

**Gemeente Ten Boer**

**Nota lokaal gezondheidsbeleid  
2008-2011**



**Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011**



## **Inhoudsopgave**

<b>Voorwoord</b> .....	<b>1</b>
<b>Gezondheid: het kon minder, maar het kan beter</b> .....	<b>2</b>
<b>Visie</b> .....	<b>4</b>
<b>Actuele ontwikkelingen</b> .....	<b>5</b>
Landelijk.....	5
Provinciaal en Regionaal .....	5
<b>Bijzondere beleidsdomeinen</b> .....	<b>6</b>
Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz).....	6
Jeugdgezondheidszorg.....	7
Milieu en gezondheid .....	9
<b>Doelen en uitvoeringsprogramma</b> .....	<b>10</b>
<i>Speerpunt Roken en Alcoholgebruik</i> .....	11
<i>Speerpunt Overgewicht</i> .....	14
<i>Speerpunt Pesten</i> .....	16
<i>Speerpunt Binnenmilieu</i> .....	17
....en dan even dit .....	18
<b>verantwoording en volgen van de uitvoering</b> .....	<b>23</b>
<b>communicatie</b> .....	<b>23</b>
<b>BIJLAGEN</b> .....	<b>24</b>
Bijlage 1: GGD-basistaken vanuit WCPV .....	24
Bijlage 2: WMO-prestatievelden.....	28
Bijlage 3: Evaluatie nota LGB 2004-2006 .....	29
Bijlage 4: Meer informatie .....	309

## *Voorwoord*

De gemeente Ten Boer vindt mét haar inwoners gezondheid een belangrijk thema. Met deze tweede nota lokaal gezondheidsbeleid onderstrepen wij dat belang. Tegelijkertijd beseffen wij ook dat niets zo lastig te beïnvloeden is als gezondheid. Niet alleen omdat er zoveel factoren van invloed zijn, maar ook omdat het resultaat van onze inspanningen vaak pas op de heel lange termijn zichtbaar zijn. Toch trekken we met vertrouwen de lijnen uit de eerste nota door. We proberen daarbij onze tijd, onze middelen en onze mogelijkheden zo goed mogelijk in te zetten. Dat betekent ook: keuzes maken. We kiezen in deze nota voor enkele speerpunten: roken en alcohol, overgewicht, pesten en binnenmilieu. Uit de cijfers van onder meer onze eigen GGD blijkt immers dat op deze punten veel gezondheidswinst valt te behalen. Wij vertrouwen er op dat door de korte lijnen naar- en de goede samenwerking met onze partners die winst de komende vier jaar ook behaald wordt.

Een belangrijke nieuwe ontwikkeling is die van de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze wet geeft ons als gemeente aanzienlijke mogelijkheden voor ondersteunend beleid in de sfeer van maatschappelijke participatie en welzijn. In het gelijktijdig aangeboden Wmo-beleidsplan is de relatie met volksgezondheid dan ook binnen diverse thema's terug te vinden. Ik denk daarbij aan het Zorgloket en de informatieverstrekking aan ouderen. Wij streven er naar om dergelijke verbindingen in de toekomst ook zichtbaar te maken in andere nota's. Omdat gezondheid het product is van het samenspel van maatregelen op vele terreinen (waaronder het jeugdbeleid, milieu, sociaal beleid en de ruimtelijke ordening) willen wij dit thema in al onze beleidsplannen als wegingsfactor meenemen.

Als gemeentebestuur zijn we blij met de wijze waarop deze nota tot stand is gekomen, in het bijzondere met de grote betrokkenheid van onze samenwerkingspartners en burgervertegenwoordigers. Na de evaluatie van onze eerste gezondheidsnota presenteerde de GGD in onze raadsvergadering van 25 april 2007 de gezondheidsproblemen van onze inwoners. De raad gaf daarop aan welke problemen vooral de aandacht moesten krijgen. Onze ambtenaren werkten, geholpen door deskundigen, de mogelijkheden uit om daar wat aan te doen. In een zeer goed bezochte thema-avond op 29 november 2007 werden de ideeën voor de verdere uitwerking van ons gezondheids- en Wmo-beleid besproken. Dit leverde het materiaal op waarmee beide nota's konden worden voltooid. Graag wil ik alle betrokkenen bedanken voor hun bijdragen aan dit boeiende proces.

Rika Pot,  
Burgemeester Ten Boer

## Gezondheid: het kon minder, maar het kan beter

Burgers vinden hun gezondheid één van de belangrijkste zaken in het leven. Als gemeente hebben we de gezondheid van onze burgers ook hoog in het vaandel staan. En om eerlijk te zijn: die kan beter, hoewel we hier en daar wel op de goede weg zijn. Want uit onderzoek, onder andere van de GGD Groningen, blijkt dat onze burgers nog steeds, soms ook in toenemende mate, kampen met problemen die op korte of lange termijn de gezondheid bedreigen. Het goede nieuws is dat we als gemeente aan veel van deze problemen wél wat kunnen doen, samen met die burgers. En dat we dat willen staat buiten kijf: ons doel is gezonde inwoners in een gezonde leefomgeving.

Om te beginnen kijken we in dit hoofdstuk naar de gezondheidssituatie in onze regio, Noordwest Groningen. In de gemeenten Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren en Winsum wonen in vergelijking met de gehele provincie relatief veel jongeren. In de gemeenten Bedum en Eemsum hebben inwoners een langere levensduur dan gemiddeld in de provincie. In de gemeente Winsum is de levensverwachting daarentegen korter.

Wat betreft gezondheid en zorg valt op dat de ervaren gezondheid goed is en dat er weinig contacten met de verslavingszorg zijn. Gelet op de leefwijze wijken de inwoners van deze regio niet af van het gemiddelde beeld in de provincie Groningen. Er is in de regio Noordwest relatief veel onvrede over onderhoud van wegen en groenvoorziening en veel overlast door hondenpoep.

*Veel gezondheidsproblemen hebben alles te maken met een cruciale factor: de sociaal-economische status (SES), de mix van opleiding en inkomen. Groepen met een lage sociaal-economische status vertonen in het algemeen een minder gezonde leefwijze, en lopen daardoor veel meer gezondheidsrisico's. Ook met een laag inkomen (lage SES) is een gezonde leefstijl mogelijk, maar omgeving en toekomstperspectief maken dit vaak niet eenvoudig. De provincie Groningen scoort wat betreft huishoudens met een laag inkomen, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en het beroep op de algemene bijstand beduidend slechter dan het Nederlandse gemiddelde. Ook binnen de provincie is sprake van aanzienlijke gezondheidsverschillen die samenhangen met de SES worden.*

Uit het Gezondheidsprofiel 2006 van de GGD<sup>1</sup> halen we vervolgens een aantal thema's die vragen om een doelgerichte aanpak, thema's waar we als gemeente zeker wat mee kunnen.

### *Overgewicht*

Om te beginnen met één van de grootste toekomstige bedreigingen van de volksgezondheid: overgewicht, een letterlijk en figuurlijk groeiend probleem. Niet alleen in onze gemeente, ook in de provincie Groningen en de rest van de welvarende wereld. Overgewicht vormt één van de grootste bedreigingen voor de (gezonde) levensverwachting en is de oorzaak van veel ziekten op latere leeftijd. De oorzaak: langdurig meer energie innemen dan je gebruikt, ofwel een gebrek aan balans tussen voeding en bewegen. In 2006 heeft 51% van de volwassenen in de provincie Groningen overgewicht (in 1990 was dit nog 37%). Voor de gemeenten in onze regio is dit 54%. Als we kijken naar de jeugd dan zien we in groep 6/8 BO al 12% te dikke kinderen, en in klas 2/4 VO 5%, percentages die absoluut omlaag moeten!

### *Roken*

Een goede tweede op het lijstje van gezondheidsrisico's is de nicotineverslaving. Hoewel het aantal rokers sinds 1990 daalt, is roken nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. De daling is gunstig, want stoppen met roken heeft op elke leeftijd nut. Maar zorgelijk is dat die daling vooral komt door het aantal stoppers op latere leeftijd, terwijl er nog steeds jongeren beginnen te roken. In onze regio rookt 25% van de volwassenen, ongeveer gelijk aan het gemiddelde in Groningen en in Nederland, namelijk 28%. In 2004 rookte 12% van de jongeren in klas 2 en klas 4 (VO).

<sup>1</sup> Meer gegevens over de genoemde gezondheidsproblemen zijn te vinden in het Gezondheidsprofiel 2006 en de Jeugdpeiling 2004 van de GGD Groningen, zie [www.GGDgroningen.nl](http://www.GGDgroningen.nl) en Jaarverslag 2006 Jeugdgezondheidszorg van Stichting JGZ Groningen

### *Alcohol*

Alcohol is een ander genotmiddel dat bij overmatig gebruik schadelijk kan zijn en het risico op angst, depressieve klachten en agressief gedrag vergroot. Bij (veel) gebruik onder 16 jaar zijn de risico's nog groter. In de provincie gebruikt 15% van de volwassen mannen en 9% van de volwassen vrouwen overmatig alcohol. Dat is veel, maar nog zorgwekkender is dat ook jongeren al regelmatig veel drinken. Als we kijken naar onze en de omliggende gemeenten dan praten we over 12% van de volwassenen, en maar liefst 51% van de jongeren die meer drinken dan goed voor hen is. Behalve de maatschappelijke overlast, vandalisme en geweld die daaruit voortvloeien kan ook de gezondheidsschade op de langere termijn groot zijn.

### *Seks*

Seksualiteit en veilig vrijen blijft -met name voor jongeren - een leuk, maar lastig thema. Dat minder dan de helft van de jongeren bij het vrijen altijd een condoom gebruikt vertaalt zich onmiddellijk in het steeds toenemende aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en abortussen. In onze regio gebruikt slechts 52% van de jongeren altijd een condoom. Zorgelijk is ook dat de kennis onder jongeren over veilig vrijen en SOA te wensen overlaat, terwijl het aantal kinderen van 16 jaar dat al seks heeft toeneemt (in klas 4, gemiddeld 16 jaar, is dat nu al 32%). Daarbij lijkt er sprake te zijn van toename van de groepsdruk om dingen te doen die je eigenlijk niet wilt. De beeldvorming over seksualiteit in de media en de 'anonimiteit' van het internet spelen daarbij zeker een rol.

### *Psychische problemen*

De psychosociale gezondheid is zeer belangrijk voor de kwaliteit van leven. In Nederland heeft 1 op de 10 mannen en 1 op de 5 vrouwen psychische klachten. Depressie, pesten en eenzaamheid (vooral op oudere leeftijd) zijn veelvoorkomende problemen.

Gepest worden kan verregaande gevolgen hebben voor kinderen en is de belangrijkste voorspeller van psychosociale problematiek op latere leeftijd. Provinciaal gezien is 59% van de kinderen in groep 6 en 8 van het basisonderwijs het afgelopen jaar gepest, en dat was bij 18% van de leerlingen van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs de afgelopen 3 maanden het geval. Voor onze regio bedragen deze percentages resp. 55% en 20% .

Ongeveer 15% van de inwoners van onze gemeenten ervaart psychische problemen. Die kunnen licht zijn en eenmalig, maar ook ernstig en langdurig. Van onze burgers geeft 43% aan zich wel eens of zelfs altijd eenzaam te voelen. Provinciaal gezien is dit eveneens 43%.

### *Binnenmilieu*

Naast deze leefstijlaspecten is ook de directe leefomgeving van belang. Mensen brengen verreweg de meeste tijd binnenshuis door. Het blijkt echter dat de binnenlucht met name in goed geïsoleerde woningen en gebouwen behoorlijk is verontreinigd. Zo ligt het CO<sub>2</sub>-gehalte in de meeste scholen en kinderdagverblijven ver boven het acceptabele gehalte. Een slecht binnenmilieu kan luchtwegklachten veroorzaken, maar ook hoofdpijn, vermoeidheid en concentratieproblemen. Ook kan het leiden tot een allergie, astma, beroerte, hartinfarct of infectie. Voor ons is dit reden genoeg om hier serieus aandacht aan te willen besteden.

Conclusie: veel problemen, maar gelukkig ook veel kansen op verbetering. Juist een gemeente kan meer dan vaak wordt gedacht, omdat gezondheidsbeleid zich feitelijk afspeelt op verschillende gemeentelijke domeinen. In het volgende hoofdstuk schetsen wij onze visie hierop.

## Visie

De gezondheid van de inwoners van onze gemeente kan beter, kopte het vorige hoofdstuk. De rol van de gemeente op gezondheidsgebied wordt steeds belangrijker. Als gemeente voeren we de regie over de Openbare Gezondheidszorg: het deel van de gezondheidszorg dat zich bezighoudt met het voorkómen van ziekte en de bescherming en bevordering van de gezondheid van burgers. De curatieve gezondheidszorg, dat wil zeggen van huisartsenzorg tot en met specialistische ziekenhuiszorg en AWBZ-gefinancierde zorg- en hulpverleningstaken, valt buiten de invloedssfeer van de gemeente. Gemeentelijk gezondheidsbeleid is erop gericht de gezondheid van de burgers te bevorderen en te beschermen, en is vooral preventief van aard.

*Volgens de definitie van World Health Organization is gezondheid 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken'.*

Als gemeente willen wij gezonde inwoners: voorkómen dat ze ziek worden en dat ze -indien nodig- de noodzakelijke zorg en ondersteuning krijgen. Maar gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. Voor de burger zelf is het vooral belangrijk hoe gezond hij/zij zich voelt, de gezondheidsbeleving. Je gezond voelen betekent niet alleen lichamelijk gezond zijn, maar ook een geestelijk en sociaal welbevinden. We willen als gemeente dan ook onze inwoners zodanig ondersteunen dat ze zoveel mogelijk maatschappelijk betrokken kunnen blijven.

Kort gezegd zijn onze gezondheidsdoelen: het verlengen van de gezonde levensverwachting, het voorkómen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van leven.

Deze doelen zijn niet nieuw. Vier jaar geleden schreven we als gemeente onze eerste gezondheidsnota. De afgelopen jaren hebben we ervaring opgedaan en de huidige nota borduurt daarop voort. Uit de evaluatie bleek dat in het algemeen valt vast te stellen dat de resultaten voldoende zijn. In de bijlage vindt u een samenvatting van de evaluatie per actiepoint uit de vorige nota. Op vijf van de zeven actiepunten hebben we de plannen naar tevredenheid uitgevoerd. Twee actiepunten zijn nog niet gerealiseerd (rondom defibrillatoren en alcohol in het verkeer). De actiepunten 'de clustering van zorgvoorziening' en 'het terugdringen honden- en kattenuitwerpselen' zijn afgerond. Op de overige actiepunten willen we de komende jaren opnieuw inzetten, omdat zaken als voorlichting, stimulering en preventie immers nooit 'af' zijn. Zo willen we actiepunten 5 en 6 (beide betreffen alcoholgebruik) clusteren tot één speerpunt, hierbij nieuwe doelstellingen formuleren en de doelgroep opnieuw bekijken. Daarnaast vloeien er nieuwe doelgroepen en onderwerpen voort uit de speerpunten van VWS en het gezondheidsprofiel.

Bovenstaande punten nemen we mee in ons huidige gezondheidsbeleid. Hoe kunnen wij als gemeente gezondheidswinst behalen zonder de verantwoordelijkheid voor de levens van onze burgers over te nemen? Volgens het theoretische model van Lalonde wordt gezondheid beïnvloed door vier factoren: biologische factoren, leefstijlaspecten, zorg(voorzieningen) en de omgeving. Gezondheidsbeleid raakt daarmee niet alleen de beleidsterreinen volksgezondheid en welzijn, maar strekt zich ook uit naar terreinen als milieu, wonen, onderwijs en opgroeien.

Een cruciale factor is ook dat verschillen in gezondheid en sterfte voor een belangrijk deel verklaard worden door de sociaal-economische status, kortweg de mix tussen inkomen en opleiding. Een lagere sociaal-economische status (SES) hangt samen met meer ziekte en een ongezondere leefstijl. Werkgelegenheid en sociale zaken spelen dus ook een belangrijke rol. Kortom, lokaal gezondheidsbeleid is bij uitstek integraal beleid.

De aandacht van ons gezondheidsbeleid is specifiek gericht op de meest kwetsbare burgers en op achterstandsgroepen. Daar waar immers de grootste gezondheidsachterstanden zijn, valt de meeste winst te behalen. Bij het beïnvloeden van de leefstijl kunnen we het beste inzetten op de jeugd en hun opvoeders: jong geleerd is oud gedaan.

## Actuele ontwikkelingen

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

### *Landelijk*

Zoals gezegd voert de gemeente de regie over de openbare gezondheidszorg. De *Wet Collectieve Preventieve Volksgezondheid* vormt hiervoor de belangrijkste basis. Veel van de in deze wet beschreven taken worden in opdracht van de gemeente uitgevoerd door de GGD. Een overzicht van de wettelijke taken die de GGD uitvoert is te vinden in de bijlage.

Per 1 januari 2007 is de *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)* in werking getreden. Deze wet decentraliseert verantwoordelijkheden van het Rijk naar de gemeenten op zo'n manier dat een groot deel van gemeentelijke verantwoordelijkheden met een aantal nieuwe taken worden 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, zo mogelijk met hulp van familie, vrienden of bekenden. De negen prestatievelden die zijn omschreven in de WMO (zie bijlage 2) raken veelal aan onderwerpen die ook in het lokale gezondheidsbeleid van belang zijn, vooral op het gebied van bevorderingstaken. De prestatievelden 2 (*Preventieve ondersteuning jeugd*) en 8 (*Openbare Geestelijke Gezondheidszorg -OGGZ*) zijn hier goede voorbeelden van. In de bijlage wordt de relatie tussen de WCPV en de WMO nader beschreven.

De gemeente is verantwoordelijk voor de regie over de jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19-jarigen. In de *Wet op de Jeugdzorg* (per 1 januari 2005) zijn vijf gemeentelijke taken geformuleerd. Dit zijn:

- de advisering en ondersteuning van opvoeders;
- de vroegtijdige signalering;
- het toeleiden naar jeugdzorg;
- het aanbieden van licht pedagogische begeleiding;
- het coördineren van de zorg.

Gemeenten hebben veel vrijheid om het lokale jeugdbeleid zelf in te vullen, zodat ze rekening kunnen houden met de specifieke lokale situatie. Jeugdgezondheidszorg is onderdeel van de jeugdzorg en richt zich met name op preventie en signalering (zie ook het volgende hoofdstuk). Zo is er nu een minister voor Jeugd en Gezin die vele plannen ontwikkelt die deels door gemeenten zullen worden uitgevoerd.

In 'Kiezen voor gezond leven' benoemt *het ministerie van VWS* vijf speerpunten als richtlijn voor de prioriteiten in gemeentelijk gezondheidsbeleid, namelijk roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Aan deze speerpunten heeft het ministerie doelen gekoppeld. De Inspectie Volksgezondheid toetst de effectiviteit van het gemeentelijke gezondheidsbeleid en richt zich daarbij vooral op deze landelijke speerpunten.

### *Provinciaal en Regionaal*

Parallel aan deze nota hebben wij het Wmo-beleidsplan 2008-2011 ontwikkeld. Het kernthema van dit beleidsplan is *participatie*. Maatschappelijke ondersteuning is daarvoor een belangrijk instrument, maar ook de mate van (beleefde) gezondheid speelt een rol bij het deelnemen aan maatschappelijke en sociale interactie. Tot onze speerpunten behoren leefbare en toegankelijke dorpen, goede (zorg)-voorzieningen en investeren in de jeugd, onder meer in de vorm van opvoedingsondersteuning. Binnen het speerpunt 'versterken civil society' willen we onder meer de mantelzorg bevorderen.

Een ander relevant beleidsveld is dat van het Integraal Jeugdbeleid, waarover wij recent een nota hebben uitgebracht. Hoewel gezondheid niet als hoofdthema in deze nota terugkeert hebben veel van de daarin aangekondigde maatregelen hun (indirecte) effect op de gezondheidstoestand. Daarbij valt te denken aan bijvoorbeeld de Centra voor Jeugd&Gezin, alcoholproblematiek en het BOS-project.



## **Bijzondere beleidsdomeinen**

Als gemeente hebben we voor twee beleidsterreinen een bijzondere verantwoordelijkheid: de openbare geestelijke gezondheidszorg (WMO-prestatieveld 8) en de jeugdgezondheidszorg. Daarnaast is er veel potentie om op het tot nu toe onderbelichte beleidsterrein milieugezondheid gezondheidswinst te behalen. Ook op deze drie terreinen volgen de ontwikkelingen elkaar op en willen we meer bereiken. Voordat we in het volgende hoofdstuk de thematische speerpunten benoemen en uitwerken, beschrijven we hieronder voor deze beleidsterreinen onze visie.

### ***Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz)***

In toenemende mate worden wij geconfronteerd met maatschappelijke overlast, veroorzaakt door inwoners met vaak meervoudige psychische en sociale problematiek. Deze burgers kennen problemen op diverse terreinen: gezondheid, inkomen, dagbesteding, relaties etc. Vaak is er sprake van armoedeproblematiek, zelfverwaarlozing en huisvervuiling. Zorgelijk is dat zij geen hulp vragen of aanvaarden, terwijl medeburgers zich zorgen maken en aan de bel trekken, bij hulpverleningsorganisaties of bij de gemeente.

Tegelijkertijd zien we een toename van de multi-problemegezinnen, met een combinatie van schulden, huiselijk geweld, opvoedingsonmacht, verwaarlozing, overlast door kinderen en andere problematiek. Zulke situaties zijn vaak langdurend en alleen met een forse gezamenlijke inspanning van alle betrokken partijen te verhelpen. En tenslotte is er een categorie burgers waarmee het niet goed gaat, maar die we niet snel te zien krijgen: de stille problematiek achter de voordeur.

Dit is het domein van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, de OGGz. Wij hebben als gemeente daarbij de volgende taken:

- het signaleren en bestrijden van risicofactoren;
- het begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen;
- het fungeren als meldpunt voor signalen van crisis (of dreiging);
- het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de OGGz-uitvoering.

Bovenstaande taken worden - vanuit verschillende invalshoeken - door een aantal organisaties zoals de GGZ, de GGD, de politie en het Maatschappelijk Werk uitgevoerd.

De gemeente Groningen heeft als centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang en verslavingszorg extra taken en middelen gekregen voor de OGGz-toeleiding. Die middelen zijn ook bestemd voor de burgers van de regiogemeenten. Daarop is beleid ontwikkeld.

De samenwerking op het gebied van de OGGZ is vastgelegd in een provinciaal OGGZ-convenant, dat onlangs werd geëvalueerd. Deze evaluatie heeft een aantal heldere aanbevelingen opgeleverd voor ons gemeentelijk gezondheidsbeleid, o.m. met betrekking tot samenwerking, vroegsignalering en deskundigheidsbevordering.

### ***Wat willen we bereiken?***

We willen de samenwerking met de centrumgemeente en de overige gemeenten versterken, in het bijzonder in het eigen regiogebied. We streven er naar dat instellingen op een dusdanige schaalomvang georganiseerd zijn dat medewerkers en sleutelfiguren elkaar kennen.

We willen de vroegsignalering bevorderen, onder meer door de meldpunten te versterken en hun bekendheid groter te maken. We gaan meer inzetten op preventie en op kansen, en gaan daarvoor na wat daarvoor nodig is op het gebied van toerusting, overlegstructuren en deskundigheidsbevordering. Uiteindelijk moet dit ertoe leiden dat burgers minder snel in de problemen komen, de problemen eerder in beeld zijn en hulpverlening sneller wordt geboden.

### **Mike**

*De zestienjarige Mike is weggelopen van huis, en wil geen contact meer met zijn ouders. Hij slaapt soms bij vrienden, soms ook buiten, en gaat niet naar school. Hij hangt met andere jongeren wat rond bij het winkelcentrum, waar ze veel overlast veroorzaken. Winkeliers klagen bij de politie dat het zo niet langer kan. Mike vindt dat eigenlijk ook wel, maar weet niet wat hij anders moet.*

*Op een dag raakt Mike betrokken bij een vechtpartij met een paar buurtbewoners. De burgemeester vindt het nu ook welletjes, en vraagt de wijkagent iets te doen. Deze bespreekt de overlast in het buurtnetwerk, waar ook de leerplichtambtenaar aanschuift. En die heeft inmiddels van school gehoord dat Mike, één van de hangjongeren, al een tijdje niet op school is gesignaleerd. Samen met de OGGz-coördinator van de GGD wordt besproken hoe Mike geholpen kan worden.*

*Een jaar later gaat het een heel stuk beter met Mike: hij woont nu zelfstandig en volgt een werk/leertraject in de bouw. Zijn ouders kunnen weer trots op hem zijn...*

### **Wat gaan we doen?**

Bij uitstek op het domein van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg manifesteren zich de voordelen van de kleinschalige samenleving in onze dorpen. Door de hechte sociale infrastructuur zijn de lijnen tussen hulpverleners onderling, en tussen gemeente en hulpverlening immers kort. In praktijk kent de gemeente Ten Boer dan ook al een vorm van een ‘OGGz-netwerk’ zoals dat op veel andere plaatsen in de provincie momenteel opgebouwd wordt. Ook hebben wij reeds met de woningcorporaties duidelijke afspraken gemaakt over (signalering van) OGGz-gerelateerde problematiek. Wij voelen daarom geen noodzaak om hierin meer te investeren dan het optimaliseren van de bestaande contacten. Een uitzondering betreft de relatie met de provinciaal werkende instellingen Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en Lentis (GGz). Met deze instellingen willen wij in overleg treden om ‘eigen’ contactpersonen te krijgen, die goed op de hoogte zijn van de lokale situatie. Ons uitgangspunt daarbij is dat bij geconstateerde problematiek zo snel mogelijk wordt ingegrepen, en betrokken burgers niet onnodig worden ‘vastgehouden’ in ontoereikende hulpverleningssettings. In het kader van de (ambtelijke) samenwerking met de gemeente Groningen willen wij onderzoeken in hoeverre de aansluiting bij de gebiedsgerichte aanpak daar voor ons voordelen biedt. Mogelijk kan Ten Boer in dat geval vanuit 1 van de 5 gebiedsgerichte stedelijke OGGz-teams bediend worden.

### **Jeugdgezondheidszorg**

Als stelregel wordt er meestal gehanteerd dat het landelijk gezien met 85 % van de kinderen goed gaat, over 15 % van de kinderen bestaan zorgen en over 5 % zelfs grote zorgen. In de afgelopen jaren is er zowel landelijk, provinciaal als lokaal veel op gang gekomen op het gebied van het jeugdbeleid. Geconstateerd werd dat jeugdhulpverleners in dergelijke ernstige situaties langs elkaar heen werken, en dat de zorg niet dáár komt waar die het meest nodig is. De wetgeving is bijgesteld (WCPV, Wet op de jeugdzorg). De regie voor het lokale jeugdbeleid (de 5 gemeentelijke functies in het kader van de Wet op de Jeugdzorg) is overgeheveld naar de gemeenten en het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg werd vastgesteld. De Operatie Jong heeft landelijk een aantal ontwikkelingen gestimuleerd zoals het wegwerken van wachtlijsten bij Bureau Jeugdzorg, het Elektronisch Kind Dossier, de Verwijsindex risicjongeren, de Zorg Advies Teams en de Centra voor Jeugd en Gezin. Provincies hebben vanuit de Wet op de Jeugdzorg de taak de gemeenten te ondersteunen bij de aansluiting van het lokale jeugdbeleid op de jeugdhulpverlening.

De gemeente is nu als regisseur verantwoordelijk voor het lokale jeugdbeleid door:

- de advisering en ondersteuning van opvoeders;
- de vroegtijdige signalering;
- het toeleiden naar jeugdzorg;
- het aanbieden van licht pedagogische begeleiding;
- het coördineren van de zorg.

Wij als gemeente hebben tot taak om met de lokale samenwerkingspartners: GGD, Stichting JGZ, algemeen maatschappelijk werk, Schoolbegeleidingsdienst, Bureau jeugdzorg en GGZ jeugd een sluitende Jeugdzorgketen te vormen, inclusief opvoedingsondersteuning aan ouders. Het kabinet heeft middelen vrijgemaakt om gemeenten te ondersteunen deze zaken lokaal of regionaal te implementeren.

### *Wat willen we bereiken?*

Als gemeente zijn wij nu aan zet om de rol als regisseur waar te maken en een eigen jeugdbeleid met een sluitende jeugdzorgketen te ontwikkelen en te implementeren. Wij willen dit doen samen met de belangrijkste samenwerkingspartners in de jeugdzorgketen; de GGD, de Stichting JGZ, het maatschappelijk werk en de Schoolbegeleidingsdienst. Wij maken daarbij gebruik van landelijk ontwikkelde en aangereikte zaken, en maken met hulp van de GGD inzichtelijk wat er is en wat er ontbreekt door de samenwerkingspartners te vragen welke producten tegen welke kosten door de partners (kunnen) worden geleverd.

#### ***Klaske***

*Rob, de leerkracht van groep 4, had Klaske er over verteld: volgens hem ging het niet goed met Marieke. Ze was zo anders, de laatste tijd, ze kon zich slecht concentreren en reageerde soms zo raar... Genoeg signaal voor Klaske, de jeugdverpleegkundige van de school. Ze nodigt Marieke en haar ouders uit voor een gesprek op school. Marieke verschijnt met haar vader, haar moeder heeft hoofdpijn. De antwoorden van de vader en de nonverbale signalen van Marieke vertellen Klaske wat ze al vermoedde: hier is sprake van kindermishandeling. Als ze vader hierop voorzichtig aanspreekt ontsteekt hij in woede.*

*Met Rob en haar collega Stef bespreekt Klaske wat hier de beste aanpak is. Besloten wordt om een melding te doen bij het AMK, het algemeen meldpunt kindermishandeling. Een half jaar later wordt Klaske geïnformeerd over de stand van zaken: het gezin zit nu, nadat er eerst veel moeite moest worden gedaan om de situatie bespreekbaar te maken in een hulptraject. Licht Pedagogische Hulpverlening, want het blijkt dat de ouders het opvoeden nog moesten leren.*

*En Marieke? Die is alweer een stuk vrolijker...*

### *Wat gaan we doen?*

Met ons integraal jeugdbeleid willen wij ook de gezondheid van onze jeugd bevorderen. Immers, een gezonde leefomgeving, een stabiele opvoedingssituatie en voldoende ontwikkelingsmogelijkheden zijn hiervoor medebepalend. In onze nota Integraal Jeugdbeleid hebben wij daarvoor onder meer de oprichting van een Centrum voor Jeugd en Gezin aangekondigd, waar opvoedingsondersteuning een belangrijk thema zal vormen.

Behalve *bevorderen* willen wij ook *beschermen*. Dat betekent dat wij gezondheidsproblemen tijdig willen signaleren en oppakken. Wij willen er zorg voor dragen dat het Elektronisch Kind Dossier (EKD) en de verwijzindex voor risicjongeren worden geïntroduceerd bij alle samenwerkingspartners en een centrale plaats krijgen in de sluitende jeugdzorgketen. Wij willen verder voor de 0-12 jarigen het buurtnetwerk. Voor wat betreft de groep 12+ willen we de bestaande gemeentelijke werkgroep Jeugd en Veiligheid versterken met bijvoorbeeld de coördinator Zorgafstemming Risicjongeren of de OGGz-contactpersoon.

Naast deze maatregelen in de infrastructuur van de jeugd(gezondheids)zorg richten wij een belangrijk deel van onze inhoudelijke speerpunten op onze jeugd. Thema's daarbij zijn roken en alcoholmisbruik, overgewicht door slechte voeding en gebrek aan beweging, en pesten (zie uitvoeringsprogramma).

### ***Milieu en gezondheid***

Luchtverontreiniging, geluid, binnenmilieu, UMTS en GSM, stank en bodemverontreiniging: allemaal milieufactoren die gezondheidsrisico's met zich mee kunnen brengen. Zij leiden tot ongerustheid, hinder en ziekte.

Blootstelling aan geluid bijvoorbeeld kan hinder en slaapverstoring veroorzaken. Dit geldt zowel voor stedelingen als plattelandsbewoners. Indirect kan geluid -door stress- leiden tot een verhoogde bloeddruk en hart- en vaatziekten. Lawaai is in alle Groninger gemeenten een belangrijke bron van hinder, omdat bijna de helft van de inwoners (enige-ernstige) hinder ervaart van 1 of meer geluidsbronnen. Bij lawaaihinder gaat het vooral om gemotoriseerd verkeer in woonwijken, brommers en scooters en burengerucht.

Ook ongerustheid kan leiden tot gezondheidsklachten, zoals hoofdpijn, hoge bloeddruk en concentratiestoornissen. Communicatie over mogelijke milieu-gezondheidsrisico's kan onnodige ongerustheid relativeren. Bij het onderwerp milieu valt de meeste gezondheidswinst te behalen op beleidsterreinen buiten het volksgezondheidsbeleid. Denk hierbij aan ruimtelijke plannen, verkeer en milieuthema's als geluid en luchtverontreiniging. Alleen rekening houden met wettelijke normen beschermt de gezondheid niet in de volle breedte.

### ***Wat willen we bereiken?***

We willen de factor 'gezondheid' een meer nadrukkelijke rol laten spelen in ons milieubeleid en de ruimtelijke ontwikkeling. Daarbij gaat gezondheid een rol spelen in een vroeg stadium van planvorming. We zoeken naar samenhang met actuele beleidsthema's zoals leefomgeving en duurzaamheid. Om burgers te informeren zullen we milieugegevens omvormen tot gezondheidsinformatie en deze voor hen beschikbaar stellen.

### ***Wat gaan we doen?***

Bij planvorming voor nieuwbouw nemen we het thema gezondheid in een vroegtijdig stadium mee om een gezondheidkundige afweging mogelijk te maken. Hiervoor staan diverse instrumenten tot onze beschikking, zoals de Gezondheidseffect-screening (GES) en Strategische milieubeoordeling (SMB). Om te voldoen aan het verdrag van Aarhus verstrekken we actief informatie bij geconstateerde of te verwachten ongerustheid over milieugezondheidsrisico's.

Verder stimuleren wij dat bij nieuwbouw of renovatie standaard een Programma van Eisen gehanteerd wordt, dat is gebaseerd op het concept 'Gezondere Woning' van BAM/Senter Novem.

## **Doelen en uitvoeringsprogramma**

In de komende hoofdstukken beschrijven we de speerpunten en doelstellingen waar de gemeente de komende vier jaar aandacht aan wil besteden. Naast de in het vorige hoofdstuk benoemde beleidsterreinen zijn er namelijk ook specifieke gezondheidsproblemen en/of -risico's die we willen beperken. Deze hebben we in het eerste hoofdstuk al kort beschreven. Naast de speerpunten van VWS (zie hoofdstuk actuele ontwikkelingen), zijn op grond van de gezondheidsenquête 2006 nog andere speerpunten benoemd, namelijk binnenmilieu, veilig vrijen en eenzaamheid. Hierna diepen we alle thema's verder uit en geven we aan wat we als gemeente gaan doen.

Er is steeds meer aandacht voor effectiviteit van gezondheidsbevordering. Veel landelijke instituten zijn bezig om in kaart te brengen wat effectieve en/of veelbelovende interventies zijn. Bij het kiezen van de gemeentelijke activiteiten op het gebied van gezondheid houden we rekening met deze zogenoemde 'evidence-based' (d.w.z. de effectiviteit is wetenschappelijk bewezen) en 'best-practice' voorbeelden.

Als gemeente kiezen we zoveel mogelijk voor effectieve en veelbelovende interventies en anders voor interventies waarvan redelijkerwijs te verwachten valt dat ze -op termijn- de gewenste invloed zullen hebben.

## ***Speerpunt Roken en Alcoholgebruik***

Preventie van roken (dus het *niet beginnen* met roken) is één van de onderwerpen waaraan gemeenten volgens het ministerie van VWS aandacht moeten besteden. Want preventie is van belang om de grootste gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten en kanker, in de toekomst te voorkomen. Gemeenten kunnen landelijke maatregelen voor tabakspreventie ondersteunen door eigen beleid te ontwikkelen waarbij verschillende groepen binnen de gemeenten zijn betrokken. Alcoholgebruik brengt veel gezondheidsrisico's en maatschappelijke problemen met zich mee. Onderzoek toont aan dat de Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Een ontwikkeling waar wij ons binnen de gemeente Ten Boer zorgen over maken.

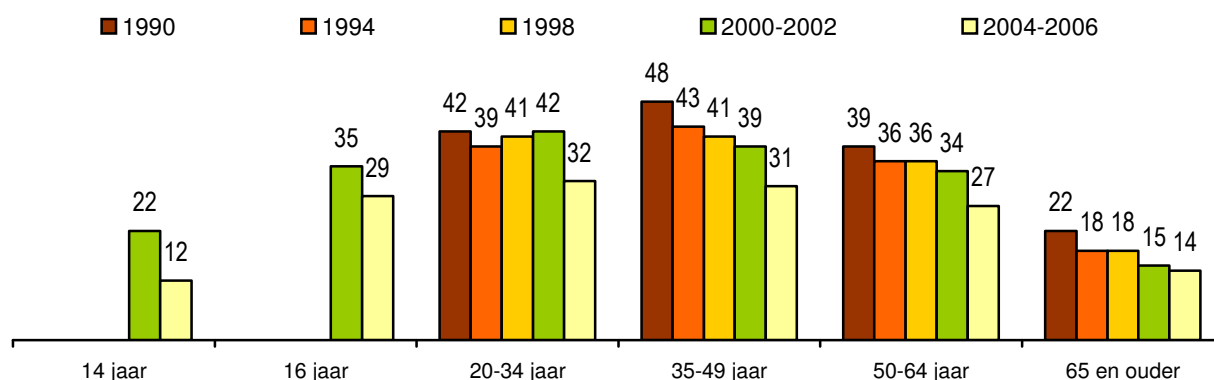
### ***De omvang van de problemen***

*Roken veroorzaakt veel vroegtijdige sterfte en heeft daarnaast een nadelige invloed op de kwaliteit van leven. Roken is verantwoordelijk voor ongeveer een derde van de totale kankersterfte, voor 30% van de sterfte door een hartinfarct en 14% van de sterfte door een beroerte. Verder verhoogt roken het risico op astma, chronische longziekte (COPD) en oogziekten. Vergeleken met andere leefstijlfactoren is voor roken de bijdrage aan de totale ziektelast hoog. Door passief roken (blootstelling aan omgevingstabaksrook) neemt het risico op longkanker bij personen in de omgeving met circa 20% toe. Daarnaast is meerroken ook nog verantwoordelijk voor veel gevallen van hart- en vaatziekten en ook luchtwegaandoeningen bij kinderen. Ruim een kwart van de volwassen Groninger bevolking (27%) rookt. Het percentage rokers in de provincie Groningen lag altijd boven het landelijk gemiddelde, maar in 2006 is het percentage rokers vergelijkbaar met het landelijk referentiecijfer (Stivoro over het jaar 2005). Onder jongeren roken beduidend meer meisjes dan jongens en meer VMBO-leerlingen dan leerlingen van VWO.*

#### ***Denise***

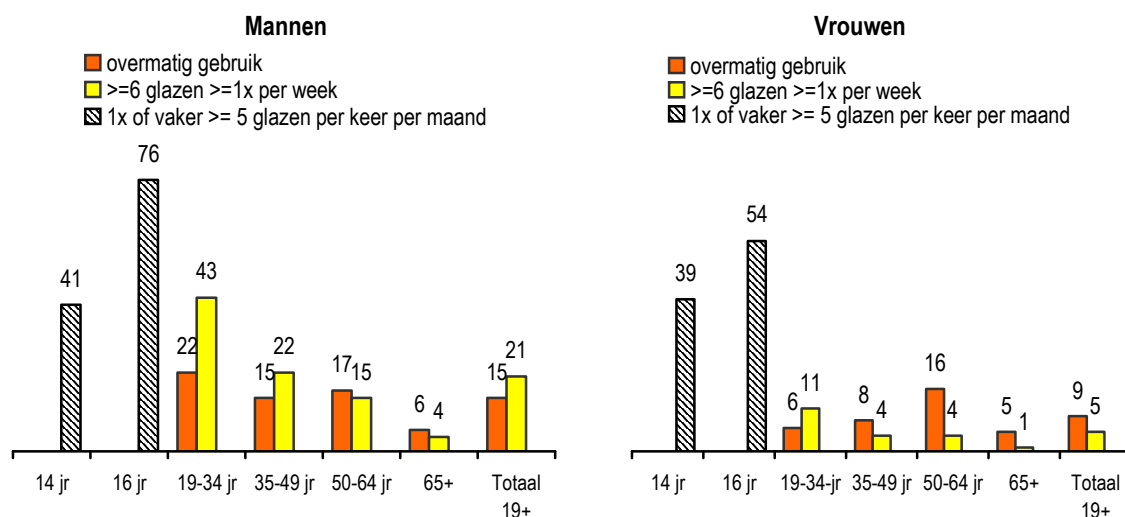
*Thuis bij de veertienjarige Denise wordt niet gerookt. Ze mag op haar 18<sup>de</sup> op kosten van haar ouders haar rijbewijs halen als ze tot die tijd rookvrij blijft. Dat lijkt Denise geen probleem! Op een dag vinden haar vriendinnen uit VMBO-3C dat ze ook maar eens een sigaret moet proberen. 'Doe effe normaal hé, je gaat er toch niet dood aan! Het is hartstikke lekker na je eerste!'. Omdat ze niet af wil gaan accepteert ze de aangestoken sigaret. Ze stikt er bijna in, maar thuis vertelt ze niets. Een maand en al heel wat sigaretten later moet klas 3C een werkstuk maken over verslaving. Ze zoekt in de openbare bibliotheek van haar dorp naar informatie om daarover wat meer te weten te komen, en schrikt zich rot als ze daar leest dat roken zo ongeveer de ergste verslaving is...*

Figuur 1. Trend roken naar leeftijd (provincie Groningen) in de periode 1990-2006 (%)



*Alcohol* - niets is zo algemeen maatschappelijk geaccepteerd als de consumptie van het genotmiddel alcohol. Uit gezondheidsoogpunt is daar op zich weinig bezwaar tegen, mits met mate genuttigd. En juist daar ontstaan de problemen. Alcoholafhankelijkheid behoort tot de top 10 van gezondheidsproblemen. In de provincie Groningen is 43 % van de mannen tussen de 19 en 34 jaar te typeren als zware drinker. Onder jongeren is het beeld in de provincie Groningen niet anders dan in de rest van Nederland. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging. Ouders zijn steeds gemakkelijker geworden over het drankgebruik van hun kinderen. Zij kennen de schadelijke gevolgen van alcohol meestal niet, en weten vaak niet goed hoe zij in de opvoeding met alcoholgebruik van hun kinderen moeten omgaan.

Figuur 3. Overmatig alcoholgebruik in 2006 naar leeftijd en geslacht provincie Groningen (%)



### Doelstellingen en doelgroep

De landelijke doelstelling op het gebied van roken is dat in 2010 nog maar 20% van de Nederlandse volwassen bevolking rookt. In Ten Boer willen we proberen dit streefpercentage te halen, maar vooral richten we ons op het voorkomen dat jongeren gaan roken en dat niet-rokers ongewild (passief) meeroken

Wat alcohol betreft wil het kabinet dat jongeren onder de 16 niet drinken, en jongeren boven deze leeftijd en volwassenen verantwoord met alcohol omgaan. Ons lokaal beleid zal hier bij aansluiten. We willen de komende vier jaar dat alle jongeren van 12 – 16 jaar worden bereikt met voorlichting (en dan met name VMBO-leerlingen) en dat de alcoholconsumptie onder 16 jaar fors wordt teruggedrongen. Wij willen alcoholmisbruik onder (jong)volwassenen met kracht aanpakken.

### **Mark en zijn vrienden**

*Even buiten het dorp staat de oude caravan van de ouders van Mark. Een groepje jongeren, vrienden en vriendinnen van Mark komt hier elke zaterdagavond bij elkaar. Er wordt gepraat, geflirt, muziek gemaakt en veel alcohol gedronken. Zoveel, dat de meesten aan het eind van de avond behoorlijk aangeschoten of zelfs behoorlijk dronken zijn. Dan doen ze wel eens dingen waar ze achteraf spijt van krijgen – zoal die keer dat ze dat bushokje te grazen namen, ‘voor de gein’. En ja, dat werd dus dokken!*

*Op een dag belandt één van hen, Klaas-Jan, met een alcoholvergiftiging in het ziekenhuis. De ouders van Marks’s vriendin Maaïke schrikken hier zo van dat ze een instelling voor verslavingszorg bellen. ‘Of daar nou niets aan gedaan kan worden’. Daar doen ze goed aan, want in overleg met de school, het jongerenwerk en de gemeente ligt er een paar maanden later een plan voor een preventieproject op school...*

### *Wat gaan we doen?*

Niets is zo lastig als veranderen van leefstijl en daarbij behorend gedrag. Dat geldt in het bijzonder voor de gewenning aan genotmiddelen zoals tabak en alcohol. Voor een succesvolle aanpak is een integrale benadering geboden: voorlichting, regulering en beperking van de schade.

Het voorkomen van roken en onverstandig alcoholgebruik zal vooral via voorlichting en bestaande preventieprogramma’s plaatsvinden. In deze programma’s wordt er ook aandacht besteed aan de risico’s van drugsgebruik. Wij willen daarom het succesvolle programma ‘Ik wait wat ik dou’ op basisscholen (groep 7/8; vlak voor overgang naar VO) continueren. Omdat de verantwoordelijkheid voor (toekomstig) middelengebruik primair bij de ouders ligt willen wij hen daarin ondersteunen. Wij zullen daarom een ouderpraatgroep in het leven roepen om ervaringen te kunnen delen en elkaar te helpen. Dit is ook in overeenstemming met de uitkomsten van de thema-avond op 29 november 2007. Ook overwegen wij een opvoedspreekuur te organiseren waar ouders terecht kunnen voor advies m.b.t. het alcoholgebruik van hun kind. Verder willen wij rondetafelgesprekken tussen jongeren en ouders initiëren om samen te zoeken naar een goede balans tussen het plezier van uitgaan, en de maatschappelijke en persoonlijke risico’s daarvan. Daarbij willen we proberen ook de ‘onwillige’ ouders van jeugdige alcoholmisbruikers te bereiken..

*Regulering* is nodig omdat roken en overmatig drinken van alcohol slechts beperkt kan worden overgelaten aan de eigen verantwoordelijkheid: anderen hebben er namelijk last van of leiden gezondheidsschade. Wat roken betreft verwachten wij veel van de invoering van het rookverbod in de horeca per 1 juli 2008. Wij willen er op toezien dat dit verbod wordt gerespecteerd. Daarnaast willen wij afspraken maken met scholen en andere gelegenheden waar jongeren samenkomen over de mate waarin gelegenheid wordt geboden om ‘buiten’ te roken en tabak is te verkrijgen.

Wat alcohol betreft staan wij een minder vrijblijvende aanpak voor. Hierin zien wij ons gesteund door de recente hoofdlijnenbrief alcoholbeleid van het kabinet waarin de spelregels voor het verstrekken van alcohol fors worden aangescherpt. Vooruitlopend op de aangekondigde ruimere bevoegdheden voor de gemeente willen wij toezien op de handhaving verkoop alcohol aan jongeren onder de 16 in winkels en horecagelegenheden, en het alcoholgebruik openbare ruimte zoveel mogelijk inperken. Daarnaast willen wij het alcoholgebruik in sportkantines ontmoedigen en hierover afspraken maken met de beheerders.

*Beperking van de schade* betreft tenslotte vooral het overmatig alcoholgebruik. Via dorpshuizen en jongerenclubs willen we jongeren – onder meer via het toesturen van ‘gedragsregels’- doordringen van de risico’s van –overmatig– alcoholgebruik, ook in combinatie met verkeersveiligheid. Als het moet willen wij de politie verzoeken na een alcohol-gerelateerd incident waarbij een jongere betrokken is een huisbezoek af te leggen om zo de ouders te stimuleren om verantwoordelijkheid te nemen.



## Speerpunt Overgewicht

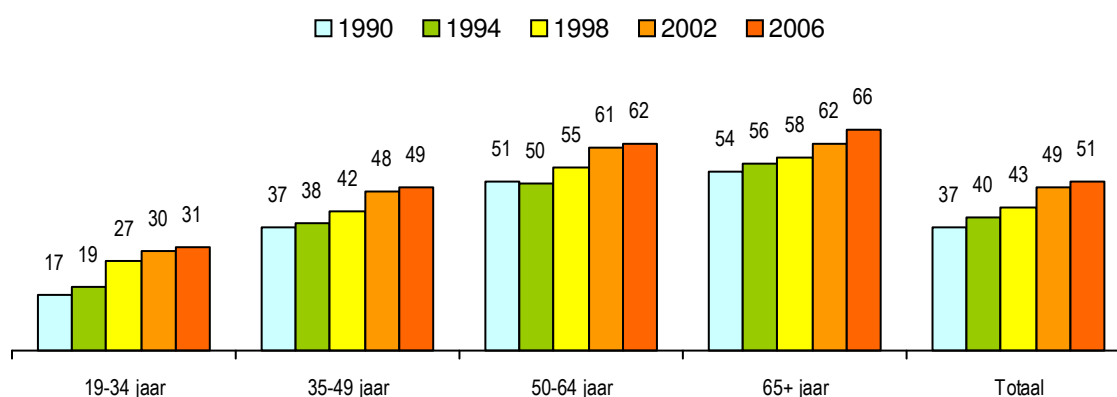
Overgewicht is een prioriteit in de nieuwe gezondheidsnota van de rijksoverheid, waaraan ook gemeenten veel aandacht dienen te schenken. Mensen met overgewicht hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

### De omvang van het probleem

Er zijn verschillende oorzaken te noemen voor het ontstaan van overgewicht. De belangrijkste is een disbalans tussen energie-inname (voeding) en energieverbruik (lichamelijke activiteit). Een kleine positieve energiebalans leidt over langere perioden al tot grote veranderingen in lichaamsgewicht. Overgewicht en in het bijzonder ernstig overgewicht, ook wel vetzucht of obesitas genoemd, hangen samen met chronische aandoeningen zoals *diabetes mellitus* type 2 (in de volksmond 'suikerziekte'), hart- en vaatziekten, aandoeningen van de galblaas, aandoeningen van het bewegingsapparaat en verschillende vormen van kanker. Daarnaast houdt overgewicht verband met een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven. De gemeente Ten Boer gaat dan ook de komende vier jaar als een van de speerpunten aandacht besteden aan het terugdringen van overgewicht.

Op bevolkingsniveau heeft in 2006 51% van de Groningers overgewicht. Vanaf 1990 betekent dat een toename van bijna 1% per jaar (figuur 2).

Figuur 2 Trend in overgewicht bij volwassenen in de provincie Groningen 1990-2006



### Doelstellingen en doelgroep

Preventie van overgewicht in de gemeente Ten Boer richt zich zowel op het voorkómen van het ontstaan van overgewicht als op het voorkómen dat mensen die al overgewicht hebben verder toenemen in gewicht.

Een effectieve aanpak van overgewicht richt zich niet alleen op voorlichting over gezond eten en voldoende beweging. Ook kan de fysieke en sociale omgeving zo worden ingericht, dat die uitnodigt tot bewegen en een gezond voedingspatroon stimuleert. Dit betekent het beïnvloeden van verschillende 'settings': thuis, op school, op het werk en in de wijk.

De gemeente Ten Boer heeft de volgende doelstelling voor de aanpak van overgewicht:

- het percentage volwassenen met overgewicht moet minimaal gelijk blijven;
- het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.

Overgewicht is een probleem van de gehele bevolking. We onderscheiden hier de belangrijkste leeftijdsgroepen, namelijk de 0-4 jarigen, 4-12 jarigen, 12-19 jarigen, volwassenen en 50+-ers. De jeugd en mensen met een laag inkomen en/of lage opleiding krijgen speciale aandacht.

### ***Tommie***

*Al in het overdrachtdossier van het Consultatiebureau stond het: Tommie is wel erg stevig voor zijn leeftijd. Maar bij het eerste contactmoment van jeugdverpleegkundige Ina op de basisschool – Tommie was toen bijna zes – noteerde haar assistente al in plaats van ‘stevig’ een Queteletindex van ruim 29, zeg maar ‘dik’. In een gesprek met de moeder kaart Ina het overgewicht van Tommie aan. Moeder zegt dat er toch niets aan te doen is: ‘het zit nu eenmaal in de familie, mijn pa woog toen hij stierf op z’n 58<sup>ste</sup> meer dan 110 kilo’. Ina is het daar niet mee eens, en bespreekt de mogelijkheden om het zover met Tommie niet te laten komen. Behalve een radicale wijziging van het voedingspatroon en een verwijzing naar de huisarts (die later doorverwijst naar een diëtiste) adviseert ze ook om Tommie in beweging te krijgen. Dat lijkt hem wel wat, want hij wou toch al maanden op voetballen...*

### *Wat gaan we doen?*

Het voorkomen van overgewicht begint bij het besef van het belang hiervan. Voorlichting is daarom een onmisbare schakel bij de aanpak. Als de intentie om wat te doen aan overgewicht (of liever: dit te voorkomen) aanwezig is moeten de mogelijkheden om dit om te zetten in handelen natuurlijk wel aanwezig zijn. En omgekeerd moet de verleiding om terug te vallen in ongezond gedrag niet groot zijn! Onze aanpak stoelt dan ook op drie sporen: voorlichting, stimulering en bescherming (tegen verleidingen).

*Voorlichting* gebeurt grotendeels via de algemene kanalen (krant, televisie, landelijke campagnes). Deze benadering wordt ondersteund door individuele voorlichting op consultatiebureaus, door huisartsen en in de contacten van de leerlingen en hun ouders met de jeugdverpleegkundige van de GGD. Op scholen wordt in de bestaande lespakketten aandacht besteed aan het belang van goede voeding. Wij zullen de betrokken partijen vragen om binnen de bestaande pakketten extra aandacht te besteden aan het voorkomen van overgewicht. Daarnaast willen we zorg dragen voor ‘eigen’ voorlichting via onze GGD.

### *Stimulering*

In 2007 is het project Buurt Onderwijs Sport (BOS) gestart. In de gezondheidsweken, onderdeel van dit project, wordt o.m. via scholen en op ouderavonden extra aandacht besteed aan gezonde voeding en aan het belang van voldoende beweging. Wij willen onze deelname aan dit project de komende jaren voortzetten. Ook het kennismakingsaanbod voor verschillende sporten in het kader van het BOS-project kan op onze steun rekenen. En uiteraard continueren we het schoolzwemmen. Een succesvol programma., zoals dat elders wordt uitgevoerd in de provincie op het gebied van gezonde voeding is ‘Schoolgruiten’. In dit project wordt het eten van voldoende groente en fruit via de school bevorderd, bijvoorbeeld door een fruit-meeneemdag in te stellen en gratis fruit beschikbaar te stellen. Of dit voor onze gemeente ook haalbaar en uitvoerbaar is, willen wij onderzoeken.

Voor de doelgroep senioren is beweging een ‘must’: niet alleen houdt dit hen fitter, ook heeft het een sociale functie. We gaan de komende jaren dan ook door met het stimuleren van sport onder senioren; de activiteiten die de sportrecreatie voor senioren organiseert vinden zullen wij blijven ondersteunen

Bewegen moet, maar moet ook al plezierig worden ervaren..

### *Bescherming*

Hoewel het voorkomen van overgewicht primair de eigen verantwoordelijkheid is willen we als gemeente de burger wel een steuntje in de rug geven bij zijn of haar goede voornemens. Wij willen daarom maatregelen nemen om het autoverkeer van en naar scholen te verminderen, .

## *Speerpunt Pesten*

### *De omvang van het probleem*

Het psychisch welbevinden is een belangrijk onderdeel van gezondheid. Gepest worden kan een voorstadium zijn van psychische ongezondheid. Gepest worden is een van de belangrijkste voorspeller voor psychosociale problematiek bij kinderen. Drievijfde van de leerlingen (2004) in het basisonderwijs geeft aan in het afgelopen schooljaar wel eens gepest te zijn. In 2004 geeft 18% van de VO-leerlingen aan in de afgelopen drie maanden wel eens gepest te zijn. Van alle leerlingen in het basisonderwijs is 16% het afgelopen schooljaar regelmatig tot vaak gepest tegenover 4% in het voortgezet onderwijs.

### *Doelstelling en doelgroepen*

Gepest worden is een van de belangrijkste voorspellers voor psychosociale problematiek bij kinderen. De gemeente Ten Boer stelt zich ten doel om het pesten op basisscholen tegen te gaan.

Op basis van deze gegevens zal preventie van psychische ongezondheid zich vooral richten op de genoemde voorstadia ervan, dat wil zeggen op pesten onder basisschoolleerlingen en de eerste klassen van het voortgezet onderwijs. Daarnaast willen we de taboes rond psychosociale problemen doorbreken. De gemeente Ten Boer heeft de volgende doelstellingen voor de aanpak:

- minimaal 50% van de doelgroep wordt bereikt met voorlichting;
- inzetten op vroegsignalering door deskundigheidsbevordering;
- bij 30% van de mensen met depressieve klachten worden deze klachten ook daadwerkelijk gesignaleerd en deze mensen krijgen een advies;
- minimaal 20% heeft gebruik gemaakt van preventieve ondersteuning of programma's gericht op geestelijke gezondheidsbevordering.

### *Wat gaan we doen?*

Pesten is van alle tijden, maar we kunnen er wel wat aan doen. Naast voorlichting over de (gevolgen van) pesten is het vooral van belang dat pesten een structureel aandachtspunt vormt en betrokkenen weten hoe het te voorkomen of er op te reageren – deskundig zijn, dus.

### *Structureel aandachtspunt*

Voor een effectieve aanpak van het pestprobleem moet dit als belangrijk thema worden erkend. Wij zullen daarom naar om in deze planperiode het al eerder geïntroduceerde pestprotocol op alle basisscholen in onze gemeente actualiseren en toezien op een goede implementatie en toepassing daarvan. Ook willen we bevorderen dat elke school een contactpersoon pesten kent, en onze leerlingen die een (VO) school in een naburige gemeente bezoeken ook kunnen rekenen op steun als dat gewenst wordt.

### *Deskundigheid*

Naast erkenning van het probleem is ook de herkenning van pestgedrag en pestsituaties essentieel. We willen daarom onderwijsgevend en andere intermediairen (zoals bijvoorbeeld sportinstructeurs) trainen in het vroegtijdig signaleren en herkennen van (voor)stadia van pestgedrag. Daarnaast willen wij hen qua kennis en deskundigheid beter toerusten op het aanpakken van pestsituaties. We zullen deze intermediairen een aanbod doen via onze lokale educatieve agenda.

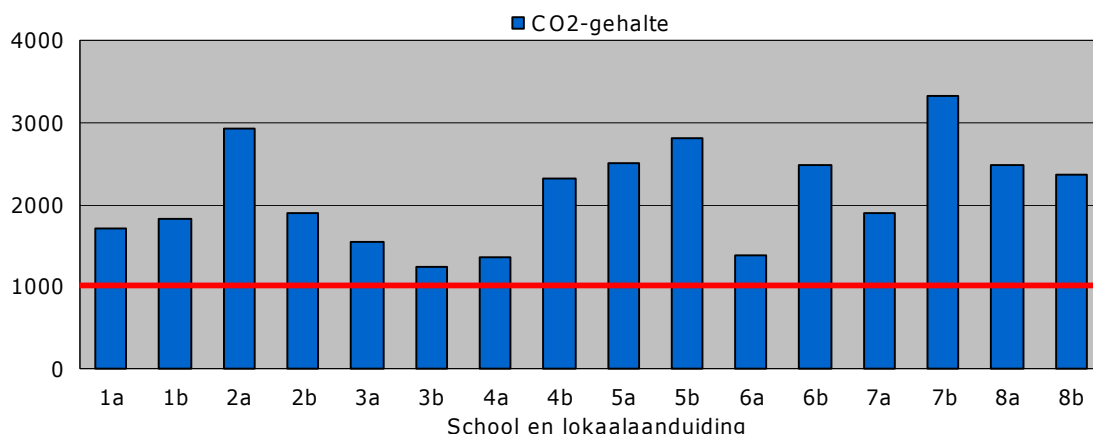
## Speerpunt Binnenmilieu

De laatste jaren komt er steeds meer aandacht voor de invloed van het binnenmilieu op de gezondheid. De meeste mensen brengen gemiddeld niet meer dan 30 % van hun tijd buiten de deur door. De rest van de tijd zijn ze binnen. Dat lijkt comfortabel en gezond maar toch is er een probleem. De binnenlucht is met name in goed geïsoleerde woningen en gebouwen flink verontreinigd.

### De omvang van het probleem

De binnenlucht is doorgaans meer verontreinigd dan de buitenlucht. Een slecht binnenmilieu in woningen kan hoofdpijn, vermoeidheid en irritatie van ogen, neus en keel veroorzaken. Ook kan het op langere termijn leiden tot een allergie, astma, beroerte, hartinfarct, infectie of longkanker. Verontreinigde binnenlucht wordt vaak onvoldoende afgevoerd, omdat woningen moeten voldoen aan de norm voor energiezuinigheid en goed geïsoleerd zijn. De ventilatie schiet over het algemeen tekort. Het binnenmilieu in scholen is vaak ongunstig als gevolg van -de beperkingen van het gebouw en door het gebruik, zoals onvoldoende ventileren. Dit leidt tot meer ziekte en verminderde leerprestaties. Ook het binnenmilieu in kinderdagverblijven is vaak ziekmakend. Net als in scholen is de lucht in kinderdagverblijven vaak bij zonschijn te warm.

Figuur 7: CO<sub>2</sub>-gehalte, als ventilatiemaat, op 8 scholen in relatie tot adviesnorm (rode lijn), GGD '06.



### Doelstellingen en doelgroep

Het binnenmilieu in scholen is vaak ongunstig als gevolg van -de beperkingen van het gebouw en door het gebruik, zoals onvoldoende ventileren. Dit leidt tot meer ziekte en verminderde leerprestaties. In Ten Boer willen we een gunstig binnenmilieu op scholen. Niets meer en niets minder.

### Wat gaan we doen?

Ons beleid kent wat dit thema betreft twee pijlers: kennis en (mechanische) maatregelen.

*Kennis* willen we 'tussen de oren' krijgen door via het lespakket 'Binnenlucht kom je buiten spelen?' leraren en leerlingen bewust te maken van nut en noodzaak van ventilatie.

*Maatregelen* kunnen we pas nemen als we weten waar het probleem speelt. Daarom willen we alle scholen screenen, voorzover dat nog niet is gebeurd, op binnenmilieuproblemen (o.a. met de CO<sub>2</sub>-meter), en met deze scholen afspraken maken over het oplossen hiervan. Ook zien wij er op toe dat in schoollokalen niet meer kinderen worden geplaatst dan passen bij de in de bouwvergunning vastgelegde ventilatievoorzieningen (lokalen worden nu gebouwd op basis van een gemiddelde klasomvang). Bij nieuwbouw en renovatie van schoolgebouwen wordt een gezond binnenmilieu als criterium meegenomen in het Programma van Eisen. Tenslotte willen we de GGD vragen om schoolverpleegkundigen voor kinderen met astma zondig een saneringadvies op te laten stellen voor thuis en op school.

**Anita**

*Juf Anita werkt sinds een half jaar op basisschool 'Vergeetmijnetje'. De laatste tijd heeft ze steeds mee last van hoofdpijn, na een dag in de klas. Met een aspirientje houdt ze het wel vol, maar ze maakt zich wel zorgen – ze was altijd zo gezond!*

*Op een dag vertelt de moeder van de kleine Marjolein haar dat haar dochter vaak benauwd is. Niet alleen in hun nieuwbouwhuis, maar ook als ze thuis komt van school. En dan herinnert Anita zich een uitzending van Netwerk waarin werd gezegd dat het binnenklimaat in de klas vaak slecht is, en dat daardoor op latere leeftijd ernstige gezondheidsproblemen kunnen ontstaan. Ze bespreekt haar vermoeden in de wekelijkse docentenvergadering, en dan blijkt dat ze niet de enige is met gezondheidsklachten. Als de GGD een paar weken later metingen verricht slaat de CO2-meter ver uit. Op advies van de milieukundige komt er een mechanisch luchtverversingssysteem, en dat helpt onverwacht goed.*

*En die kleine Marjolein... die voelt zich heel wat beter, ook al omdat haar moeder thuis wat vaker het raam op een kiertje open laat staan!*

***En dan nog even dit...***

Hierboven beschreven we wat we willen doen om de gezondheid van onze burgers zo goed mogelijk te bevorderen en te beschermen. Soms is dat niet genoeg en gaat het mis. De laatste jaren worden we steeds meer geconfronteerd met gevallen van acuut hartfalen, bijvoorbeeld op het sportveld. Dan bieden onze investeringen in het voorkomen van ongezondheid geen soelaas, en moet er acuut worden ingegrepen om een leven te redden.

Om deze reden willen wij overgaan tot de plaatsing van minstens één hartdefibrillator (AED) in de directe omgeving van de sporthal en het zwembad, en zo mogelijk een tweede in Woltersum. Wij zullen in overleg treden met de EHBO om hierover samenwerkingsafspraken te maken. Deze kunnen wat ons betreft ook betrekking hebben op de training in het omgaan met deze apparatuur. Want uiteraard dragen wij bij plaatsing ook zorg voor een goede instructie voor degenen die hiermee mogelijk zullen moeten gaan werken

## Uitvoeringsprogramma

Veel mooie woorden, maar wat gaan we nu de komende vier jaar precies doen om onze gezondheidsdoelen te halen? Voor wie doen we het en wanneer zijn we tevreden? Wie zijn onze medespelers? En ook niet onbelangrijk: waar komen de benodigde middelen vandaan? Hieronder beantwoorden we deze vragen in actiepunten per speerpunt.

Domein OGGz: wat gaan we doen?	Voor wie ?	Wanneer tevreden?	Medespelers	Middelen
Optimaliseren bestaande infrastructuur m.b.t. signalering en aanpak OGGz-problematiek	Bevolking algemeen	Infrastructuur voldoet	GGD en andere hulpverleningsinstellingen	regulier
'eigen' contactpersonen bij Lentis en VNN	Bevolking algemeen	Contactpersonen zijn aangewezen	GGD en gemeente	regulier
Onderzoeken van optie aansluiting bij gebiedsgerichte aanpak gemeente Groningen	Bevolking algemeen	Onderzoek is afgerond	Gemeente Ten Boer en gemeente Groningen	regulier

Domein Jeugdgezondheidszorg: wat gaan we doen?	Voor wie ?	Wanneer tevreden?	Medespelers	Middelen
Oprichting Centrum voor Jeugd & Gezin	Kindere n ouders	Plan is gereed en van start	Ouders/opvoeders en alle instellingen die bij jeugd en gezin betrokken zijn	Middelen vanuit rijk
Introductie Elektronisch Kind Dossier en verwijsindex	Profes-sionals	EKD en index zijn gerealiseerd	GGD en andere hulpverleningsinstellinge n	Rijk+ gemeente regulier
Versterking buurtnetwerk 0-12	0-12	Netwerk functioneert ; ieders deskundigheid komt tot z'n recht	Alle deelnemers buurtnetwerk	€ 500,-
Versterking werkgroep Jeugd & Veiligheid	12-19	Werkgroep is aangevuld	Alle deelnemers J & V	€ 500,-

Domein Milieu & gezondheid: Wat gaan we doen?	Voor wie ?	Wanneer tevreden?	Medespelers	Middelen
Toepassing GES en SMB bij planvorming voor nieuwbouw en infrastructurele projecten	Bevolking algemeen	Instrumentarium geïmplementeerd	gemeente	regulier
Invoering milieu-informatiepagina op gemeentelijk website	Bevolking algemeen	Infopagina gerealiseerd	gemeente	regulier

Informatieverstrekking m.b.t. milieu-gezondheidsrisico's	Bevolking algemeen	Informatie verstrekt	gemeente	regulier
PvE gebaseerd op concept 'Gezonde woning' standaard bij nieuwbouw of renovatie	Projectontwikkelaars	PvE is ontwikkeld en wordt toegepast	Gemeente Projectontwikkelaars	regulier

<b>Speerpunt Roken en Alcohol: wat gaan we doen?</b>	<b>Voor wie ?</b>	<b>Wanneer tevreden?</b>	<b>Medespelers</b>	<b>Middelen</b>
Continueren 'K wait wat ik dou' (BO)	10-12 jarigen	Project draait op alle 8 BO-scholen	GGD en de scholen	€ 800.- (materiaal)
Opzetten ouderpraatgroep(en) over pubers	ouders	Praatgroep(en) draaien	Ouders, scholen jongerenwerk,GGD	€ 500,-
Openstellen opvoedspreekuur m.b.t. omgaan met middelen	ouders	Spreekuur draait+ aantal contacten	Ouders, VNN, GGD	€ 1500.-
Organiseren van rondetafelgesprekken ouders/jongeren	Ouders jongeren	Gesprekken hebben resultaat	Ouders, jongeren en jeugdwerk	€ 500,-
Afspraken m.b.t. regulering roken	Bevolking algemeen	Afspraken gemaakt en nagekomen	Horeca, GGD	regulier
Versterking toezicht op handhaving leeftijdsgrens van 16 jaar	Verstrek- kers	Toezicht is sluitend	Horeca, midden- stand, politie en gemeente	Budget politie
Beperking alcoholgebruik in de openbare ruimte	Bevolking algemeen	Aantal overtredingen lager	Politie	Budget politie
Afspraken met beheerders kantines m.b.t. alcoholbeleid	Beheer- ders	Afspraken gemaakt en nagekomen	Dorphanuizen, beheerders sportkantines , gemeente	regulier
Voorlichting risico's alcohol	Dorps- huizen etc.	Voorlichtingen gegeven	Dorphanuizen, VNN ism GGD	regulier
Huisbezoek door politie aan ouders van jongere na alcoholmisbruik	Ouders, jongeren	Huisbezoeken in protocol politie	Politie, ouders, jongeren	regulier

<b>Speerpunt Overgewicht wat gaan we doen?</b>	<b>Voor wie ?</b>	<b>Wanneer tevreden?</b>	<b>Medespelers</b>	<b>Middelen</b>
Voorlichting mbt verantwoord voedingspatroon via consultatiebureau en school	Ouders, 5-12 jarigen	Voorlichting wordt standaard gegeven	GGD, St. Jeugdgezondheidszorg	regulier
continueren BOS-project, incl. aandacht voor thema overgewicht	Kinderen +ouders	Project draait	Kinderen Ouders Huis voor de Sport	Budget BOS
Kennismakingsaanbod diverse sporten i.h.k.v. Bos-project	Kinderen 4-12	Aanbod is gerealiseerd	Kinderen Ouders Huis voor de Sport	Budget BOS
Continueren schoolzwemmen	4-12	Lessen gegeven	scholen	Bestaand budget

Onderzoek haalbaarheid Project Schoolgruiten	4-12	Onderzoek afgerond	Scholen GGD	Regulier; reservering €2000.-
Stimuleren sportbeoefening senioren	senioren	Aantal deelnemers gestegen	Ouderen Stichting sportrecreade	€ 1000,-
Beperking autoverkeer van/naar school	Ouders kinderen	Afname verkeer met 25%		regulier
Herijking vestigingsbeleid verstrekkers ongezonde voeding	Bevolking algemeen	Herijking gerealiseerd		regulier

<b>Speerpunt Pesten: wat gaan we doen?</b>	<b>Voor wie ?</b>	<b>Wanneer tevreden?</b>	<b>Medespelers</b>	<b>Middelen</b>
Pestprotocol op alle scholen voor BO	docenten	Protocol aanwezig	Scholen, GGD	regulier
Contactpersoon pesten op alle scholen	leerlingen	Contactpersoon aangewezen en bekend gemaakt	Scholen GGD	regulier
Training intermediairen op signale-ring van- en omgaan met pestgedrag	Intermediaire	Training(en) gegeven	Scholen GGD	€ 500.-

<b>Speerpunt Binnenmilieu: wat gaan we doen?</b>	<b>Voor wie ?</b>	<b>Wanneer tevreden?</b>	<b>Medespelers</b>	<b>Middelen</b>
Introductie Iespakket 'Binnenlucht' op alle scholen BO	Docenten + leerll.	Pakket draait op alle scholen BO	Scholen, GGD, Astmafonds	Regulier; naar wens aanvul-lende financiering extra activiteiten
Screening scholen BO op binnenmilieuproblematiek+aanpak daarvan	Scholen BO	Alle scholen BO doorgelicht en Plan van Aanpak uitgewerkt	Scholen GGD	regulier
Toezicht op maximale capaciteit schoollokalen i.v.m. ventilatie	Scholen BO	Toezicht structureel geregeld	Scholen GGD	regulier
Binnenmilieu als criterium in Programma van Eisen (PvE) bij nieuw/verbouw scholen	Bouwers	Thema in PvE	Scholen Gemeente bouwers	regulier
Saneringsadvies voor school en huis	Kinderen met astma	Adviezen worden gegeven en hebben effect	Scholen Astmafonds, GGD, Thuiszorg	Maatwerk: kosten per advies

<b>Bijzondere maatregel: Hartdefibrillator</b>	<b>Voor wie ?</b>	<b>Wanneer tevreden?</b>	<b>Medespelers</b>	<b>Middelen</b>
--	-------------------	--------------------------	--------------------	-----------------



Aanschaf 2 hartdefibrillatoren (AED's)	Algemeen publiek	AED's in gebruik	N.v.t.	€4000.- incidenteel
Onderhoud AED's	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€1000.- op jaarbasis
Training in gebruik AED's	Potentiële gebruikers	Training gerealiseerd	Werkmaatschappij Sport&Recreatie	p.m.

## ***Verantwoording en volgen van de uitvoering***

Om meerdere redenen is het een lastige opgave om de effecten van ons gezondheidsbeleid te meten. Enerzijds omdat effecten vaak pas na lange termijn zichtbaar worden – waarbij het nog de vraag is wát daarop van invloed was – maar ook omdat de bijdragen aan een beter gezondheid veelal impliciet zijn verwerkt in andere beleidstrajecten. Om deze reden hebben wij in de voorgaande schema's van het uitvoeringsprogramma veel procesdoelstellingen opgenomen, naast inhoudelijke ijkpunten waar dat mogelijk is.

Belangrijke monitoren zijn de vierjaarlijkse gezondheidsenquête en de eveneens vierjaarlijkse jeugdpeiling van de GGD. Omdat deze rapporten gegevens tot op subregionaal niveau leveren willen wij deze rapporten ter kennis brengen van de raad, voorzien van een eigen beschouwing ter zake van onze beleidsprioriteiten.

Jaarlijks willen wij de globale voortgang van ons gezondheidsbeleid beoordelen binnen het bestek van de jaarrekening. Daartoe stellen wij jaarlijks een stand-van-zaken notitie op. Gewenste bijstelling van het beleid kan dan worden meegenomen in de begroting van het opvolgende jaar. Ook de bestuursrapportage na de zomer kan een indicatie opleveren voor bijsturing.

In 2011 zullen wij tenslotte het gezondheidsbeleid breed evalueren aan de hand van de plannen in het uitvoeringsprogramma, aangevuld met een procesevaluatie. Wij willen onze samenwerkingspartners uiteraard graag hierbij betrekken.

## ***Communicatie***

Na de opiniërende bespreking in de raad wordt deze nota vrijgegeven voor inspraak. De termijn hiervoor is 6 weken, waarbinnen wij graag reacties zien van alle betrokkenen: onze experts, de samenwerkingspartners en (vertegenwoordigers van) burgers. De Wmo-adviesraad wordt uitgenodigd om haar eerste reactie te geven tijdens de opiniërende bespreking in de raad.

Wat betreft de uitvoering van dit plan willen wij de communicatie vooral koppelen aan de uitvoeringsactiviteiten. Waar mogelijk worden gezondheidsthema's behandeld in de lokale en regionale media. Ook participeren wij in publieksgerichte voorlichtingstrajecten van onze GGD m.b.t. de speerpunten in deze nota.

## **BIJLAGEN**

*Bijlage 1: GGD-basistaken vanuit WCPV*

*Bijlage 2: Prestatievelden WMO*

*Bijlage 3: Evaluatie nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2004-2006*

*Bijlage 4: meer informatie*

## *GGD-basistaken vanuit WCPV*

Iedere gemeente is volgens de WCPV (Wet collectieve preventie volksgezondheid) verplicht een GGD in stand te houden. Individuele uitvoering van deze verplichting door een gemeente zou echter inefficiënt zijn en leiden tot onevenredig hoge kosten. De 25 Groningse gemeenten nemen daarom deel aan de ‘Gemeenschappelijke regeling Hulpverlening en Openbare Gezondheidszorg Groningen’. In deze regeling wordt de uitvoering van in ieder geval een groot aantal WCPV- taken bij GGD Groningen neergelegd.

In de WCPV zijn zes basistaken geformuleerd: Bevorderingstaken, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Medische Milieukunde, Technische Hygiënezorg, Infectieziektebestrijding en Jeugdgezondheidszorg. Binnen de zes basistaken worden productgroepen en producten onderscheiden. Een basistaak kent een uniform gedeelte -producten die alle GGD'en aan alle gemeenten leveren- en een 'maatwerk' gedeelte. Hieronder volgt een overzicht van de basistaken.

### **1. Bevorderingstaken:**

De GGD bevordert de totstandkoming, de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg. Onder bevorderingstaken vallen de volgende taken:

- **Onderzoek (epidemiologie)**

De GGD verzamelt en analyseert gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking in de regio. Daarvoor maakt de GGD gebruik van:

- gegevens uit de gezondheidspeilingen jeugd, volwassenen en ouderen, die de GGD elke vier jaar uitvoert onder de bevolking. Deze peilingen geschieden volgens de landelijke werkwijze;
- gegevens uit eigen registraties;
- gegevens uit landelijk onderzoek.

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

- **Beleidsadvisering**

Gemeenten zijn verplicht eens in de vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken. Hiertoe biedt de GGD de gemeenten inzicht in recente ontwikkelingen op gezondheid en zorg, op landelijk en regionaal niveau. Daarnaast adviseert de GGD de gemeenten gevraagd en ongevraagd over gezondheidsaspecten van beleidsbeslissingen en over de aanpak van gezondheidsproblemen.

- **Gezondheidsbevordering**

Gezondheidsbevordering gaat over het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezondheidstoestand van de gehele bevolking. Het gaat ook over het creëren van een sociale, economische en fysieke omgeving die gezond gedrag en gezondheid stimuleert. Gezondheidsbevordering heeft betrekking op maatschappelijke vraagstukken die niet via een individuele vraag naar voren komen en is preventief. Gezondheidsbevordering is erop gericht om gedragsgerelateerde gezondheidsproblemen aan te pakken. Het omvat de volgende functies:

- het bevorderen van gezond gedrag van mensen, binnen de context van hun omgeving;
- het bevorderen van een gezonde leefomgeving
- het zorgen voor een goede preventiestructuur.

### **2. Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz)**

Per 1 januari 2007 zijn de OGGz-taken onderdeel geworden van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), met uitzondering van psychosociale hulpverlening bij rampen. De taken die vanuit de WCPV overgeheveld zijn naar de WMO zijn:

- het signaleren en bestrijden van risicofactoren
- het begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen
- het fungeren als meldpunt voor signalen van crisis (of dreiging)
- het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de OGGz-uitvoering.

Daarnaast heeft de gemeente Groningen als centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang en verslavingszorg extra taken en middelen gekregen aangaande de OGGz-toeleiding. De centrumgemeentetaak wordt uitgevoerd door de GGD. De centrumgemeenterol houdt in dat de gemeenteraad van Groningen bevoegd is besluiten te nemen op dit terrein, maar wel verplicht is dit in overleg te doen met de regiogemeenten. Het beleid en de middelen zijn immers ook voor de burgers van de regiogemeenten bedoeld. De centrumgemeentetaken zijn:

- mensen in problemen signaleren, op te sporen, contact te leggen en contact te houden;
- het toeleiden naar zorg zelf;
- ongevraagde nazorg.

### **3. Medische milieukundige zorg**

De GGD bewaakt dat de gezondheid van burgers geen gevaar loopt als gevolg van milieuproblemen. Steeds vaker werkt de GGD als Kenniscentrum Milieu en Gezondheid aan het voorkómen van problemen, bijvoorbeeld door voorlichting over een gezond binnenmilieu. Het Kenniscentrum adviseert interne en externe partners, zowel individuen als organisaties, over te nemen maatregelen en milieugerelateerde vraagstukken vanuit het perspectief van de volksgezondheid. De GGD voert de volgende taken uit:

- het signaleren van ongewenste situatie;
- het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreigingen van rampen;
- het beantwoorden van vragen uit de bevolking;
- het geven van voorlichting;
- het doen van onderzoek.

### **4. Technische hygiëne:**

#### **• Technische hygiënezorg**

De GGD heeft vanuit de WCPV een adviestaak met betrekking tot hygiëne en veiligheid voor kinderopvang, peuterspeelzalen, tattoo en piercing en seksinstellingen. De GGD geeft op basis van vragen advies over mogelijkheden om hygiëne en veiligheid te verbeteren. Soms wordt de GGD ook om advies gevraagd bij de bouw van inrichtingen.

#### **• Technische hygiëneinspectie**

Per 1 januari 2005 is de Wet Kinderopvang in werking. Gemeenten moeten op basis hiervan hun eigen handhavingsbeleid vaststellen. De nadruk ligt op de kwaliteit van de kinderopvang, waarvan de technische hygiëne een onderdeel is. De Wet Kinderopvang bepaalt dat de GGD in opdracht van de gemeente het toezicht kinderopvang uitvoert. Met de invoering van de wet voert de GGD inspecties uit volgens een nieuwe landelijk geüniformeerde werkwijze en aan de hand van het Handboek Kwaliteit Toezicht Kinderopvang. Op basis van het Warenwetbesluit Tatoeëren en piercen (per 1 juni 2007) inspecteert de GGD ook tattoo en piercinginstellingen. De inspecties van prostitutiebedrijven (voor zover niet vrijwillig) en peuterspeelzalen geschiedt op basis van de gemeentelijke verordeningen en handhavingsnota's.

### **5. Infectieziektebestrijding**

De infectieziektebestrijding omvat alle besmettelijke ziekten die een gevaar kunnen opleveren voor de gezondheid van inwoners, inclusief de tuberculosebestrijding en de bestrijding van AIDS en andere SOA's. De GGD voert de volgende taken uit:

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

## **6. Jeugdgezondheidszorg**

Onder jeugdgezondheidszorg verstaan we het bevorderen en bewaken van de gezondheid, groei en de ontwikkeling van jeugdigen van 0 tot 19 jaar. In de per 1 januari 2003 gewijzigde wet staat dat de gemeente zorg draagt voor de uitvoering van de JGZ voor de 0 tot 19 jarigen. De gemeentelijke regie is hiermee per 1 januari 2003 uitgebreid met de leeftijdsgroep 0 tot 4 jaar. Er is een basistakenpakket JGZ vastgelegd met een landelijk uniform deel (zonder inhoudelijke, gemeentelijke beleidsvrijheid) en een maatwerk deel (wel beleidsvrijheid). De GGD draagt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg voor 4-19 jarigen en de Stichting Jeugdgezondheidszorg voor de zorg voor de 0-4 jarigen. In het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg worden de volgende productgroepen omschreven:

- het periodiek bepalen van de gezondheidstoestand, de monitoring en signalering;
- het afstemmen van de zorgverlening op de zorgbehoefte;
- het opsporen van en voorkomen van bepaalde ziekten, screenings en vaccinaties;
- voorlichting, advies, instructie en begeleiding geven ter verbetering van het gezondheidsgedrag;
- onderkennen en beïnvloeden van gezondheidsbedreigende factoren in de sociale en fysieke omgeving.

### **WMO-prestatievelden**

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) omschrijft ‘maatschappelijke ondersteuning’ in negen prestatievelden<sup>2</sup>:

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

### **Relatie tussen de Wcpv en Wmo**

De Wcpv en de Wmo hebben diverse raakvlakken met elkaar, vooral op het gebied van bevorderingstaken. Je kunt de wetten zien als twee onlosmakelijk met elkaar verbonden pijlers. Overstijgend doel is het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. De Wcpv begeeft zich vooral op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De Wmo richt zich op secundaire en tertiaire preventie en heeft vooral ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Uit menig onderzoek is gebleken dat mensen die participeren in de maatschappij zich gezonder voelen. Andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij weer mogelijk. Gezondheid in brede zin speelt dus een belangrijke rol bij de Wmo. Wanneer mensen een kwalitatief goed leven leiden, zullen zij meer openstaan voor actieve deelname aan en betrokkenheid bij de maatschappij. Beide wetten dragen dan ook bij aan het creëren van een *civil society*.

Binnen de Wmo is tot nu toe veel aandacht uitgegaan naar de zichtbare individuele voorzieningen. Er is echter veel (gezondheids-)winst te behalen wanneer met preventieve maatregelen vroeg in het (ziekte-)proces wordt ingegrepen. Bij de Wmo kan preventie ingezet worden vóór zorg en uit voorzorg!

---

<sup>2</sup> bron: ‘GGD partner in de Wmo’, GGD Groningen, 2007

### *Evaluatie nota LGB 2004-2006*

Onderstaand een samenvatting van de evaluatie van de nota Lokaal Gezondheidsbeleid gemeente Ten Boer van 2004-2006. In het rapport (oktober 2006) kunt u het gehele uitvoeringsprogramma en de stand van zaken terugvinden.

Naar aanleiding van een onderzoek van het Centrum voor Maatschappelijke Ondersteuning is besloten geen steunstees in de gemeente Ten Boer te ontwikkelen (actiepunt 1), maar te volstaan met het themagewijs onderwerpen bespreken tijdens koffieochtenden in Woltersum. In Thesinge wordt nog bekeken hoe de informatieverstrekking aan ouderen kan verbeteren.

Actiepunt 2 betreft het ontwikkelen van een zorgloket. In 2004 is in zorgcentrum Bloemhof een informatiepunt wonen, welzijn en zorg geopend. Per 1 januari is het WMO-loket operationeel in het gemeentehuis.

In 2005 heeft de clustering van diverse voorzieningen (huisarts, fysiotherapeut, tandarts en consultatiebureau) plaatsgevonden -actiepunt 3. Het hierbij aansluitende actiepunt 3a, het aanschaffen van een defibrillator (hartmachine), is niet gerealiseerd.

Wat betreft het stimuleren van sport onder senioren en jongeren (actiepunt 4) zijn de gemaakte plannen (zie sportnotitie) uitgevoerd met goed resultaat. Vanaf 2007 wordt gestart met plannen in het kader van Buurt, Onderwijs en Sport.

In actiepunt 5 hebben we voorlichting over terugdringen en voorkomen van alcohol- en drugsgebruik onder jongeren opgenomen. Deze voorlichting wordt in de vorm van 'Ik wait wat ik dou' op enkele scholen aangeboden in het voorjaar van 2007.

Als gemeente willen we ook het alcoholgebruik in het verkeer terugdringen. Op dit actiepunt (6) zijn nog geen resultaten behaald.

Actiepunt 7 betreft het terugdringen van honden- en kattenuitwerpselen. In samenspraak met verenigingen van dorpsbelangen is actief beleid ingezet.

In het algemeen valt vast te stellen dat de resultaten voldoende zijn. Op vijf van de zeven actiepunten hebben we de plannen naar tevredenheid uitgevoerd. Twee actiepunten zijn nog niet gerealiseerd (rondom defibrillatoren en alcohol in het verkeer). De actiepunten 3 en 7 (clustering zorgvoorziening en terugdringen honden- en kattenuitwerpselen) zijn afgerond en behoeven niet weer in de nota opgenomen te worden.

Op de overige actiepunten willen we de komende jaren opnieuw inzetten, omdat zaken als voorlichting, stimulering en preventie immers nooit 'af' zijn. Zo willen we actiepunten 5 en 6 (beide betreffen alcoholgebruik) clusteren tot één speerpunt, hierbij nieuwe doelstellingen formuleren en de doelgroep opnieuw bekijken. Daarnaast vloeien er nieuwe doelgroepen en onderwerpen voort uit de speerpunten van VWS en het gezondheidsprofiel.



## Bijlage 4

### *Meer informatie*

Meer informatie over de gemeente kunt u vinden op het volgende (internet)adres:

Gemeente Ten Boer  
Hendrik Westerstraat 24  
9791 CT Ten Boer  
Postbus 7  
9790 AA Ten Boer.

Tel. (050) 302 8888.  
Fax (050) 302 1700.  
E-mail: [gemeente@tenboer.nl](mailto:gemeente@tenboer.nl)

#### Openingstijden:

Dagelijks van 9.00-12.00 uur en op maandag tevens van 16.00-18.00 uur (alle afdelingen). Afdeling Burgerzaken op maandag tevens van 14.00-18.00 uur.

GGD Groningen

[www.hulpverleningsdienstgroningen.nl](http://www.hulpverleningsdienstgroningen.nl)

- Gezondheidsprofiel 2006;
- Jeugd in Groningen 2004 en
- Brochure '7even voor gezondheid'

zijn te vinden op bovenstaande website via Hulpverleningsdienst/ Gezondheid / Gezondheidsinformatie Groningen

Ministerie van VWS  
WMO

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)  
[www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl)

De gehele teksten van wetten (bijvoorbeeld van de WCPV, Wet op de Jeugdzorg en de WMO) kunt u vinden via de zoekmachine op:

<http://wetten.overheid.nl>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)