevoelens
8. verbeteren sociale competenties en preventie van psychosociale problematiek bij jongeren
9. initieer preventieprogramma's ongezond gedrag, overgewicht, verminderen slaap- en kalmeringsmiddelen
10. aandacht voor (jonge) mantelzorgers

11. preventie langdurig ziekteverzuim bij jongeren
12. aandacht voor binnenmilieu scholen

## **10. Beleidsvoornemens 2009-2012**

### **10.1. Beleid Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)**

Wanneer we de speerpunten volgen uit de beleidsnota "Kiezen voor gezond leven" van het Ministerie van VWS ligt het voor de hand om in de nieuwe beleidsperiode aandacht te schenken aan:

- roken
- schadelijk alcohol gebruik
- overgewicht (bewegen en voeding)
- diabetes
- depressie

De doelstellingen die het ministerie stelt zijn zonder gemeentelijke betrokkenheid niet haalbaar. Ook in het nieuwe overheidsbeleid, verwoord in het programma voor Jeugd en Gezin, wordt in het werkprogramma het onderwerp gezonde leefstijl genoemd. Als resultaat staat aangegeven dat het aantal jongeren met een gezonde leefstijl in 2011 is toegenomen (combinatie van voldoen aan de beweegnorm, niet roken en minder alcoholgebruik).

### **10.2. Lokaal gezondheidsbeleid**

#### **Doelstelling:**

De doelstelling uit de vorige nota lokaal volksgezondheidsbeleid in de Gemeente Tynaarlo had een drieledige doelstelling:

1. het bevorderen van de kwaliteit van de fysieke en sociale leefomgeving voor alle groepen in de samenleving;
2. het bevorderen van gezond gedrag;
3. het bevorderen van een sluitend systeem aan gezondheidsvoorzieningen en de toegankelijkheid van de gezondheidvoorzieningen voor alle doelgroepen.

Wij stellen voor om de doelstelling van het lokale gezondheidsbeleid ook te laten gelden voor de looptijd van deze notitie, omdat deze doelstelling – zie de adviezen GGD Drenthe - nog steeds volledig van toepassing is.

### **10.3. Speerpunten gemeente Tynaarlo 2009-2012**

Aan de hand van

- speerpunten ministerie VWS
- (inventarisatie)nota Wet maatschappelijke ondersteuning
- adviezen GGD Drenthe n.a.v. de leefstijlonderzoeken in Tynaarlo
- evaluatie lokaal gezondheidsbeleid

komen we tot de volgende voorstellen/speerpunten voor nieuw beleid.

De voorstellen/speerpunten voor nieuw beleid richten zich op

- het verbeteren van de leefstijl voor oud en jong;
- het voorkomen van diabetes, overgewicht en depressie bij ouderen;
- het signaleren en stimuleren van een doorgaande ontwikkelingslijn voor kinderen;
- onderzoek naar de mogelijkheid van een Consultatiebureau voor Ouderen in onze gemeente;
- het gefaseerd invoeren van defibrillatoren in onze gemeente (onder voorwaarde van voldoende opgeleide vrijwilligers).

Deze beleidsvoornemens sluiten voor een groot deel aan bij, met name, het bestaande Wmo-, jeugd- en sportbeleid. Afstemming heeft of zal uiteraard plaatsvinden.

Een aantal van de GGD-adviezen worden inmiddels al opgepakt vanuit andere beleidsterreinen en nemen we dus niet op in deze nota, te weten:

- Stimuleren integrale aanpak (b.v. Wmo-, jeugd- en sportbeleid)  
Dit gebeurt (zie ook het Wmo-beleid).
- Ketensamenwerking en afstemming, zorg voor regie.  
Hier is voldoende aandacht voor (zie ook jeugdbeleid en Wmo-beleid)
- Aandacht voor (jonge) mantelzorgers  
Wmo-beleid: wordt opgepakt aan de hand van de mantelzorgnotitie.
- Aandacht voor binnenmilieu scholen  
Is in 1<sup>e</sup> instantie de verantwoordelijkheid van de schoolbesturen; uiteraard wordt bij de bouw van de Multi Functionele Accommodaties (MFA's) hier rekening mee gehouden.

## **Leefstijl Jongeren**

Een fiks aantal gezondheidsproblemen hangt samen met een leefstijl, zoals eet- drink- of rookgedrag. Dit is te beïnvloeden met doelgerichte interventies en voorlichting.

### **1 Alcohol, roken en drugsgebruik**

Alcohol:

Uit epidemiologisch onderzoek is gebleken dat 41% van de 11-12 jarigen aangeeft wel eens alcohol te hebben gedronken. Relatief minder 13-14 jarigen uit Tynaarlo (47%) dan uit de provincie (55%) drinken wel eens alcoholhoudende dranken. Het drinken van alcohol neemt toe met het ouder worden. Van de groep 15-16 jarigen uit Tynaarlo (87%) drinken meer jongeren alcohol dan gemiddeld in de provincie (84%). Verhoudingsgewijs is de alcoholconsumptie van de 15-16 jarigen uit Tynaarlo wel lager dan in de provincie.

Alcohol is slecht voor kinderen en jongeren die nog in de groei zijn. Overmatig alcoholgebruik kan leiden tot blijvende hersenschade, vernielingen, geweld en ongevallen. Op langere termijn tot verslaving, andere ziektes en arbeidsverzuim. Regelmatig alcoholgebruik kan bij kinderen en jongeren de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling vertragen. In tegenstelling tot de stabilisatie in het alcoholgebruik onder volwassenen is het drinken van alcohol onder jongeren de laatste jaren sterk toegenomen.

In de vorige planperiode zijn er, naar aanleiding van een incident, afspraken gemaakt met diverse partijen en is de concept-notitie alcoholmatiging voor 11-16 jarigen geschreven. Hierin worden een aantal aanbevelingen gedaan om het alcoholgebruik onder jongeren te verminderen. De concept-notitie wordt binnenkort in de besluitvorming gebracht.

Roken:

11% van de 11-12 jarigen in Tynaarlo heeft wel eens gerookt. Hoe ouder de jongeren hoe vaker ze roken. Relatief meer 15-16 jarigen uit Tynaarlo hebben nooit gerookt in verhouding tot leeftijdsgenoten uit Drenthe.

Roken blijft een groot risicofactor voor de gezondheid. We moeten blijven investeren in programma's gericht op het voorkomen van het roken. Deze programma's moeten al op de basisschoolleeftijd worden aangeboden.

Drugsgebruik:

Eén procent van de 11-12 jarigen heeft ooit wel eens hasj/wiet gebruikt. 8% van de 13-14 jarigen en 22% van de 15-16 jarigen heeft wel eens softdrugs gebruikt.

De harddrug XTC wordt zowel in Tynaarlo als in de provincie weinig gebruikt (2%).

Daarbuiten heeft 3% van de 15-16 jarigen ooit andere drugs dan hasj of XTC gebruikt.

## **Beleidsvoornemen 1:**

- 1.1 Doorgaan met het aanbieden van preventieprogramma's gezond gedrag gericht op roken, alcohol en drugs gebruik aan jongeren en hun ouders.**
- 1.2 De concept startnotitie: "Alcohol nu even niet" bespreken met alle partijen die hierin worden genoemd. Aanbevelingen en speerpunten omzetten tot een concrete aanpak om alcoholgebruik terug te dringen of te stabiliseren.**
- 1.3. Blijven aanbieden sociale vaardigheidstraining aan jongeren in het basisonderwijs en in het voortgezet onderwijs; nee durven zeggen tegen groepsdruk.**

## **2. Overgewicht, bewegingsarmoede en overlast**

Overgewicht, bewegingsarmoede en overlast zijn problemen die ook voorkomen bij jeugdigen in onze gemeente. Uit onderzoek van de GGD Drenthe blijkt bijvoorbeeld dat in de gemeente Tynaarlo het aantal jeugdigen dat kampt met overgewicht ca. 7% is (bij de 11-12 jarigen 8%). Overgewicht heeft zowel een nadelige invloed op de lichamelijke gesteldheid als op het psychosociaal welzijn.

Sport wordt als een belangrijk middel gezien om deze achterstanden en problemen te bestrijden. De gemeente Tynaarlo maakt gebruik van de tijdelijke stimuleringsregeling Buurt, Onderwijs en Sport, de zogenaamde BOS impuls, die gepresenteerd is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De primaire doelgroep zijn de jongeren van 4 tot 19 jaar bij wie sprake is van bewegingsarmoede en/of overgewicht. Daarnaast is er aandacht voor jongeren van circa 12 tot 19 jaar van wie het gedrag tot overlast leidt of wat zo ervaren wordt door hun omgeving.

De BOS-impuls is een 3 jarig project dat in onze gemeente is gestart op 1 januari 2009.

## **Beleidsvoornemen 2**

**Terugdringen en verminderen van overgewicht, bewegingsarmoede en overlast.**

### **3. Gezonde school.**

Het doel is structureel aandacht geven aan gezondheidsthema's en deze inbedden in het schoolbeleid. De gezonde school kan gaan over veel onderwerpen zoals sport, voeding, pesten, overgewicht, sociale vaardigheden, binnenmilieu etc.

We willen beleid ontwikkelen over hoe we kunnen omgaan met gezondheid en veiligheid op scholen en starten met een aantal pilots "gezonde scholen".

## **Beleidsvoornemen 3**

**Tijdens de planperiode willen we het predicaat gezonde school in de Gemeente Tynaarlo op minimaal 4 scholen vorm geven.**

## **Leefstijl ouderen/bevorderen zelfredzaamheid**

### **4. Voorkomen van diabetes, overgewicht en eenzaamheid/depressie ouderen**

Uit het onderzoek in Tynaarlo blijkt dat 28% van de ouderen sociaal eenzaam is en 14% emotioneel eenzaam. Kwetsbare ouderen hebben intensieve begeleiding nodig, meestal meer dan wat mantelzorgers kunnen bieden. Voor hen moeten voorzieningen goed toegankelijk zijn en tevens aansluiten op de vraag van de ouderen. De Wmo loketten spelen hierbij een belangrijke rol, maar ook de nabijheid van voorzieningen in de wijk waar ouderen

wonen is van groot belang voor het vergroten van de zelfredzaamheid. Daarnaast is het versterken van de preventie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijk aandachtspunt voor beleid. Extra aandacht wordt besteed aan de eenzaamheid tijdens het huisbezoek die ieder oudere in onze gemeente krijgt.

14% van de ouderen in Tynaarlo heeft diabetes. Deze groei wordt veroorzaakt door de vergrijzing, door overgewicht, door lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding. Overgewicht is een belangrijke oorzaak van diabetes.

#### **Beleidsvoornemen 4**

- 1. het aanbod van sportactiviteiten voor de doelgroep 55+ continueren en eventueel uitbreiden.**
- 2. netwerken inrichten gericht op**
  - signalering depressie en
  - verwijzing naar meer bewegen

#### **5. Consultatiebureau voor Ouderen**

De gemeente Tynaarlo wordt steeds meer een grijze gemeente. Hiermee bedoelen we dat uit onderzoek blijkt dat het aantal ouderen toeneemt. Deze groep vraagt specifieke aandacht op zowel lichamelijk, psychisch en in psycho-sociaal opzicht.

Steeds meer mensen hebben een ongezonde leefstijl en het aantal mensen met een chronische ziekte stijgt. Meer kans op ziekte, zoals diabetes, hartziekten, astma en chronische bronchitis. Ook blijven veel ouderen lang zelfstandig wonen.

Om toch (preventief) zorg te kunnen bieden aan deze groep willen wij in de komende planperiode onderzoek doen naar de mogelijkheid van een consultatiebureau voor ouderen.

#### **Beleidsvoornemen 5**

**Onderzoek naar een consultatiebureau voor ouderen. Met als doel aandacht voor de preventie van gezondheidsproblemen bij ouderen.**

**Signaleren en stimuleren van een doorgaande ontwikkelingslijn voor kinderen.**

#### **6. Vroegsignalering en doorlopende leerlijn**

Overdracht kinderen peuterspeelzalen/kinderdagverblijven naar basisonderwijs.

Met de peuterestafette wordt de overdracht van de peuterspeelzalen/kinderdagverblijven naar het basisonderwijs bedoeld. De Peuterestafette heeft als doel: vroegsignalering en een doorlopende leerlijn, gericht op het geven van een goede start aan kinderen. We willen problemen op latere leeftijd voorkomen door zo vroeg en zo dichtbij als mogelijk hulp en ondersteuning te bieden bij de ontwikkeling en opvoeding van kinderen. De peuterestafette kan hier onderdeel van zijn. Het gaat hierbij om een goede overdracht van de peuterspeelzalen/kinderdagverblijven naar het basis onderwijs. Dit moet de zorgstructuur rondom het jonge kind versterken. In 2007 is er een start gemaakt met de peuterestafette. Het einddoel is dat alle voorschoolse voorzieningen en basisscholen mee gaan doen.

Overdracht leerlingen basisonderwijs naar het voortgezet onderwijs.

De laatste jaren is er sprake van een groep 12-13 jarigen met psychosociale en/of psychische problematiek. Het gaat hier met name om jongeren die van de relatieve veiligheid van een plattelandse basisschool naar het voortgezet onderwijs in een grotere gemeente/stad gaan. Er is dan regelmatig sprake van langdurig ziekteverzuim waardoor de jongere in zijn ontwikkeling wordt bedreigd.



Wij willen graag zicht krijgen op de overdracht die de basisscholen meegeven aan het voortgezet onderwijs en stimuleren dat in elk geval het risicokind een goede begeleiding naar het voortgezet onderwijs krijgt.

Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs (VMBO) preventie traject.

Omdat VMBO leerlingen een risicogroep vormen om voortijdig schoolverlater te worden is er een aantal jaren geleden gestart met het VMBO preventie traject. Dit traject houdt in dat elke school voor voortgezet onderwijs voor zijn VMBO examenkandidaten een zogenaamde diplomakaart invult. Op deze kaart geeft de jongere aan wat zijn vervolgopleiding is. De scholen sturen deze kaarten naar de leerplichtambtenaar van de woongemeente van de jongere. Risicoleerlingen kunnen op deze manier vroeg worden opgespoord en dan kan er actie worden ingezet door 1 van de ketens van zorg rondom de jongere.

### **Beleidsvoornemen 6**

**Het stimuleren van een goede overdracht en overgang van leerlingen van 4 tot 18 jaar zodat zo vroeg mogelijk problemen gesignaleerd worden en ter bevordering van een doorlopende leerlijn.**

## **7. De Drentse Verwijs Index, Centrum voor Jeugd en gezin en het Elektronisch Kinddossier**

De Drentse Verwijs Index (DVI) is een initiatief vanuit de provincie i.s.m. de 12 Drentse gemeenten om provinciebreed een signaleringssysteem van risico's bij opvoeden en opgroeien te realiseren dat aansluit op de landelijke verwijsindex (proeftuin).

Het principe is hetzelfde als de landelijke verwijsindex. Bijzonder hierbij is echter dat dit de mogelijkheid biedt om een provinciaal dekkend netwerk op te zetten. Daarnaast kunnen er gemakkelijk afspraken gemaakt worden met provinciale (hulpverlenings)-organisaties. In de planperiode wordt er een provinciaal convenant getekend waarin de rol van de gemeenten expliciet wordt vermeld. Op lokaal niveau betekent dit dat de gemeente een regierol krijgt. Het DVI wordt gekoppeld aan het Jeugdpunt Tynaarlo. Afspraken en verantwoordelijkheden zullen vastgelegd worden in een provinciaal convenant, waarbij per gemeente de lokale samenwerkingspartners zullen worden benoemd. In Tynaarlo zal de DVI onderdeel uit gaan maken van het Jeugdpunt Tynaarlo (en in de toekomst Centrum voor Jeugd en Gezin Tynaarlo dat uiterlijk in 2011 gerealiseerd moet zijn) waarbij de coördinatoren het aanspreekpunt zullen zijn. De Drentse Verwijs Index is inmiddels operationeel.

Daarnaast zijn de GGD en Icare bezig met het invoeren en realisatie van het Elektronisch Kinddossier (EKD). Elk kind krijgt een elektronisch dossier waar informatie over het kind en het gezin wordt vastgelegd. Met het EKD verdwijnen de papier dossiers zodat er een betere overdracht kan plaats vinden en vroegtijdig kan worden ingespeeld op signalen.

De verplichting van een EKD staat ook genoemd in de nieuwe Wet publieke gezondheid.

### **Beleidsvoornemen 7**

**Ontwikkelen Drentse Verwijs Index, Centrum voor Jeugd en gezin en het invoeren van het Elektronisch Kinddossier**

## **Algemeen**

### **8 Defibrillatoren**

De vraag is bij de gemeente neergelegd of wij zorg willen dragen voor voldoende defibrillatoren binnen openbare gebouwen. Dit ter verbetering van de veiligheid tegen onverhoopte sterfgevallen door acute hartproblemen.

De GGD heeft de gemeente hierover een positief advies gegeven met daarbij de strikte voorwaarde om zorg te dragen voor voldoende vrijwilligers die de defibrillatoren kunnen bedienen. Dit is noodzakelijk voor een accuraat gebruik van deze apparaten. Wij stellen voor dat de gemeente zorgt voor de aanschaf en de opleidingskosten. Een EHBO vereniging binnen onze gemeente heeft al aangegeven belangstelling te hebben. Wij willen dan ook deze groep betrekken bij het uitvoeren van bovenstaand voornemen.

### **Beleidsvoornemen 8**

**1. criteria opstellen voor het aanschaffen en plaatsen van defibrillatoren in openbare gebouwen.**

**2. het gefaseerd invoeren van de defibrillatoren (hierbij wel de specifieke eis dat er voldoende vrijwilligers zijn die de opleiding willen gaan doen die nodig is om deze apparaten te bedienen).**

## **11. Beleidsvoornemens vertalen in concrete doelstellingen en monitoring**

### Monitoring/evaluatie.

Jaarlijks vindt monitoring plaats in de reguliere verantwoordingsdocumenten aan de raad. Daarnaast willen wij in 2011 in het evaluatieverslag van dit lokale gezondheidsbeleid het beleid monitoren.

De gehouden leefstijlonderzoeken uit deze notitie willen we gebruiken als nulmeting.

### De beleidsvoornemens richten zich op:

#### **1. Het verbeteren van de leefstijl voor oud en jong.**

##### Verbeteren leefstijl jongeren.

Het aantal jongeren met een gezonde leefstijl is in 2011 toegenomen (combinatie van voldoen aan de beweegnorm, niet roken en minder alcoholgebruik). (De BOS-Impuls heeft daarnaast eigen doelstellingen).

##### Verbeteren leefstijl ouderen.

Het percentage ouderen dat de eigen gezondheid matig – slecht noemt, neemt niet toe.

#### **2. Het voorkomen van diabetes, overgewicht en depressie bij ouderen.**

Het aantal mensen met gezondheidsklachten als gevolg van depressie, diabetes, eenzaamheid en overgewicht neemt niet toe.

Deelnemers sportactiviteiten doelgroep 55+ is toegenomen met 5% t.o.v. 2008.

Twee interventieprogramma introduceren, t.w.: “Beweeg je leven” en “Gezondheid in balans”. Gemiddeld 10 deelnemers per programma en na afloop evalueren welk programma het meeste rendement heeft opgeleverd.

Netwerken zijn ingericht gericht op signalering depressie en verwijzing naar meer bewegen.

#### **3. Onderzoek naar de mogelijkheid van een Consultatiebureau voor Ouderen in onze gemeente;**

Het onderzoek naar een Consultatiebureau voor Ouderen (CbO) is uitgevoerd. Doel CbO: aandacht voor preventie van gezondheidsproblemen.

#### **4. Het signaleren en stimuleren van een doorgaande ontwikkelingslijn voor kinderen.**

Het percentage kinderen met de mogelijkheid van een psychosociaal probleem is afgenomen.

Het aantal kinderen met langdurig ziekteverzuim is met 5% afgenomen.

Ingevoerd/operationeel zijn: Drentse Verwijs Index, Centrum voor Jeugd en Gezin en Elektronisch Kinddossier.

**5. Het gefaseerd invoeren van defibrillatoren in onze gemeente (onder voorwaarde van voldoende opgeleide vrijwilligers)**

Dekkend netwerk Automatische Externe Defibrillatoren (AED's) en dekkend netwerk vrijwilligers → overlevingskans voor mensen met acute hartstilstand neemt toe.

De 1<sup>e</sup> stap is een inventarisatie van aanwezige actieve AED's in onze gemeente en vervolgens het gefaseerd invoeren van nieuwe AED's.

**Bronvermelding**

1. Jeugd in Drenthe Gezondheid en leefgewoonten; tabellenboek Tynaarlo GGD Drenthe (november 2004)
2. Ouderenonderzoek Drenthe 2007; tabellenboek en beleidsadvies Tynaarlo GGD Drenthe
3. Preventienota "Kiezen voor gezond leven" ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
4. Inventarisatienota "Kiezen voor meedoen, gemeente Tynaarlo
5. Wmo kadernota Kansrijk Leven, gemeente Tynaarlo.

## Afkortingen

|           |  |
|-----------|--|
| AED.....  | Automatische Externe Defibrillator                   |
| AIDS..... | Acquired Immune Deficiency Syndrome                  |
| BOS.....  | Buurt, Onderwijs en Sport                            |
| CbO.....  | Consultatiebureau voor Ouderen                       |
| CJG.....  | Centrum voor Jeugd en Gezin                          |
| DVI.....  | Drentse Verwijs Index                                |
| EKD.....  | Elektronisch Kinddossier                             |
| GGD.....  | Gemeentelijke Gezondheidsdienst                      |
| GGZ.....  | Geestelijke gezondheidszorg                          |
| GHOR..... | Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen |
| JGZ.....  | Jeugdgezondheidszorg                                 |
| OGGZ..... | Openbare Geestelijke Gezondheidszorg                 |
| OGZ.....  | Openbare Gezondheidszorg                             |
| SOA.....  | Sexueel overdraagbare aandoening                     |
| SES.....  | Sociaal Economische Status                           |
| VMBO..... | Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs             |
| VWS.....  | Volksgezondheid Welzijn en Sport.                    |
| WCPV..... | Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid            |
| WPG.....  | Wet Publieke Gezondheid                              |