



GEMEENTE

LEEWARDERADEEL

**“GEZONDHEID, VAN VITAAL  
BELANG”**

**KADERNOTITIE**

**GEZONDHEIDSBELEID**

**GEMEENTE LEEWARDERADEEL**

**2010 - 2013**

## Inhoudsopgave

1.	<u>Inleiding</u>	2
2.	<u>Gezondheid, gemeente, rijk en gezondheidsbeleid</u>	3
2.1.	Gezondheid en beïnvloedbare factoren	3
2.2.	De openbare gezondheidszorg	3
3.	<u>De gemeente en de openbare gezondheidszorg</u>	5
3.1.	De Wet Publieke Gezondheid (WPG)	5
3.2.	Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)	7
3.3.	Preventief jeugdbeleid	7
3.4.	Andere beleidsterreinen	7
4.	<u>Het Rijk en de openbare gezondheidszorg</u>	9
5.	<u>Bevolkingsopbouw gemeente Leeuwarderadeel</u>	10
6.	<u>Gezondheidsonderzoeken gemeente Leeuwarderadeel</u>	11
6.1.	Jaarrapportage Jeugdgezondheidszorg 2008	11
6.2.	Gezondheidsenquête onder volwassenen en ouderen 2005/2006	12
7.	<u>Evaluatie eerste notitie gemeentelijk gezondheidsbeleid</u>	15
8.	<u>Conclusies/samenvatting</u>	18
9.	<u>Beleidsvoornemens 2010 - 2013</u>	19
9.1.	Beleid Ministerie Volksgezond, Welzijn en Sport	19
9.2.	Provinciaal gezondheidsbeleid	19
9.3.	Gemeentelijk gezondheidsbeleid	19
9.4.	Leefstijl jongeren	20
9.5.	Leefstijl en bevorderen zelfredzaamheid ouderen	21
9.6.	Gezondheid ouderen	21
9.7.	Signaleren en stimuleren van een doorgaande ontwikkelingslijn voor kinderen	22
9.8.	De Verwijsindex Fryslân (VIF), het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en het Elektronisch Kinddossier (EKD)	23
10.	<u>Tot slot</u>	24
	Lijst van afkortingen	26

## 1. Inleiding

Gemeenten zijn op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG), voorheen de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), verantwoordelijk voor het gezondheidsbeleid in hun gemeente. Voor de uitvoering hiervan dient de gemeenteraad om de vier jaar een notitie vast te stellen, waarin is aangegeven op welke wijze uitvoering aan de voornoemde wettelijke taken worden gegeven. De feitelijke uitvoering van deze wettelijke taken wordt voor een groot gedeelte door gemeentelijke gezondheidsdiensten gedaan. Voor de 31 Friese gemeenten is dit de GGD-Fryslân (onderdeel van de HulpverleningsDienst Fryslân). Dit is een Gemeenschappelijke Regeling voor alle 31 Friese gemeenten.

De eerste gemeentelijke notitie over het lokale gezondheidsbeleid voor de jaren 2004 - 2007, die in mei 2004 (toen nog op basis van de WCPV) door de gemeenteraad is vastgesteld, bestond uit een regionaal en een lokaal deel. Het regionale deel was opgesteld door de gezamenlijke Friese gemeenten en de GGD-Fryslân en dit diende als basis voor het lokale gezondheidsbeleid in Leeuwarderadeel.

Hoewel deze notitie als uitgangspunt de jaren 2004 - 2007 had, hebben de hierin verwoorde beleidsvoornemens ook in de jaren 2008 en 2009 een vervolg gekregen. Andere prioriteiten, zoals de WMO en het gemeentelijke jeugdbeleid (Centrum voor Jeugd en Gezin), waren er de oorzaak van dat deze eerste notitie pas voor het jaar 2010 een vervolg kan krijgen. Daarnaast hadden de beleidsvoornemens ook nog eens duidelijke raakvlakken met de beide, voornoemde, nieuwe ontwikkelingen (zie ook bij hoofdstuk 7).

Voor deze tweede notitie met het lokale gezondheidsbeleid als onderwerp voor de jaren 2010 - 2013 is voor een andere opzet als bij de eerste notitie gekozen. Voor deze notitie is er geen provinciaal basisdocument. Wel wordt er gebruik gemaakt van de, de laatste tijd, in dit kader door de GGD-Fryslân opgestelde en beschikbaar gestelde gegevens/documenten, zoals jaar- en onderzoeksrapportages én met name het 'Masterplan Gezond Leven Fryslân', waarin veel aandacht aan leefstijlen van zowel jongeren als ouderen wordt geschonken en waarin ook opties voor acties en interventiemogelijkheden worden gegeven.

Deze tweede gemeentelijke notitie lokaal gezondheidsbeleid is als volgt opgebouwd:

- eerst aandacht voor het algemene kader "gezondheid en beïnvloedbare factoren";
- daarna de wettelijke- en vastgestelde kaders voor deze notitie;
- vervolgens worden een aantal feiten gepresenteerd: de bevolkingsopbouw en de uitkomsten van in onze gemeente gehouden gezondheidsonderzoeken;
- de evaluatie van de eerste notitie over het lokale gezondheidsbeleid; en
- tot slot een aantal beleidsvoornemens met daaraan gekoppeld (mogelijke) actiepunten/ speerpunten c.q. mogelijke acties/interventies voor de jaren 2010 - 2013.

Deze notitie kan niet los gezien worden van een aantal andere beleidsnotities in onze gemeente, zoals het WMO-Beleidsplan 2008 - 2011 "Samen op weg naar een zorgzame samenleving" en de Kadernotitie integraal gemeentelijk jeugdbeleid Leeuwarderadeel "Jeugd, de toekomst". Waar nodig zal hier bij worden aangesloten of naar worden verwezen.

## 2. Gezondheid, gemeente, rijk en gezondheidsbeleid

### 2.1. Gezondheid en beïnvloedende factoren

Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Gezonde mensen voelen zich over het algemeen beter, zijn minder vaak ziek en werken meer en langer. Gezondheid is een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, die door verschillende factoren wordt beïnvloed. Een Canadese minister van Gezondheid - Lalonde - heeft een aantal jaren geleden een model ontwikkeld om gezondheid te verklaren met behulp van factoren die erop van invloed zijn. Hij onderscheidt hierbij vier factoren die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

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 (aanleg voor) gezondheid of ziekte. Gezondheid en gezond gedrag is 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 aanwezigheid van gezondheidsvoorzieningen.



### 2.2. De openbare gezondheidszorg

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

Bij openbare gezondheidszorg gaat het om de gezondheid van de gehele bevolking, in het bijzonder van risicogroepen, en van mensen die tussen de wal en het schip (dreigen te) vallen.

Vanwege de samenhang van gezondheidsbeleid met allerlei andere beleidsterreinen heeft de gemeente de centrale rol in de openbare gezondheidszorg. Openbare gezondheidszorg gaat over taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg, de infectieziektebestrijding, voorlichting, verslavingspreventie en toegankelijkheid van zorg en optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen.

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

Het gemeentelijke gezondheidsbeleid staat niet op zichzelf. Het wordt mede gevormd door wettelijke en lokale kaders. We noemen hier kort de belangrijkste die op het lokale gezondheidsbeleid van invloed zijn.

#### **3.1. De Wet Publieke Gezondheid (WPG).**

Sinds 1 december 2008 is de Wet Publieke Gezondheid (WPG) van kracht. In deze Wet zijn de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de Infectieziektewet en de Quarantainewet samengevoegd.

De aanleiding tot deze Wetswijziging is:

- de mogelijke mondiale dreiging van infectieziektecrises, waardoor er de noodzaak is tot een bredere verdeling van de verantwoordelijk- en bevoegdheden; en
- de relatie met de Wet Rampen en Zware Ongevallen en de Wet Veiligheidsrisico's.

Vanuit de voormalige WCPV zijn de meeste artikelen in de WPG overgenomen.

Wijzigingen die wel in de WPG zijn aangebracht betreffen:

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

#### **Ouderengezondheidszorg**

De Tweede Kamer heeft, in artikel 5a, via amendement in de WPG opgenomen dat de gemeente preventieve maatregelen dient te organiseren met het oog op de gezondheid van de inwoners van 65 jaar en ouder. De Minister van VWS studeert op dit moment echter nog op een invoeringsbesluit om gemeenten daarvoor de nodige vrijheid te geven en met behulp van de WMO en de GGD tot eigen maatvoering te komen. De VNG die hierbij als pleitbezorger voor de gemeenten optreedt draagt er zorg voor dat waar daarbij sprake van nieuw beleid is, dit alleen van de grond kan komen als hier ook Rijksgelden tegenover staan.

Een consultatiebureau voor ouderen, waarin in het kader van voornoemd amendement even sprake was, hoeft nu niet meer naar analogie van de jeugdgezondheidszorg door de gemeenten te worden opgezet. De gemeenten krijgen hierin nu de nodige vrijheid.

#### **De GGD-Fryslân**

De meeste wettelijke taken die uit de WPG voortvloeien voor wat betreft de collectieve preventie en de infectieziektebestrijding laat onze gemeente uitvoeren door de GGD-Fryslân. De GGD is op basis van een gemeenschappelijke regeling de gemeentelijke gezondheidsdienst voor de 31 Friese gemeenten. Hiermee wordt voldaan aan artikel 14 van de WPG, dat het college van burgemeester en wethouders de zorg voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst heeft.

De belangrijkste taken die de GGD-Fryslân uitvoert voor de gemeente Leeuwarderadeel zijn

de volgende:

- \* inzicht bieden in de gezondheidssituatie van de bevolking, o.a. door periodiek epidemiologisch onderzoek en het opstellen van gezondheidsprofielen;
- \* beleidsadviesing naar gemeenten en andere organisaties;
- \* zorg voor jeugd door systematische screening, gezondheidsonderzoek van 0 - 19 jarigen, spreekuren, participatie in netwerken, stimuleren schoolgezondheidsbeleid, programma mondgezondheid en crisiszorg;
- \* uitvoeren van GVO-preventieprogramma's voor jeugd, volwassenen en ouderen. De programma's zijn gericht op gezonde leefstijl en psychosociale gezondheid;
- \* afstemmen van preventieprogramma's: de GGD vervult dikwijls een voorzitters- of secretariaatsrol;
- \* publieksinformatie, o.a. door informatiecentrum over gezondheid, informatie in (lokale) kranten en op de GGD-Website, campagnes over actuele gezondheidsthema's en verstrekken van handboeken aan professionals en organisaties;
- \* Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: vangnet en bemoeizorg, sociale kaart, psychosociale hulpverlening na rampen, registratie en monitoring, coördinatie regionale verantwoordelijkheid, toeleiding naar eerstelijnszorg;
- \* infectieziektebestrijding: tuberculosebestrijding, SOA-/AIDS-bestrijding, reizigersadviesing en -vaccinatie en signalering en registratie, bron- en contactopsporing, begeleiding, voorlichting bij overige infectieziekten;
- \* milieugezondheidszorg: signaleren van risico's van milieuproblematiek, het treffen van maatregelen en het geven van voorlichting;
- \* bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker: voorlichting en evaluatie;
- \* organisatie van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR): regionale planvorming, organisatorische en operationele voorbereiding, beheer van de GHOR-organisatie;
- \* technische hygiënezorg voor kinderdagverblijven;
- \* sociaal-medische adviesing: adviesing m.b.t. de rechtmatigheid van aanvragen en verzoeken ter beoordeling van de arbeidsgeschiktheid en ter bepaling van de indicatie voor voorzieningen (gehandicaptenparkeertkaarten, huisvesting, verpleging en verzorging);
- \* forensische geneeskunde: lijkschouwing, arrestantenzorg, medisch-technisch onderzoek;

### **Jeugdgezondheidszorg**

De taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg zijn vastgelegd in een 'Basispakket JGZ' en een 'Aanvullend pakket JGZ'.

Sinds 1 januari 2009 ligt de uitvoeringsverantwoordelijkheid voor zowel de 0 - 4 jarigen als de 4 - 19 jarigen bij één uitvoeringsorganisatie. Voor onze provincie is dit de GGD-Fryslân. Voorheen waren dit resp. de Thuiszorg Het Friese Land en de GGD-Fryslân.

Het 'Basispakket JGZ' is voor alle 31 Friese gemeenten gelijk. Het 'Aanvullend pakket JGZ' geeft de individuele gemeente, waar dat nodig is, de mogelijkheid om inzet in specifieke lokale situaties te plegen.

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

### **3.2. Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)**

Per 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) 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 worden hierbij in één wettelijk kader samengebracht. De WMO maakt gemeenten meer verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning, omdat zij beter dan de Rijksoverheid zicht hebben op de plaatselijke situatie. 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.

#### **Relatie tussen de WPG en de WMO**

De relatie tussen de WPG en de WMO kan het best worden omschreven als die van twee naast elkaar fungerende pijlers, met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. 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 of psychische 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. 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 een (ziekte) proces ingrijpt en de gezondheid bevordert. Om te voorkomen dat te veel inwoners een beroep op de WMO-voorzieningen doen en de gemeente om financiële redenen de aandacht op individuele voorzieningen richt, is het van belang dat gemeenten investeren in de preventietaken binnen de beide wetten, de (collectieve) preventieactiviteiten die voorafgaan aan cure en care. In dit kader heeft deze notitie duidelijke raakvlakken met het op 30 oktober 2008 door de gemeenteraad vastgestelde WMO-Beleidsplan 2008 - 2011 "Samen op weg naar een zorgzame samenleving".

### **3.3. Preventief jeugdbeleid**

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het preventieve jeugdbeleid is gebaseerd op een aantal wetten, te weten de WPG, de Leerplichtwet, de 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 het Rijk en de gemeenten van 6 juni 2007 is afgesproken dat iedere gemeente voor 1 januari 2012 tenminste één Centrum voor Jeugd en Gezin realiseert.

Vanuit het vorenstaande heeft deze notitie dan ook duidelijke raakvlakken met de op 27 augustus 2009 door de gemeenteraad vastgestelde Kadernotitie integraal gemeentelijk jeugdbeleid Leeuwarderadeel "Jeugd, de toekomst".

### **3.4. Andere beleidsterreinen**

In hoofdstuk 2 van deze notitie worden een aantal factoren genoemd die van invloed zijn op de gezondheid, waaronder de fysieke en sociale omgeving en de leefstijlfactoren.



Uiteraard dragen ook sport en bewegen in belangrijke mate bij aan het bevorderen van de gezondheid van de inwoners. Verandering van gedrag kan de gezondheid ook bevorderen, b.v. op het gebied van lichaamsbeweging. Het 'Sportstimuleringsproject GO-4 Sport', dat in Middelseeverband wordt uitgevoerd, kan in deze een belangrijke bijdrage aan het bevorderen van de gezondheid leveren. Zie bladzijde 14 van de Kadernotitie integraal gemeentelijk jeugdbeleid Leeuwarderadeel. Hier wordt een beeld van de (mogelijke) activiteiten in het kader van 'Sportstimuleringsproject GO-4 Sport' geschetst.

Daarnaast zijn er echter ook zaken op het gebied van wonen, onderwijs, milieu, ruimtelijke ordening, veiligheid, inkomen en arbeid die van invloed op de kwaliteit van leven kunnen zijn. Hoewel wij de laatstgenoemde beleidsaspecten (nog) niet verder beschrijvend in deze notitie zullen opnemen (wij staan met deze notitie een stapsgewijs opbouwend beleid voor) hebben deze (direct of indirect) toch wel raakvlakken met de gezondheid van de inwoners van onze gemeente. Gezondheid omvat een breed scala van activiteiten/voorzieningen.

Daar waar de kansen/mogelijkheden zich ten aanzien van de hiervoor genoemde beleidsterreinen dan ook voordoen zullen wij hier actief op in spelen en ook deze aspecten aan de in deze notitie verwoorde beleidsvoornemens toetsen. Wij denken hiermee dan op termijn tot een breed (mogelijk alle gemeentelijke beleidsterreinen omvatend) integraal gemeentelijk gezondheidsbeleid te kunnen komen.

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

Elke vier jaar stelt de Minister van VWS in de Rijkspreventienota de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. Eind 2006 is in dit kader de 2<sup>e</sup> nota vastgesteld met als titel “Kiezen voor gezond leven”.

Het Kabinet en de gemeenten streven er naar 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; en
- de toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting.

De laatste preventienota van de Minister van VWS 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 twee ziekten als speerpunt, nl. diabetes en depressie.

## 5. Bevolkingsopbouw gemeente Leeuwarderadeel

Beleidskeuzes vinden over het algemeen hun basis in feitelijke situaties.

Concrete cijfers/gegevens over b.v. aantallen inwoners, ziektegevallen c.q. -prognoses zijn hierbij dan belangrijke aspecten.

Om de beleidskeuzes in dit kader mee te helpen onderbouwen wordt in dit hoofdstuk een overzicht van de bevolkingsopbouw in onze gemeente gegeven.

Hierbij is voor de volgende leeftijdsindeling gekozen:

- \* de voorschoolse periode;
- \* de basisschoolleeftijd;
- \* het voortgezet onderwijs;
- \* de jongvolwassenenleeftijd;
- \* de volwassenenleeftijd; en
- \* de ouderen.

In het volgende hoofdstuk volgt dan een overzicht van de gezondheidssituatie.

### Bevolkingsopbouw per 1 januari 2009

Leeftijd	Aantal	Procentueel
0 - 4 jaar	510	4,9%
5 - 12 jaar	1.142	11,0%
13 - 19 jaar	1.083	10,5%
20 - 25 jaar	531	5,1%
25 - 64 jaar	5.584	53,9%
65 jaar en ouder	1.510	14,6%
Totaal	10.360	100%

Uitgaande van landelijke cijfers mag hierbij ook voor onze gemeente worden aangenomen dat de komende jaren het aantal oudere inwoners zal stijgen. Ook onze gemeente zal de komende jaren 'vergrijzen'.

Daarnaast zal de totale bevolking waarschijnlijk niet toenemen.

Bij de leeftijdscategorieën 0 - 4 jaar (minder peutergroepen) en 4 - 12 jaar (leegstaande schoollokalen) is zelfs een daling waarneembaar.

Ook is een forse daling bij de leeftijdscategorie 20 - 25 jaar waarneembaar. Mogelijke oorzaak hiervan is, dat veel jongeren na het voortgezet onderwijs voor werk of een verdere vervolgopleiding naar elders vertrekken. Onbekend is of deze jongeren later ook weer terugkeren.

Het vorenstaande betekent dat het aantal ouderen, evenals in andere gemeenten, ook in de gemeente Leeuwarderadeel de komende jaren verhoudingsgewijs/procentueel zal toenemen.

## **6. Gezondheidsonderzoeken gemeente Leeuwarderadeel**

Om ten aanzien van een toekomstige gemeentelijk gezondheidsbeleid tot een reëel en afgewogen beleid te kunnen komen is het wenselijk om ook inzicht in de huidige gezondheidssituatie van de inwoners te krijgen.

Gedurende de looptijd van de eerste notitie zijn in dit kader door de GGD-Fryslân een aantal gezondheidsonderzoeken gedaan, die hiervoor als basis (bouwsteen) kunnen dienen. Hierin worden gegevens/cijfers weergegeven over de gezondheid van Friezen in zijn algemeenheid, met waar mogelijk een doorkijk/vergelijking naar/met de individuele Friese gemeenten.

De gegevens over de jongeren komen hierbij uit de 'Jaarrapportage 2008 van de jeugdgezondheidszorg 0 - 19 jaar' van de GGD-Fryslân. Hierbij wordt een onderscheid naar 2 leeftijdscategorieën gemaakt: 4 - 12 jaar (de groepen 2 en 7 van het basisonderwijs) en 13 - 19 jaar (de onderbouw van het voortgezet onderwijs).

De gegevens over de volwassenen en ouderen zijn gebaseerd op de Gezondheidsenquête die de GGD-Fryslân eind 2005/begin 2006 onder de inwoners van de provincie heeft afgenomen.

### **6.1. Jaarrapportage Jeugdgezondheidszorg 2008**

Als eerste algemene conclusie kan worden gesteld dat de jongeren in Leeuwarderadeel qua gezondheid in het algemeen weinig of niet af van het Friese gemiddelde afwijken.

Enkele specifieke kenmerken/zaken die vervolgens uit voornoemde jaarrapportage voor onze gemeente genoemd kunnen worden, zijn.

#### Bij leerlingen van het basisonderwijs

- Over het algemeen vinden de meeste ouders in de gemeente Leeuwarderadeel (94%) dat hun kind een goede lichamelijke gezondheid heeft.
- Vergeleken met de overige Friese gemeenten hebben relatief minder kinderen uit groep 2 in Leeuwarderadeel een ontwikkelingsachterstand op het gebied van de motoriek of spraaktaal.
- In groep 7 komen psychosociale ongezondheid (17%) en ongunstige opgroeiomstandigheden (8%) ongeveer net zo vaak voor als in de overige gemeenten.
- Overgewicht is een groeiend gezondheidsprobleem. Het overgewicht van 4 - 12 jarigen in Leeuwarderadeel wijkt toch wel enigszins van het provinciale beeld in deze af. In groep 2 gaat het om 5% van de leerlingen (provinciaal 10%), terwijl dit in groep 7 tot 16% van de leerlingen (provinciaal 14%) is gestegen. Dit betekent dat het aantal kinderen met overgewicht in onze gemeente tijdens de basisschoolleeftijd verhoudingsgewijs sterker dan in de provincie stijgt.
- Provinciaal wordt over de jaren 2003 t/m 2008 bij kinderen uit groep 7 een stijging van het aantal kinderen met overgewicht geconstateerd.
- In Leeuwarderadeel is 79% van de kinderen uit groep 7 lid van een sportvereniging. Dit is vergelijkbaar met het provinciale percentage, dit is ook 79%.
- Ongezondheid blijkt vaker voor te komen bij kinderen uit één of meerdere van de risicogroepen. Als risicogroepen kunnen dan worden genoemd kinderen uit gezinnen waarbij sprake is van een lage sociaal-economische status (lage ses), bijzonder ouderschap en/of een niet-Nederlandse etniciteit. De meest in het oog vallende aspecten waarin deze ongezondheid zich dan manifesteert zijn:
  - \* psychosociale ongezondheid;
  - \* ongunstige opgroeiomstandigheden;
  - \* een spraaktaal ontwikkelingsachterstand; en

\* een algemene ontwikkelingsachterstand.

### **Samenvatting en conclusies van de HVD-Fryslân**

De gezondheidssituatie van de kinderen uit groep 2 in Leeuwarderadeel wijkt op een paar aspecten gunstig af van de rest van de regio. Ontwikkelingsachterstanden op het gebied van de motoriek en spraaktaal komen namelijk relatief minder voor. Wat de overige gezondheids- en leefstijlaspecten van groep 2 en 7 betreft zijn er geen verschillen met de rest van de regio. Kinderen uit gezinnen in Friesland waarbij sprake is van een lage sociaal economische status, bijzonder ouderschap en/of een niet-Nederlandse etniciteit lopen grotere gezondheidsrisico's. Vooral psychosociale ongezondheid, ongunstige opgroeiomstandigheden, spraaktaal- en algemene ontwikkelingsachterstand komen vaker voor. Ook overgewicht is bij de risicogroepen een groter probleem. De risicogroepen verdienen daarom extra aandacht.

#### Bij leerlingen van het voortgezet onderwijs

- Over het algemeen vindt het merendeel van de jongeren in onze gemeente (93%) dat zijn/haar gezondheid goed is.
- Het percentage overgewicht bij de leerlingen uit de klassen 1 en 2 van het voortgezet onderwijs in Leeuwarderadeel blijkt weinig te verschillen van het provinciale percentage.
- Op een vraag of zij de vier weken voorafgaande aan het onderzoek gedronken hadden antwoordde 59% van de kinderen uit onze gemeente met 'ja' (provinciaal was dit 51%). Op een zelfde vraag over roken was dit percentage resp. 25% (voor onze gemeente) en 20% (provinciaal).
- Van de leerlingen uit klas 3 van het Vmbo in Leeuwarderadeel drinkt 6% wel eens meer dan 20 glazen alcohol per week en 8% gebruikt wel eens hasj of wiet. Daarmee wijken zij niet af van het provinciale percentage.
- In de gemeente Leeuwarderadeel is 71% van de leerlingen uit de onderbouw lid van een sportvereniging. Provinciaal is dit een percentage van 70%.
- Psychosociale ongezondheid blijkt vaker bij jongeren uit een (of meerdere van de) risicogroep(en) voor te komen. De percentages variëren van 11 tot 17%. Bij de jongeren die tot niet-risicogroepen behoren varieert dit van 5% tot 8%. Ook ongunstige opgroeiomstandigheden komen vaker voor bij jongeren uit een (of meerdere van de) risicogroep(en). Dit varieert van 6 tot 14% bij de risicogroepen, en van 3 tot 5% bij de niet-risicogroepen.
- Jongeren uit klas 1 en 2 van het voortgezet onderwijs die tot een (of meerdere) risicogroep(en) behoren blijken minder vaak lid te zijn van een sportvereniging.

### **Samenvatting en conclusies van de HVD-Fryslân**

De jongeren uit de onderbouw van het voortgezet onderwijs in Leeuwarderadeel blijken op de gezondheidsaspecten niet te verschillen van de overige gemeenten. Ook op de leefstijlaspecten overgewicht, sporten (lid zijn van een sportvereniging) en genotmiddelengebruik verschillen deze jongeren niet van jongeren uit de rest van de provincie.

Jongeren in Friesland waarbij sprake is van bijzonder ouderschap, een niet-Nederlandse etniciteit en/of die op het Vmbo zitten lopen grotere risico's wat betreft psychosociale ongezondheid, ongunstige opgroeiomstandigheden en overgewicht. Deze risicogroepen verdienen daarom extra aandacht.

## 6.2. Gezondheidsenquête onder volwassenen en ouderen eind 2005/begin 2006

Omschrijving	Leeuwarderadeel in %		Friesland in %	
	19 - 64 jaar	65+ jaar	19 - 64 jaar	65+ jaar
<b>Algemene gezondheid</b>				
Matig of slecht ervaren gezondheid	8	20	10	27
<b>Lichamelijke gezondheid</b>				
Chronische aandoening	27	71	32	61
Mobiliteitsbeperking	4	28	5	29
ADL-beperking	-	15	-	15
Overgewicht	40	55	45	57
Diabetes 1)	-	14	3	13
<b>Leefstijl</b>				
Voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen	68	60	63	65
Sport meer dan 12 keer per jaar 2)	65	-	60	-
Rookt	23	15	32	12
Onverantwoord alcoholgebruik 3)	33	33	38	29
Zware drinkers 4)	18	6	23	3
Voldoet aan de voedingsnorm groente	22	41	22	32
Voldoet aan de voedingsnorm fruit/sap	39	63	34	62
Voldoet aan de voedingsnorm ontbijt	84	92	78	91
<b>Huiselijk geweld</b>				
Ooit slachtoffer	6	-	9	2
<b>Zorg</b>				
Geeft mantelzorg	17	9	16	12
Ontvangt mantelzorg	-	6	-	15
<b>Geestelijke gezondheid</b>				
Ooit depressief	20	30	29	26
Eenzaam	39	46	39	44
<b>Opvoeding</b>				
Opvoedingsproblemen	39	-	36	-
<b>Laagopgeleiden 5)</b>	30	76	39	74

- 1) Gezien het kleine aantal dat bij het onderzoek was betrokken moeten de genoemde percentages voorzichtig worden geïnterpreteerd.
- 2) In de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder zijn hierover geen gegevens bekend.
- 3) Onverantwoord alcoholgebruik is voor mannen meer dan 21 glazen per week en/of meer dan 5 glazen per drinkdag en/of meer dan 5 drinkdagen per week en voor vrouwen meer dan 14 glazen per week en/of meer dan 3 glazen per drinkdag en/of meer dan 5 drinkdagen per week.
- 4) Zware drinkers drinken minimaal één keer per week tenminste zes glazen. Bij vrouwen is dit minimaal 4 glazen.  
**Onder de 19 - 24 jarigen (de jong volwassenen) is dit percentage 65%.**
- 5) Betreft de hoogst voltooide opleiding, maximaal middelbaar algemeen onderwijs.

## **7. Evaluatie eerste notitie gemeentelijk gezondheidsbeleid**

Zoals al in deze notitie is aangegeven is er in 2004 een eerste notitie over het gemeentelijke gezondheidsbeleid vastgesteld. Vragen, die dan nu bij de tweede notitie naar voren komen zijn:

\* wat heeft de eerste notitie gemeentelijk gezondheidszorg opgeleverd ?

\* wat is er van de hierin verwoorde plannen gerealiseerd ?

Om hier een beeld van te krijgen dient terug te worden gekeken naar met name hoofdstuk 6 van de eerste notitie. Hierin stonden vier concrete uitvoeringsplannen benoemd, die tijdens de looptijd van de notitie nader uitgewerkt, dan wel tot uitvoering, gebracht zouden moeten worden.

Van alle vier de genoemde uitvoeringsplannen kan worden gesteld dat hier de afgelopen beleidsperiode, hoewel misschien (nog) niet direct in de vorm van één op één zichtbare resultaten, toch wel het nodige mee is gebeurd c.q. stappen in zijn ondernomen.

De uitvoeringsplannen zijn de afgelopen jaren een logisch onderdeel van een tweetal brede landelijke ontwikkelingen geworden. Hierbij moet dan worden gedacht aan de per 1 januari 2007 in werking getreden Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en het komende Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). De WMO stond ten tijde van de eerste notitie nog in de kinderschoenen en van een CJG was toen nog geen sprake.

Met de verdere lokale realisatie (concrete uitwerking) van de WMO en straks het CJG krijgen de genoemde uitvoeringsplannen de invulling die hierbij in 2004 in principe ook voor ogen stond.

### *1. Een lokaal zorgloket.*

*Met de gewijzigde AWBZ en functiegerichte indicering zijn de mogelijkheden voor zorgaanbieders om ook andere vormen van zorg aan te bieden dan de "core business" verruimd. Vanuit dat perspectief is het nog belangrijker dat zorgaanvragers goed over hun mogelijkheden zijn geïnformeerd.*

*Hierin zou kunnen worden voorzien door het opzetten van een centraal gemeentelijk advies- en informatiepunt waar ouderen, gehandicapten, mantelzorgers, maar ook andere zorgvragers met vragen op het gebied van wonen, welzijn en zorg terecht kunnen.*

*Dit loket zou tevens als frontoffice kunnen fungeren voor het aanvragen van voorzieningen. Op deze wijze kan worden voorkomen dat ouderen bij diverse instanties steeds weer hun verhaal moeten doen en daardoor door de bomen het bos niet meer zien.*

Het in de eerste notitie genoemde lokale zorgloket krijgt thans zijn concrete uitwerking in het brede WMO-loket, zoals dat is verwoord in de notitie "WMO-loket Leeuwarderadeel; van zorgloket naar participatieloket". Op dit moment wordt samen met de Dienst SoZaWe NW Fryslân aan de concrete invulling van dit brede WMO-loket gewerkt. Dit loket zal in 2010 operationeel zijn.

### *2. De ouderenadviseur.*

*Van verschillende kanten wordt op het belang van een ouderenadviseur gewezen.*

*Een ouderenadviseur kan een belangrijke schakel tussen zorgvraag en -aanbod voor ouderen zijn. Een ouderenadviseur geeft individuele, maar ook groepen, ouderen met hulpvragen onafhankelijk advies en informatie. Op verzoek kunnen ouderen hierbij ook thuis worden bezocht.*

*Voor 2004 wordt er bij Stichting "De Skalm"vooreerst financiële ruimte beschikbaar gesteld*



*voor een ouderenwerker voor 32 uren (24 uren structureel en 8 uren tijdelijk) per week voor met name voorlichtings- en preventieactiviteiten.*

*In de tweede helft van 2004 zal deze functie- + ureninvulling worden geëvalueerd en zal de Introductie van een ouderenadviseur, zoals voornoemd, per 1 januari 2005 in onze gemeente worden besproken.*

In het verlengde van het WMO-loket staat ook de (nieuwe) functie van de ouderenadviseur van de Stichting "Welzijn Middelsee". De ouderenadviseur kan als een belangrijke partner van het brede WMO-loket worden gezien. Ouderenwerker en WMO-loket dienen, waar mogelijk, complementair aan elkaar te werken. Deze samenwerking zal de komende tijd, samen met de Stichting "Welzijn Middelsee" concreet vorm en inhoud moeten krijgen.

### 3. Wonen, zorg en welzijn.

*Het aanbod op het terrein van zorg, wonen en welzijn behoort goed aan te sluiten op de behoeften. Dit betekent onder anderen dat er rekening gehouden moet worden met een veranderende bevolkingsopbouw, namelijk een toename van het aantal ouderen en chronisch zieken.*

*Een deel van de burgers heeft chronische gezondheidsproblemen, is gehandicapt of wordt geconfronteerd met ouderdomsproblemen waardoor het dagelijks functioneren wordt belemmerd. Ook neemt de druk op voorzieningen in de sfeer van zorg, wonen en welzijn voor met name ouderen toe. Mede als gevolg van een complexer wordende samenleving, het moeilijker toegang krijgen tot allerlei voorzieningen en onbekendheid met van alles zal er ook in onze gemeente vraag naar meer persoonsgerichte begeleiding van ouderen zijn.*

Wonen, zorg en welzijn is een logisch onderdeel van de WMO en daarmee ook het WMO-loket. Aan de hierbij genoemde zaken zal binnen het brede WMO-loket de nodige aandacht (moeten) worden geschonken.

### 4. Zorgnetwerk.

*In verschillende gemeenten kent men een soort netwerk waarbinnen gezinnen en individuen met meervoudige problematiek worden besproken en waarbij onderling afspraken over de gewenste hulpverlening worden gemaakt.*

*Ook in onze gemeente komen (gezins)situaties met meervoudige problematiek voor die steeds weer de aandacht vragen en soms overlast veroorzaken. Het gaat daarbij om situaties waarbij sprake is van langdurige problematiek waar meerdere instanties bij betrokken zijn, zoals huisartsen, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, jeugdhulpverlening, verslavingszorg en GGZ.*

*Het lijkt wenselijk de mogelijkheden voor een dergelijk netwerk voor ook de gemeente Leeuwarderadeel te onderzoeken. Via de Toegang tot de Brede Jeugdzorg wordt wel een deel van de probleemgezinnen bereikt maar er is vaak onvoldoende tijd beschikbaar om langdurig en sturend hulp te verlenen.*

Het beoogde zorgnetwerk is een onderdeel van het thans in ontwikkeling zijnde Centrum voor Jeugd en Gezin geworden. Het streven is om, samen met de drie andere Middelseegemeenten, in 2010 tot een gemeentelijk CJG te komen

Verder wordt dit uitvoeringsplan invulling gegeven met het op 5 maart 2007 van start gegane Sociaal Team Middelsee. Dit team richt zich op het bedenken en organiseren van adequate hulp aan mensen met meervoudige problemen. Mensen die b.v. een combinatie van financiële problemen, psychische/psychiatrische klachten en verslaving hebben. Vaak dreigt hierdoor

huisuitzetting. De hulpverlening die al is geboden, slaat vaak niet aan. Het Sociaal Team zorgt er dan voor dat er een hulpaanbod komt dat goed aansluit bij de behoeften van de cliënt en de problematiek.

Deelnemers aan het Sociaal Team zijn vertegenwoordigers van verschillende instanties. Te denken valt aan: GGZ-Friesland, Verslavingszorg Noord-Nederland, Politie Fryslân, Woningbouwcorporaties, Interzorg, HWL, Dienst SoZaWe NWF en de GGD-Fryslân.

Er kan tot slot worden geconcludeerd, dat de in de eerste notitie over het gemeentelijke gezondheidsbeleid genoemde uitvoeringsplannen in uitvoering zijn c.q. worden uitgevoerd.

## **8. Conclusies / samenvatting**

Op basis van de uitkomsten van de in hoofdstuk 6 genoemde gezondheidsonderzoeken kan de conclusie worden getrokken dat de (on)gezondheid van de inwoners van de gemeente Leeuwarderadeel over het algemeen weinig of niet afwijkt van de inwoners van de gehele provincie Fryslân. Natuurlijk zijn er hier en daar kleine nuanceverschillen, maar in de praktijk zijn deze te verwaarlozen. Daar waar er al sprake van afwijkingen ten opzichte van de provinciale cijfers zijn, zijn deze vaak in positieve zin.

Dit betekent echter niet dat er nu niets meer behoeft te gebeuren.

Juist nu is het belangrijk om zaken die goed functioneren goed te laten blijven functioneren en in zaken die verbetering behoeven (en die zijn er zeker nog) in preventieve zin te blijven investeren. Problemen lossen zich niet vanzelf op.

Concreet betekent het vorenstaande dat ten aanzien van het gemeentelijke gezondheidsbeleid in grote lijnen bij de huidige landelijke en provinciale ontwikkelingen kan worden aangesloten. De landelijke en provinciale ontwikkelingen kennen een aantal, vanuit de praktijk ontstane, speerpunten. Deze speerpunten zijn ook op onze gemeente van toepassing. Wel is het wenselijk hierbij niet te hoge ambities te koesteren, maar de praktische uitwerking bij de gemeentelijke mogelijkheden te laten aansluiten. Ambities moeten ook waar kunnen worden gemaakt.

Het is een gegeven, dat een groot gedeelte van het gezondheidsbeleid zich boven het gemeentelijke niveau bevindt en de daadwerkelijke gemeentelijke invloed maar beperkt is. De meest reële optie lijkt dan ook om in eerste instantie bij Rijks- en provinciale ontwikkelingen en signalen aan te sluiten en, waar mogelijk/wenselijk, hier - samen met de GGD-Fryslân en mogelijke andere betrokken partijen - een eigen (aanvullende) lokale invulling aan te geven.

Het door de GGD-Fryslân opgestelde “Masterplan Gezond Leven Fryslân” zal hierbij als leidraad worden gehanteerd.

## **9. Beleidsvoornemens 2010 – 2013**

### **9.1. Beleid Ministerie Volksgezond, Welzijn en Sport**

Wanneer we de speerpunten volgen zoals die staan verwoord in de nota “Kiezen voor gezond leven” van het Ministerie van VWS dan ligt het voor de hand om in de nieuwe beleidsperiode aandacht te schenken aan

- \* Roken
- \* Schadelijk alcoholgebruik
- \* Overgewicht (bewegen en voeding)
- \* Diabetes
- \* Depressies

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

### **9.2. Provinciaal gezondheidbeleid**

Het provinciale gezondheidsbeleid staat verwoord in het in 2008 door de gemeenten, het NIGZ en de GGD-Fryslân gezamenlijk opgestelde “Masterplan Gezond Leven Fryslân”. Dit Masterplan is ontwikkeld om gemeenten ondersteuning te bieden bij het bevorderen van een gezonde leefstijl bij hun inwoners.

Dit Masterplan kent de volgende provinciale speerpunten (thema’s):

- \* Opvoeding
- \* Weerbaarheid jeugd
- \* Roken
- \* Schadelijk alcoholgebruik
- \* Bewegen, voeding (overgewicht)
- \* Veilig vrijen (seksuele gezondheid).

### **9.3. Gemeentelijk gezondheidsbeleid**

Op basis van de voornoemde Rijks- en provinciale gezondheidsvisie én de gemeentelijke beleidslijn zoals die is aangegeven in resp. het WMO-Beleidsplan 2008-2011 en de Kadernotitie integraal gemeentelijk jeugdbeleid komen we tot de volgende gemeentelijke voorstellen/speerpunten voor gezondheidsbeleid.

- \* het verbeteren van de leefstijl voor jong en oud.
- \* het voorkomen van diabetes, overgewicht en depressies bij ouderen
- \* het signaleren en stimuleren van een doorgaande ontwikkelingslijn voor kinderen

Deze beleidsvoornemens sluiten in grote lijnen aan bij het bestaande WMO-, jeugd- en sportbeleid. Natuurlijk zal er bij de verdere uitwerking ervan nadere afstemming met deze beleidsterreinen moeten plaatsvinden.

## 9.4. Leefstijl jongeren

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

### 1. Alcohol, roken en drugsgebruik

#### Alcohol

Alcohol is slecht voor kinderen en jongeren die nog in de groei zijn. Overmatig alcoholgebruik kan leiden tot blijvende hersenschade, vernielingen, geweld en ongevallen en op langere termijn tot verslaving, andere ziektes en arbeidsverzuim. Regelmatig alcoholgebruik kan bij kinderen en jongeren de lichamelijke ontwikkelingen vertragen.

#### Roken

Roken blijft een groot risicofactor voor de gezondheid van kinderen en jongeren. Er moet blijvend worden geïnvesteerd in programma's gericht op het voorkomen van roken. De basis voor deze programma's moet al bij de basisscholen liggen.

Roken begint vaak al op jonge leeftijd en de praktijk laat vervolgens zien dat hoe ouder jongeren worden hoe vaker ze roken.

#### Drugsgebruik

Naast alcohol en roken blijft ook het gebruik van drugs een groot risicofactor voor de gezondheid van jongeren. Vaak ontstaan vanuit experimenteelgedrag op jonge leeftijd kan dit op oudere leeftijd tot ernstige vormen van verslaving leiden.

### Beleidsvoornemen 1

1. Doorgaan met het aanbieden van preventieprogramma's gezond gedrag gericht op roken, alcohol en drugsgebruik aan jongeren en hun ouders
2. Minimaal invulling geven aan het 'minimumpakket' aan maatregelen uit het Projectplan 'Fries Jeugd- en Alcoholbeleid', zoals aangegeven in hoofdstuk 3 van de Kadernotitie integraal gemeentelijk jeugdbeleid Leeuwarderadeel, maar daar waar dit wenselijk/nodig is (b.v. het drink- en rookgedrag van jongeren) hieraan de nodige extra aandacht te schenken en de mogelijkheden voor aanvullende activiteiten te onderzoeken.

### 2. Overgewicht en bewegingsarmoede

Overgewicht en bewegingsarmoede zijn problemen die ook bij de jeugd/jongeren in onze gemeente voorkomen. Uit onderzoek van de GGD-Fryslân blijkt b.v. dat bij de leerlingen uit onze gemeente in de klassen 1 en 2 van het voortgezet onderwijs bij 17% sprake van overgewicht is. Bij de groepen 2 en 7 van het basisonderwijs is dit (nog) een percentage van resp. 6% en 16%. Met het stijgen van de leeftijd lijkt ook het aantal kinderen met overgewicht te stijgen.

Overgewicht heeft zowel een nadelige invloed op de lichamelijke gesteldheid als op het psychosociaal welzijn van jongeren.

Sport kan als een belangrijk middel worden gezien om deze achterstanden en problemen bij jongeren te bestrijden. Zie ook paragraaf 3.2 van de Kadernotitie integraal gemeentelijk jeugdbeleid Leeuwarderadeel.

## **Beleidsvoornemen 2**

Terugdringen en verminderen van overgewicht en bewegingsarmoede onder jongeren.

### **3. Gezonde school**

Het doel van het project 'Gezonde school' is structureel aandacht schenken 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, e.d.

## **Beleidsvoornemen 3**

Tijdens de planperiode 2010 - 2013 willen wij het predikaat 'gezonde school' in de gemeente Leeuwarderadeel op alle basisscholen vorm geven.

Bij de concrete invulling hiervan kan ook het 'Sportstimuleringsproject GO-4-Sport' een belangrijke rol vervullen.

### **9.5. Leefstijl en bevorderen zelfredzaamheid ouderen**

#### **Voorkomen van diabetes, overgewicht en eenzaamheid /depressies ouderen**

Uit onderzoek van de GGD-Fryslân in onze gemeente blijkt in de leeftijdscategorie tot 64 jaar 39% van de inwoners zich eenzaam voelt. In de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder blijkt dit percentage zelfs 46% te zijn. Provinciaal liggen deze cijfers vrijwel gelijk (resp. 39% en 41%). Het lijkt dat het gevoel van eenzaamheid stijgt met een toename van de leeftijd.

Mensen die eenzaam zijn over het algemeen maatschappelijk kwetsbaarder en hebben daardoor vaak intensieve(re) begeleiding nodig, meestal meer dan wat mantelzorgers kunnen bieden. Voor hen moeten voorzieningen goed toegankelijk zijn en tevens aansluiten op de vraag. De WMO-loketten kunnen hierbij een belangrijke rol spelen, maar ook de nabijheid van voorzieningen in het dorp c.q. de wijk waar de 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.

Ook ligt er in deze een belangrijks rol voor de ouderenadviseur weggelegd. Bij de (jaarlijkse) huisbezoeken die deze ouderenadviseur aflegt zal extra aandacht aan eenzaamheid moeten worden geschonken.

## **Beleidsvoornemen 4**

1. Het aanbod van sportactiviteiten voor de doelgroep 55+ continueren en eventueel uitbreiden. Hierbij kan ook het 'Sportstimuleringsproject GO-4-Sport' een belangrijke rol vervullen.
2. Netwerken inrichten, gericht op:
  - a. signaleren van eenzaamheid en depressies
  - b. verwijzing naar meer bewegen

### **9.6. Gezondheid ouderen**

Onze gemeente wordt steeds meer een grijze gemeente. Ook in onze gemeenten zal het aantal ouderen de komende jaren (mogelijk zelfs sterk) toenemen. Deze groep vraagt specifieke aandacht. Op zowel lichamelijk, psychisch als psychosociaal opzicht.

Steeds meer mensen hebben een ongezonde leefstijl en het aantal mensen met een chronische ziekte stijgt. In de praktijk betekent dit meer kans op ziekten, zoals diabetes, hartziekten, astma en chronische bronchitis.

Ook blijven veel ouderen langer zelfstandig wonen.

Om toch (preventief) zorg te kunnen (blijven) bieden aan deze groep willen wij de komende planperiode gebruiken om, met behulp van de medewerkers van het brede WMO-loket en de ouderenadviseur, te onderzoeken op welke wijze deze groep ook in de toekomst het beste kan worden ondersteund/begeleid. Een mogelijke optie hierbij zou een zgn. ‘Consultatiebureau voor ouderen’ kunnen zijn.

### **Beleidsvoornemen 5**

Onderzoek doen naar de wijze waarop de groep ouderen met lichamelijke, psychische en/of psychosociale klachten ook in de toekomst het beste kan worden ondersteund/begeleid. Dit met als doel aandacht voor de preventie van gezondheidsproblemen bij ouderen.

Dit kan door:

1. Het in kaart brengen van het aantal ouderen dat nu en in de toekomst begeleid/ondersteund moet worden.
2. De ouderenadviseur ouderen van 75 jaar en ouder preventief thuis te laten bezoeken. Een mogelijke optie hierbij zou een zgn. ‘Consultatiebureau voor ouderen’ kunnen zijn.

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

#### Overdracht kinderen peuterspeelzalen/kinderopvang naar het basisonderwijs

Een van de aspecten van het verder professionaliseren van het peuterspeelzaalwerk en de kinderopvang is het realiseren van een vloeiende doorgaande lijn tussen deze beide voorzieningen en de basisschool. Door middel van vroegsignalering wordt er naar gestreefd kinderen een goede start te geven. Hiermee kunnen, door zo vroeg mogelijk en zo dichtbij als mogelijk hulp en ondersteuning te bieden bij de ontwikkeling en opvoeding van kinderen, (gezondheids)problemen op latere leeftijd mogelijk worden voorkomen. Essentieel hierbij is een goede van informatie tussen het peuterspeelzaalwerk en de kinderopvang en het basisonderwijs.

Op dit moment wordt hieraan in onze gemeente door de hierbij betrokken partijen al een goede invulling gegeven. Er is regelmatig overleg. Toch is het streven om hieraan door middel van het project “Harmonie in Middelsee” nog een verdere impulsverbetering te geven. Een positieve ontwikkeling. Een heldere en duidelijke doorgaande ontwikkelingslijn tussen de voor- en de vroegschoolse periode van kinderen is immers ook een belangrijk onderdeel van het beoogde Centrum voor Jeugd en Gezin en het verlengde daarvan ook voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid.

Voor een verder beeld van “Harmonie in Middelsee” verwijzen wij u hierbij korthedshalve gaarne naar de door de Stichting “Welzijn Middelsee” opgestelde projectbeschrijving.

#### Overdracht leerlingen basisonderwijs naar het voortgezet onderwijs

Eenzelfde lijn als hiervoor genoemd zou er ook bij de overgang van kinderen van het basisonderwijs naar het voortgezet onderwijs moeten zijn. Dit ligt echter wat complexer. Is bij het basisonderwijs, in de basis, sprake van alleen lokale partijen, bij het voortgezet onderwijs gaat het om partijen aan één zijde (de scholen voor het voortgezet onderwijs) uit meerdere gemeenten. De kinderen uit onze gemeente gaan voor het voortgezet onderwijs naar scholen in Leeuwarden en Sint Annaparochie en mogelijk in beperkte mate ook nog naar Ferwert.

Onze gemeente beschikt niet over scholen voor voortgezet onderwijs.

Op dit moment is er geen helder beeld van of er in deze sprake van een doorgaande lijn (of mogelijk meerdere doorgaande lijnen) is, en zo ja, hoe deze dan is (zijn) geregeld. Mogelijk liggen er wel lijnen, maar dan zijn deze niet (geheel) in beeld. Het lijkt daarom wenselijk hier

de komende tijd (mede ook in het kader van het CJG) de nodige duidelijkheid over te krijgen. Wat is er, en kan dit beter ?

### **Beleidsvoornemen 6**

1. Het (blijven) stimuleren van een goede overdracht en overgang van kinderen van 0 t/m 13 jaar tussen de kinderopvang, het peuterspeelzaalwerk en het basisonderwijs, zodat zo vroeg mogelijk problemen gesignaleerd worden ter bevordering van een doorlopende lijn. Het project “Harmonie in Middelsee” kan hierbij een belangrijke (ondersteunende) rol vervullen.
2. Het onderzoeken van de mogelijkheden om ook bij de overgang van kinderen van het basisonderwijs naar het voortgezet onderwijs een gelijksoortige doorgaande lijn te realiseren.

### **9.8. De Verwijsindex Fryslân (VIF), het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en het Elektronisch Kind Dossier (EKD).**

De Verwijsindex Fryslân is een initiatief vanuit de provincie i.s.m. de 31 Friese gemeenten om provinciebreed een dekkend risicosignaleringsstelsel te realiseren, dat aansluit op de landelijke Verwijsindex.

Het principe is hetzelfde als de landelijke Verwijsindex. Het extra is dat dit de mogelijkheid biedt om een provinciaal dekkend netwerk op te zetten. Daarnaast kunnen er gemakkelijk(er) afspraken worden gemaakt met provinciale (hulpverlenings)organisaties.

Onze gemeente werkt bij de realisatie van de Verwijsindex samen met de drie buurgemeenten, het Bildt, Ferwerderadiel en Menaldumadeel.

Er is intussen een provinciaal convenant ondertekend waarin de rol van de gemeente en ook de andere participanten expliciet wordt vermeld. Op lokaal niveau betekent dit dat de gemeente een regierol krijgt. De VIF wordt gekoppeld aan het in ontwikkeling zijnde Centrum voor Jeugd en Gezin. De implementatie van de VIF zal in de loop van 2010 plaatsvinden.

Daarnaast is de HVD bezig met het invoeren en realiseren van het Elektronisch Kind Dossier (EKD). Elk kind krijgt vanaf zijn/haar geboorte een elektronisch kinddossier waarin informatie over het kind en het gezin wordt vastgelegd. Met het EKD verdwijnen de huidige papieren dossiers, zodat er een betere overdracht plaats kan vinden en vroegtijdig kan worden ingespeeld op signalen. De verplichting van een EKD staat ook genoemd in de nieuwe Wet Publieke Gezondheid. Ook hierin werkt onze gemeenten samen met de drie andere Middelseegemeenten.

### **Beleidsvoornemen 7**

Samen met de drie andere Middelseegemeenten implementeren van de Verwijsindex Fryslân, het vorm geven aan een lokaal Centrum voor Jeugd en Gezin en het invoeren van het Elektronisch Kind Dossier.



## 10. Tot slot

Wij hopen met de thans voorliggende notitie een verdere stap op weg naar een passend gemeentelijk gezondheidsbeleid te kunnen zetten.

Uitgangspunten hierbij zijn de in het vorige hoofdstuk verwoorde beleidsvoornemens. Deze beleidsvoornemens zullen na vaststelling van deze notitie, samen met de GGD-Fryslân en (mogelijke) andere betrokken (lokale) partijen, in concrete uitvoeringsplannen, actiepunten en interventies worden vertaald. Bij een aantal beleidsvoornemens zijn mogelijke uitvoeringsplannen/actiepunten/interventies ook al concreet genoemd.

Het door de GGD-Fryslân opgestelde “Masterplan Gezond Leven Fryslân” zal hierbij als liedraad dienen.

Deze verdere uitvoeringsplannen, actiepunten en interventies zullen ook van een financieel plaatje worden voorzien.

Daarnaast zal bij de verdere uitwerking van deze notitie, waar dit wenselijk/nodig is, ook worden aangesloten bij het WMO-Beleidsplan 2008-2011 “Samen op weg naar een zorgzame samenleving”, de Kadernotitie integraal gemeentelijk jeugdbeleid Leeuwarderadeel “Jeugd, de toekomst” en het beoogde Centrum voor Jeugd en Gezin. Er liggen bij de verdere uitwerking van deze notitie duidelijke raakvlakken met deze beleidsterreinen.

Er zullen in deze dan ook dwarsverbanden (moeten) worden gelegd

Deze notitie kan als een kaderschetsende notitie worden gezien, die de komende tijd in de vorm van concrete uitvoeringsplannen, actiepunten en interventies - zowel inhoudelijk als financieel - een vervolg krijgt.

### **Evaluatie**

Jaarlijks zullen de in deze notitie verwoorde beleidsvoornemens en actiepunten/interventies worden geëvalueerd en, waar nodig/wenselijk, worden aangepast/bijgesteld.

De thans voorliggende notitie dient in dat kader als een voortschrijdend document te worden gezien.

### **Tijdsplanning**

1. Behandeling van de concept notitie in het college van Burgemeester en Wethouders. B. en W. stellen hierbij de definitieve concept notitie vast. 06.10.2009
2. De concept notitie ligt gedurende een periode van vier weken voor een ieder ter inzage op het gemeentehuis. Mogelijkheid tot reacties op de concept notitie. 12.10.2009 t/m 06.11.2009  
Daarnaast wordt de concept notitie om een reactie naar de meest betrokken partijen gezonden.
3. De concept notitie en de binnengekomen reacties gaan om een advies/reactie naar de WMO-Adviesraad. week 46 16.11.2009

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 4. De WMO-Adviesraad krijgt voor zijn advies/reactie vier weken.  | t/m<br>12.12.2009   |
| 5. Bespreken van de binnengekomen reacties en het advies van de WMO-Adviesraad in het college van Burgemeester en Wethouders. | jan. 2010           |
| 6. Vaststellen (eventueel op basis van de ontvangen reacties 5 aangepaste) concept notitie door de gemeenteraad.              | febr./maart<br>2010 |

## Lijst van afkortingen

CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
Dienst SoZaWe	Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Noordwest Fryslân
EKD	Elektronisch Kinddossier
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVO	Gezondheidsvoorlichting en Opvoedingsondersteuning
HVD-Fryslân	HulpVerleningsDienst Fryslân
HWL	Hulp & Welzijn Leeuwarden (thans SinneWelzijn)
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
VIF	Verwijsindex Fryslân
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
WCPV	Wet Collectieve Preventie
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	Wet Publieke Gezondheid
VWS	Volksgezondheid, Welzijn & Sport

## **Bijlagen en/of stukken waarnaar in de notitie wordt verwezen**

- a. De (eerste) notitie gemeentelijk gezondheidsbeleid 2004 - 2007 “Een gezonde(re) gemeente Leeuwarderadeel”.
- b. Het “Masterplan Gezond Leven GGD-Fryslân + het bijbehorende ‘Implementatieplan 2008’.
- c. De notitie “Kiezen voor gezond leven” van de Minister van VWS (zie hoofdstuk 4 van de concept notitie).