

**Bijlage: Overzicht Gemeentelijk Gezondheidsbeleid
2008-2011
Leeuwarden, november 2007**

INLEIDING

Deze overzichtsnota geeft integraal weer wat zich afspeelt op het brede gebied van gezondheidsbevordering binnen de gemeente Leeuwarden. In dit overzicht staan de overwegingen en cijfers die het gemeentelijk gezondheidsbeleid onderbouwen. Voor de leesbaarheid is gekozen om de beleidsnota Gezondheidsbeleid 2008-2011 te beperken tot de beleidsvoornemens voor de komende vier jaren. Deze notitie, getiteld “Overzicht Gemeentelijke Gezondheidsbeleid 2008-2011” is de integrale bijlage van de beleidsnota.

INHOUD

Inleiding

Inhoud

1. Landelijk en wettelijk kader	6
2. Vertrekunten gezondheidsbeleid leeuwarden.....	1
2.1 Gemeentelijk beleid.....	1
2.1.1. Stadsvisie.....	1
2.1.2 Collegeprogramma 2006-2010.....	1
2.1.3 Programmabegroting 2007.....	3
2.1.4 Nota gezondheidsbeleid 2004-2007	3
2.2 Landelijk beleid.....	4
2.2.1 Preventienota van VWS.....	4
2.2.2 Grotestedenbeleid (GSB)	4
2.2.3 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).....	5
3. Algemene visie op gezondheid en gezondheidsbeleid.....	6
3.1 Visie op gezondheid	6
3.2 Visie op gezondheidsbeleid	8
3.3 Integraal gezondheidsbeleid	9
3.4 Beleidsuitgangspunten Leeuwarder gezondheidsbeleid.....	10
4. Gezondheids situatie van de bevolking	12
4.1. Demografische gegevens en trends.....	12
4.2. Algemene Gezondheid en gezondheidsbeleving in Leeuwarden	14
4.2.1. Jeugd (0-4 jarigen).....	14
4.2.2. Jeugd (4-19 jarigen).....	16
4.2.3. Volwassenen en ouderen	20
4.2.4 Conclusies gezondheid van de volwassen bevolking.....	23
5. Gezondheidsbeleid en andere gemeentelijke verantwoordelijkheden	26
5.1 Wettekst WCPV	26
5.2 WCPV in relatie tot stadsontwikkeling.....	26
5.2.1 Milieu	26
5.2.3 Ruimtelijke ordening en wonen	27
5.3. Raakvlakken tussen de WCPV en de Wmo	28
5.4. Raakvlakken tussen de WCPV en de gezonde leefstijl.....	33
5.5. Relatie andere beleidssectoren.....	34
6. Basistaken, extra taken en wenselijke taken.....	37
6.1. Jeugdgezondheidszorg Leeuwarden.....	37
6.1.1 Basistaken jeugdgezondheid	37
6.1.2 Extra-taken gezondheidszorgbeleid: JGZ Leeuwarden.....	38
6.2. Collectieve preventie Leeuwarden	39

6.2.1 Basistaken GGD: collectieve preventie en acute zorg	40
6.2.2 Wenselijke taken collectieve preventie en acute zorg.....	40
6.3 Gemeenschappelijke regeling over basistaken GGD	40
7. Speerpunten gemeentelijk beleid	41
7.1. Speerpunten leefstijlen tot 2011	41
7.2. Doelgroep, settings en uitwerking.....	<i>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</i> 3
7.3. Speerpunt SMART geformuleerd.....	<i>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</i> 4
7.4. Kosten van de speerpunten.....	499
8 Begroting 2008 2011.....	50
<i>Bijlage 1: WCPV</i>	<i>51</i>
<i>Bijlage 2: Milieu en gezondheid</i>	<i>555</i>
<i>Bijlage 3: Tabel WCPV en Wmo relatie</i>	<i>599</i>
<i>Bijlage 4: Productomschrijvingen JGZ.....</i>	<i>61</i>

SAMENVATTING

De beleidsnota “Gemeentelijk Gezondheidsbeleid 2008-2011” kan gelezen worden als de samenvatting van deze overzichtsnota.

1 LANDELIJK EN WETTELIJK KADER

Waarom (een nota) gemeentelijk gezondheidsbeleid?

Gemeenten dragen van oudsher veel bij aan de gezondheid van de bevolking. Zo is de gemiddelde levensverwachting van de bevolking in de laatste anderhalve eeuw enorm toegenomen (van 37 jaar in 1850 tot bijna 80 jaar in 2005). Dit is vooral het gevolg van verbeterde hygiënische omstandigheden (riolering) en behuizing. De laatste tijd wordt ook steeds weer benadrukt dat de gezondheidssituatie van de bevolking niet alleen te beïnvloeden is via de gezondheidsbeleid. Er is potentieel juist veel gezondheidswinst te behalen door directe en indirecte vormen gezondheidsbeïnvloeding vanuit allerlei andere maatschappelijke sectoren (sport, ruimtelijke ordening, e.d.). Als bedreigende factor voor de gezondheid van de bevolking moet genoemd worden de zogeheten welvaartsziekten, die sterk samenhangen met ongezonde leefstijlen.

De gemeente Leeuwarden heeft goede redenen om zich te bekommeren om de gezondheid van haar burgers.

Allereerst omdat gezondheid zowel voor de individuele burgers als voor de samenleving als geheel erg belangrijk is. Het is immers een voorwaarde voor een gelukkig en productief leven. Verder heeft de gemeente mogelijkheden om de gezondheid van vooral de zwakkere groepen te verbeteren. Gezondheid wordt namelijk voor een groot deel bepaald door factoren die buiten het directe domein van de gezondheidsbeleid liggen: door de leefwijze en de sociale en fysieke omgeving. Ook de ontwikkelingen op andere beleidsterreinen beïnvloeden de gezondheid van burgers, hierbij valt te denken aan het inkomensbeleid (WWB), de lokale aanpak van achterstandgebieden, enz. Het is voor de gemeente dus mogelijk en doelmatig om positief en preventief bij te dragen aan gezondheid.

De gemeente is op basis van de WCPV (Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid) verantwoordelijk voor de collectieve preventie. De gemeente heeft de taak de gezondheid van haar inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Van oudsher heeft de gemeente volgens de Grondwet en de Gemeentewet een algemene verantwoordelijkheid op het brede terrein voor het welzijn en de gezondheid van haar burgers. De gemeente Leeuwarden laat een groot deel van de uitvoerende taken van de WCPV tezamen met de andere Friese gemeenten uitvoeren door de Hulpverleningsdienst – Fryslân, onderdeel Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD Fryslân). De WCPV onderscheidt drie deeltherreinen: collectieve preventie (waaronder o.a. beleidsadvisering en gezondheidsbevorderingen vallen), infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Naast de directe verantwoordelijkheid voor uitvoerende taken op het terrein van gezondheid zijn er verantwoordelijkheden die een gemeente in samenwerking met andere partijen op zich neemt, zoals bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang en de ambulancezorg. Maar ook samenwerking met andere partijen in het gezondheidsbeleid

voor het bevorderen van toegankelijkheid en samenhang in de zorg. Anders gezegd, samen met anderen invulling geven aan een goed functionerende zorgketen, van preventieve tot en met curatieve zorg. In deze samenwerkingsrelaties heeft de gemeente meestal een signalerende of faciliterende rol en in toenemende mate een regierol.

2. VERTREKUNTEN GEZONDHEIDSBELEID LEEUWARDEN

2.1 Gemeentelijk beleid

2.1.1. Stadsvisie

In de Stadsvisie “Varen onder eigen vlag” (2002) is voor het onderdeel ‘Cure en care’ het volgende opgenomen.

De behoefte aan medische zorg en verzorging, in de meest brede zin van het woord moet integraal in worden voorzien. In sociaal opzicht wordt daarbij uitgegaan van participatie van bewoners, langs de lijnen van ‘enabling’. De gemeente heeft de taak toe te zien op de volksgezondheid van haar bewoners. Leeuwarden zal zoveel mogelijk doen wat binnen haar vermogen ligt om zorg te dragen dat voorzien gaat worden in de toenemende behoefte aan medische zorg en verzorging.

De Rijksoverheid en de marktpartijen zijn de belangrijkste spelers op het gebied van de gezondheidsbeleid. De gemeente heeft een bescheiden rol om de lokale vraag en aanbod te faciliteren middels de taken op het gebied van de ruimtelijke ordening. Er worden nieuwe zorgconcepten ontwikkeld; dat betekent minder intramurale en meer extramurale voorzieningen. Hierbij valt te denken aan het bevorderen van gezondheidscentra zoals ‘huisartsen onder één dak’ (‘hoed’), ‘gezondheidswerkers onder één dak’ (‘goed’) of samenwerking bevorderen tussen diverse disciplines in het gezondheidsbeleid en het welzijnswerk.

Woonservicezones

Een strategisch project om zorg te dragen dat de scheiding van wonen en zorg soepel gaat verlopen is de bevordering van zones in de gemeente met intensieve zorg en dienstverlening in de stad voor de kwetsbare burger. De ontwikkeling van de vermaatschappelijking van de zorg doet zich nu sterk voor binnen de verzorgingshuiszorg, de verstandelijke en lichamelijke gehandicaptenzorg en de maatschappelijke opvang. De gemeentelijke inspanning is erop gericht om met de partners op het gebied van de zorg en de huisvesting te komen tot realisatieovereenkomsten van passende huisvesting, zorg en andere dienstverlening in de zones. De gemeente bevordert dit door ook met de eigen voorzienings sfeer en welzijnsactiviteiten daar waar mogelijk aan te sluiten bij de zones.

2.1.2 Collegeprogramma 2006-2010

Onder titel ‘Leeuwarden werkt!’ is een aantal prioriteiten genoemd dat rechtstreeks verwijst naar een gemeentelijke taak op het gebied van het gezondheidsbeleid:

- *Gezond, veilig en aangenaam leefmilieu*

Duurzaamheid zal in ons beleid een centraal thema zijn. Wij zijn van mening dat voor de verdere ontwikkeling van het bedrijfsleven in Leeuwarden een koppeling van economie en milieu (inclusief water en energie) grote kansen biedt. Die kansen op een voorspoedige ontwikkeling van de stad worden zeker ook versterkt door een goede bereikbaarheid, een hoog niveau van (deelname aan) cultuur en sport, onderwijs dat goed aansluit op een nauwe, open relatie heeft met het bedrijfsleven, een gezond, veilig en aangenaam leefmilieu met een passende woning voor iedereen en een optimale dienstverlening van de gemeente aan burgers en bedrijven.

- *Jonge kinderen:*

Voor de jongste kinderen (0-4 jaar) is vroegtijdige signalering van problemen, bijvoorbeeld taalachterstand, enorm belangrijk. Daarom moet de keten in de jeugdhulpverlening verbeterd worden, vanaf het consultatiebureau tot en met de peuterspeelzalen, GGD (jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar) en andere instellingen die met deze groep te maken hebben. De gemeente neemt hierin het voortouw. In deze collegeperiode wordt onderzocht hoe de samenwerking tussen de verschillende instellingen kan worden verbeterd.

- *Voorzieningsniveau WMO.*

Het huidige voorzieningsniveau van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en van huishoudelijke verzorging is het uitgangspunt voor het toekomstige pakket WMO-voorzieningen. De uitvoering van de WMO gebeurt binnen bestaande en nog te ontvangen rijksbudgetten. Mensen met een beperking krijgen grote invloed op de aard en inhoud van de voorziening die het hen mogelijk moet maken actief deel te nemen aan de maatschappij. Mantelzorgers en vrijwilligers nemen bij de zorgverlening een belangrijke plaats in en zijn onmisbaar. Zij mogen rekenen op daadwerkelijke ondersteuning door de lokale overheid (zie: beleidsnota WMO 2008-2011).

- *Woonservicezones*

De voorzieningen in de wijken worden zoveel mogelijk geclusterd en gekoppeld om de woonservicezones mogelijk te maken. De ontwikkeling van die 13 zones in de stad zal worden gestimuleerd.

- *GVVP-beleid*

Het GVVP-beleid (gemeentelijk vervoer- en verkeersplan) voor het fietsverkeer wordt uitgewerkt in de beleidsnota 'Richtingwijzer Fiets'. In deze nota worden de ambities voor comfortabele fietsroutes en voldoende stallingen vertaald naar concrete projecten.

- *Sport*

Sport is een bindmiddel in de samenleving, het bevordert de integratie van naast elkaar levende groepen, probleemjongeren, allochtonen en anderen. De gezondheid is eveneens in zeer belangrijke mate gebaat met sporten.

- *Speelruimte*

De gemeente gebruikt bij overleg over nieuwe uitleggebieden of stedelijke vernieuwingsgebieden de landelijke norm van 3% voor het reserveren van ruimte en middelen voor speelruimte.

2.1.3 Programmabegroting 2007

Deze uitgangspunten zijn bij Programma 4 (Zorg en Opvang) van de Programmabegroting 2007 t.a.v. het gezondheidsbeleid in engere zin als volgt vertaald:

Gezondheidsbeleid

- Het doen voorbereiden en uitvoeren van het gemeentelijk beleid met betrekking tot de collectieve preventie door de gezondheidsrisico's voor risicogroepen te beperken;
- Het in stand houden van een (inter)gemeentelijke gezondheidsdienst voor de uitvoering van de collectieve preventietaken gezondheid;
- Het in stand houden en versterken van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0 – 19 jarigen (JGZ is gericht op het bevorderen, beschermen en beveiligen van de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen zowel op individueel als op groepsniveau);
- Het bevorderen dat ouderen zo lang mogelijk in de eigen thuissituatie kunnen blijven wonen. Daarbij is de doelstelling om de intramurale huisvesting van 65+ te verminderen van 8% naar 6% in 2010;
- Het bevorderen dat gehandicapten zo lang mogelijk in de eigen thuissituatie kunnen blijven wonen en kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer.

In het GSB 2005 – 2009 is het thema “Gezond en Wel in de stad” opgenomen. In dit kader is afgesproken met het rijk het overgewicht onder 0 – 19 jarigen en onder 19 – 55 jarigen aan te pakken. Deze aanpak vindt plaats vanuit meerdere invalshoeken, dat wil zeggen samenhangend beleid, interventies en monitoring (groeigegevens volgen bij jeugd en evaluatie van interventies).

2.1.4 Nota gezondheidsbeleid 2004-2007

In de nota “*Gezondheid voor alle lagen en alle leeftijden*” is voor een indeling naar leeftijd gekozen met als belangrijke thema's de sociaal-economische gezondheidsverschillen en leefstijl. De prioriteit is gelegd bij jongeren (met name 0-4 jarigen), bij sociaal economische gezondheidsverschillen en leefstijl. Wat betreft de groep ouderen en met name de groep volwassenen zijn geen extra beleidsinspanningen en activiteiten voorgesteld in de eerste nota gezondheidsbeleid. Daarnaast is in de eerste nota de nadruk gelegd op een integraal gezondheidsbeleid. De gemeente Leeuwarden is een aantal vernieuwende projecten op het terrein van gezondheid gestart. Voorbeeld van een vernieuwend project is: “Gezonde start”, een gezondheidsproject voor kinderen in achterstandssituaties. In 2006 is het project Gezonde start afgerond. Dit project biedt aanknopingspunten voor het vervolg. Er is verder in 2006 een projectplan vastgesteld “Yn't Spier”, nu “Actie Leeuw !” geheten, dat gericht is op het tegengaan van overgewicht bij de 0-19 jarigen en onder de groep 19-55 jarigen. Dit project voorziet in aanpak voor de komende jaren tot eind 2009.

Verder is de gemeente zeer actief geweest in de opzet van sociale teams . Deze teams moeten leiden tot een effectievere hulpverleningstructuur voor mensen met een meervoudige problematiek. Voorts is voortvarend te werk gegaan met de uitwerking van de woonservicezones.

2.2 Landelijk beleid

2.2.1 Preventienota van VWS

Het Ministerie van VWS heeft in oktober 2006 de nota 'Kiezen voor gezond leven 2007-2010' naar het parlement gestuurd. In de nota staat de leefstijl centraal: *ongezond gedrag* wordt als hoofdprobleem aangegeven. Het ministerie wil de komende jaren dit probleem aanpakken via 5 speerpunten:

- Roken;
- Schadelijk alcoholgebruik;
- Overgewicht (bewegen en voeding);
- Diabetes;
- Depressie.

Daarnaast wil het ministerie de verbindingen langs twee lijnen versterken, namelijk op de lijn 'afstemming preventie-curatie' en op de lijn 'landelijk-lokaal' beleid.

Het landelijke preventiebeleid kenmerkt zich door de volgende opvattingen:

- Bevorderen gezonde leefstijl is hoofdthema van het beleid;
- Welvaartziekten zijn grotendeels te vermijden;
- Mensen stimuleren tot de gezonde keuzes;
- Betere samenwerking binnen en buiten de overheid is nodig.

Op basis van de landelijke preventienota is een provinciale nota gemaakt met eigen prioriteiten, geheten 'Masterplan Gezond Leven' (2007) door de GGD- Fryslân. Deze nota zal het gemeentelijk uitgangspunt zijn voor de speerpunten op het gebied van leefstijlen. Tevens wordt in het Preventieplatform Friesland, waarin ook de gemeenten participeren, aanvullend gewerkt aan de ontwikkeling van een aanpak voor de bestrijding van de landelijke speerpunten diabetes en depressie.

2.2.2 Grotestedenbeleid (GSB)

In de nota "Samenwerken aan de Krachtige stad" staan de uitgangspunten voor het grotestedenbeleid 2005-2009 verwoord. De missie van het grotestedenbeleid is gericht op krachtige steden, waarin zichtbare resultaten worden geboekt, met een minimum aan bureaucratie. Een krachtige stad is een veilige, economisch vitale stad, die een hechte sociale samenhang kent; een stad die kansen biedt aan haar burgers en waar het prettig is om te verblijven.

Het GSB-beleid kent drie onderdelen: (1) Fysiek, (2) Economie en (3) Sociaal, integratie en veiligheid. Het gezondheidsbeleid 'Gezond en wel in de stad' valt onder het derde onderdeel. Het GSB gezondheidsbeleid zet met name in op jongeren en overgewicht. De rijksdoelstelling is dat het percentage jongeren met overgewicht landelijk gelijk blijft. Het meerjarenontwikkelingsprogramma (MOP) van Leeuwarden in het kader van het grotestedenbeleid: 'Scherp aan de wind' (2005) benoemt een aantal doelstellingen en resultaten:

Doelstelling	Nulsituatie 2004	Resultaat 31/12/ 2009	Bron
Het percentage 0-19 jarigen met overgewicht	Jaartal van nulmeting: 2005: Dit wordt midterm 2007 aangeleverd	Bij alle kinderen van 0-19 jaar die gezien worden door JGZ wordt overgewicht opgespoord. Voor minimaal 70% van de kinderen bij wie dreigend overgewicht is gesignaleerd, wordt een gezondheidsinterventie ingezet (individuele of collectieve preventieve aanpak)	GGD en Thuiszorg
Aanpak van overgewicht en lichamelijke inactiviteit onder 19-55 jarigen met een lage economische positie	Nulmeting 2005 niet voorhanden (inmiddels bekend)	Voor minimaal 5% van 19-55 jarigen met een lage sociale economische positie worden interventies ingezet gericht op een gezonde levensstijl met nadruk op overgewicht en lichamelijke inactiviteit.	GGD en Thuiszorg

2.2.3 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)

In de Wmo worden de Wvg, de Welzijnswet, een deel uit de AWBZ en een deel uit de WCPV opgenomen.

Vooralsnog gaat het om een klein deel uit de AWBZ, de huishoudelijke verzorging. Ook voor de WCPV gaat het om een klein onderdeel: het aandachtsgebied openbare geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast gaat het om een aantal subsidieregelingen die onder de Wmo worden gebracht. In 2008 is het grootste deel van de Wmo in de gemeente operationeel.

De gemeente Leeuwarden maakt, in samenhang met de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid, het Wmo beleidsplan 2008-2011. In het beleidsplan van de Wmo wordt voor de komende vier jaren de doelstellingen, resultaten en acties benoemd voor de negen prestatievelden (zoveel als mogelijk gekoppeld aan de taken die voortvloeien uit de WCPV). In hoofdstuk 5 wordt over het gemeentelijk gezondheidsbeleid eveneens alle prestatievelden van de Wmo belicht.

3. ALGEMENE VISIE OP GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSBELEID

3.1 Visie op gezondheid

Volgens de WHO is gezondheid 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken'. Gezondheid is in dit opzicht ook een dynamisch resultaat van inspanningen op meerdere niveaus vanuit verschillende beleidssectoren. Het gaat niet om een ideale situatie van burgers die nooit ziek zijn en een samenleving waarin nooit iets mis is. Het is wel belangrijk dat mensen positieve keuzes kunnen maken inzake hun eigen gedrag, invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en dat ze, indien nodig, gepaste, betaalbare zorg ontvangen. Voor de burger zelf is gezondheid vaak geen doel op zich, maar een voorwaarde tot geluk, mobiliteit en werk. Iemand met een handicap of chronische aandoening kan zichzelf best gezond voelen.

Deze 'gezondheidsbeleving' wordt ook vaak als maat voor gezondheid genomen. Op bevolkingsniveau wordt de gezondheidstoestand meer gemeten op basis van levensverwachting en het vóórkomen van ziekte, ziekteverzuim en dergelijke. In de memorie van toelichting bij de Wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid wordt gezondheidswinst opgevat als: verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven.

Bij het maken van beleid op het gebied van gezondheid is inzicht nodig in de manier waarop gezondheid van mensen is te beïnvloeden. Een handig hulpmiddel daarbij is het zogenaamde 'model van Lalonde'. Lalonde – die ooit minister van volksgezondheid in Canada was - onderscheidt vier soorten factoren die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

- biologische en erfelijke factoren: de aanwezige (aanleg tot) gezondheid of ziekte;
- omgevingsfactoren: de fysieke en sociale omgeving, zoals woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid;
- leefstijlfactoren: het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid;
- (gezondheids) zorgfactoren: de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen.

Naast deze factoren is de financiële positie van de bevolking van invloed op de gezondheid. Groeperingen met een slechte financiële positie zijn minder goed in staat om deel te nemen aan sport, gebruik te maken van gezondheidsvoorzieningen en zich te wapenen tegen bedreigende factoren op hun gezondheid.

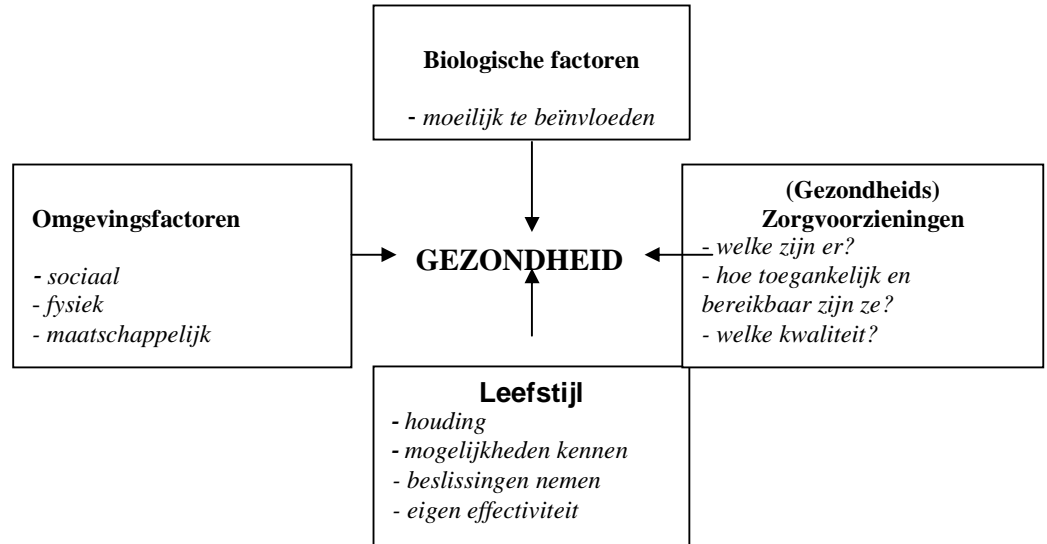
De laatste jaren is er veel aandacht voor de zogenaamde sociaal-economische gezondheidsverschillen, vooral ontstaan door verschillen in omstandigheden waarin

mensen opgroeien, wonen en werken. Hier ligt een belangrijk aangrijpingspunt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De biologische factoren zijn niet beïnvloedbaar door de gemeentelijke overheid en worden dus verder buiten beschouwing gelaten.

Op omgeving en leefstijl heeft de gemeente de meeste invloed; dit zal later worden uitgewerkt. Ook de (gezondheids) zorg is vanzelfsprekend van invloed op de gezondheid van burgers. De (gemeentelijke) overheid kan onder andere aandacht besteden aan de toegankelijkheid van deze zorg en speelt een faciliterende rol in het vestigingsbeleid.

Maatschappelijke ondersteuning als geheel kan gezien worden als een belangrijke factor die van invloed is op de gezondheid.



Figuur: Het model van Lalonde, determinanten van gezondheid

Uit het bovenstaande blijkt wel dat gezondheid niet alleen te beïnvloeden is via de sector volksgezondheid. Ook maatregelen en gedrag op het terrein van bijvoorbeeld verkeer, veiligheid, ruimtelijke ordening, sociaal beleid, milieu en onderwijs, kunnen de gezondheid positief beïnvloeden. Gezondheidsbeleid is idealiter een vorm van integraal beleid of facetbeleid. Samenwerking staat hierbij centraal: binnen de gemeente, tussen gemeenten en met regionale en lokale instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties en financiers.

Wanneer het aspect gezondheid deel uitmaakt van beleid van andere sectoren dan de sector Volksgezondheid, is er sprake van integraal gezondheidsbeleid. Het is beleid dat buiten de strikte gezondheidssfeer valt, waarbij het voorkómen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van gezondheid een doel is. Factoren die gezondheid beïnvloeden in samenhang aanpakken. Integraal gezondheidsbeleid is erop gericht verschillende factoren die van invloed zijn op gezondheid in samenhang aan te pakken. Integraal gezondheidsbeleid biedt randvoorwaarden om interventies uit te voeren en maatregelen te nemen waarmee factoren die gezondheid beïnvloeden gelijktijdig kunnen worden aangepakt. Dat biedt bijvoorbeeld de mogelijkheid om de leefstijl te beïnvloeden door de fysieke en sociale leefomgeving erbij te betrekken. Belangrijke sectoren voor de sector volksgezondheid om mee samen te werken zijn bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, beheer openbare ruimte, veiligheid, economie, onderwijs, media, financiën, sport en sociale zaken. Een volgreid gemeentelijk gezondheidsbeleid is in principe een

vorm van integraal beleid, waarbij alle beleidsectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein samenwerken aan het aspect gezondheid, waarbij het gemeenschappelijk doel is het bevorderen of beschermen van de gezondheid.

3.2 Visie op gezondheidsbeleid

Bij het formuleren van een visie op het gezondheidsbeleid kunnen twee discussies worden gevoerd:

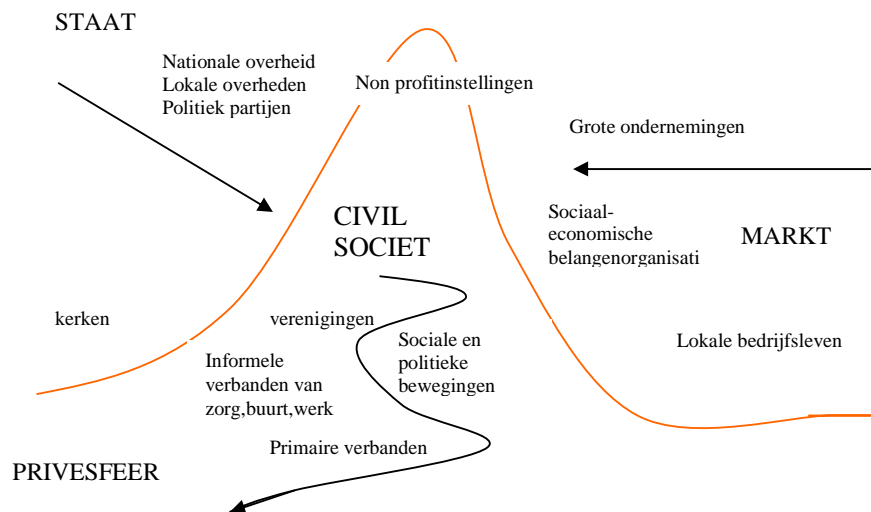
- Welke rol ziet de gemeente voor zichzelf, de partners en de burger wat betreft de zorg voor mensen met gezondheidsproblemen?
- Welke rol ziet de gemeente voor zichzelf, de partners en de burger als het gaat om het voorkomen van gezondheidsproblemen?

Bovenstaande vraagstukken beantwoorden is niet eenvoudig omdat een gemeentelijke visie niet haarscherp onderscheidt welke activiteiten wel en welke niet worden voorgestaan. Toch is de richting voor de gemeente Leeuwarden wel duidelijk. In het verlengde van het voorgenomen beleid van de Wmo en het Lokaal Sociaal Beleid wordt door de gemeente gekozen om nadruk te leggen op de eigen verantwoordelijkheid van de burger als het gaat om het zoeken van de juiste zorg in geval van gezondheidsproblemen én als het gaat om het voorkomen van gezondheidsproblemen. Dit is dan weliswaar de algemene lijn, maar niet iedereen heeft gelijke kansen en mogelijkheden om gehele eigen verantwoordelijkheid waar te maken.

In geval de mogelijkheden voor maatschappelijke participatie en/of de eigen verantwoordelijkheid niet kunnen worden gerealiseerd, zal de gemeente werken aan het slechten van de belemmeringen. Zo legt de gemeente Leeuwarden extra nadruk op de (sociale en fysieke) gezondheid van de jongeren van 0-18 jaar. Immers, kinderen zijn niet in staat om wel overwogen keuzes te maken over het eigen leven: de gemeentelijke overheid heeft hierin een ondersteunende en helpende rol.

Het formuleren van de eigen taak van de gemeente is een dynamisch proces waarbij de keuzes voor ondermeer het compensatiebeginsel voor risicogroepen ligt op het spanningsveld tussen overheid-middenveld-burger, met andere woorden: de civil society. Druk op de civil society door de overheid of markt resulteert vaak in reacties in informele verbanden en in de privé sfeer door bijvoorbeeld meer terugtrekgedrag maar kan ook resulteren in het tegenovergestelde: sociale actie.

Fig: Spanningsveld overheid, markt en



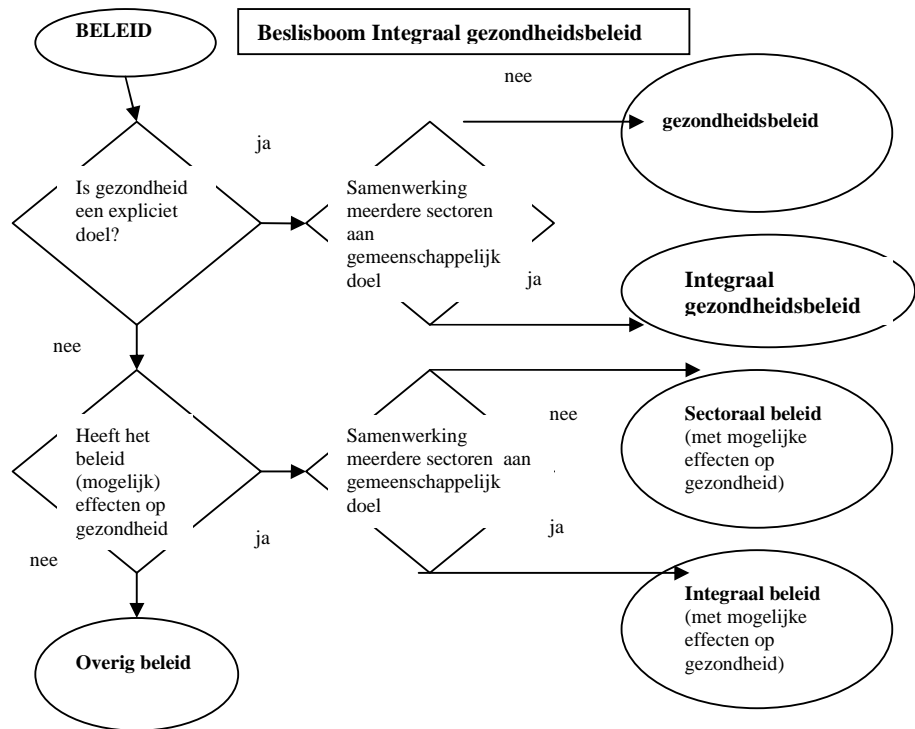
Het is een uitdagende taak van de gemeente om een goed evenwicht te bewaren tussen beleid gericht op het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheden van de burgers en aan de andere kant ook risicogroepen te beschermen en te ondersteunen, waarbij soms ingrepen in de persoonlijke sfeer nodig zijn. Ook beleidsmaatregelen dienen in balans te zijn in het spanningsveld tussen activering en participatiebevordering enerzijds en handhaving en regulering anderzijds.

3.3 Integraal gezondheidsbeleid

Gezondheid benaderen van een breder perspectief (“out of the box”) is kenmerkend voor het begrip integraal gezondheidsbeleid. De praktijk kent vele voorbeelden van gezondheidswinst die is opgetreden door beleid op andere beleidsterreinen, zoals de in het verleden gerealiseerde voorzieningen voor schoon water en riolering, goede behuizing en bescherming van werknemers. Ook recentere voorbeelden zijn ruimschoots voorhanden waarbij gezondheidswinst is behaald door een effectief preventiebeleid als ‘stoppen met roken’ campagnes gecombineerd met maatregelen op het gebied van rookvrije openbare ruimtes, de rookvrije werkplek, het reclameverbod en het heffen van accijns en op het terrein van valpreventie bij ouderen.

Integraal gemeentelijk gezondheidsbeleid is in feite het resultaat van een gericht en doelbewust afstemming- en samenwerkingsproces tussen alle beleidssectoren (ruimtelijke ordening, bouwen en wonen, beheer openbare ruimte, milieu, veiligheid, economie, onderwijs ,enz.) Integraal gezondheidsbeleid, gezondheidsbeleid, sectoraal beleid en integraal beleid komen tot stand middels verschillende processen en binnen verschillende kaders.

In onderstaande beslisboom wordt een handreiking geboden om te beslissen of een beleidsonderdeel onderwerp is van integraal gezondheidsbeleid of beleid met mogelijke effecten op gezondheid. (Bron: ‘Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing’ van de RIVM, 2007).



Kenmerken van het integraal gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn:

- Er is een bewust gestuurde samenwerking tussen de sector volksgezondheid (ZHS) en een of meerdere relevante sectoren buiten het volksgezondheidsdomein, bijvoorbeeld middels de projectstructuur;
- Het beleidsonderdeel is gericht op beïnvloeding van een of meerdere determinanten van gezondheid in onderlinge samenhang;
- Het uiteindelijke doel is gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming;
- Naast de lokale overheid zijn mogelijk ook andere actoren betrokken: gezondheidsdeskundigen, wijkpanels, belangengroeperingen, patiëntenorganisaties, etc.;

Omdat wij spreken van integraal gemeentelijk gezondheidsbeleid als er sprake is van een bewust gestuurd proces, kan beleid dat toevallig leidt tot gezondheidsbevordering geen integraal gezondheidsbeleid zijn, maar wel sectoraal beleid en het liefst dan nog integraal beleid. Integraal gezondheidsbeleid is pas van toepassing als het bijvoorbeeld gaat om een bewust opgezet structureel overleg als intersectorale werkgroepen, taskforces of convenantvorming met andere partijen rondom gezondheidsonderwerpen. Een instrument dat integraal beleid en integraal gezondheidsbeleid kan ondersteunen is gezondheidseffectschatting (GES). Dit instrument krijgt in dit beleidsoverzicht verder geen aandacht, maar zal als uitvoeringsinstrument op experimentele basis de komende jaren mogelijk wel ingezet worden.

De voorliggende nota levert gezondheidsbeleid op en is niet ingericht als integraal gezondheidsbeleid, omdat binnen de huidige kaders geen tijd en ruimte (middelen) is voor integraal gezondheidsbeleid. Ook voor de komende beleidsperiode 2008-2011 is met de huidige inzet integraal gezondheidsbeleid niet mogelijk.

3.4 Beleidsuitgangspunten Leeuwarder gezondheidsbeleid

In het hieraan voorafgaande is algemene visie op gezondheid omschreven. In de periode 2004-2007 zijn door de gemeente Leeuwarden beleidsuitgangspunten vastgelegd en zijn hier nog onverkort van toepassing. Hieronder volgen de beleidsuitgangspunten die ook voor het tijdvak 2008-2011 van toepassing zijn.

1. Vergroten van kansen op gezondheid voor mensen met een lage economische positie

De kansen op een gezond leven zijn niet gelijk verdeeld. Er zijn allerlei factoren die ertoe leiden dat sommige mensen meer (gezondheids)risico's lopen dan anderen, minder goed in staat zijn om voor zichzelf te zorgen, minder gebruik (kunnen) maken van voorzieningen. Juist omdat het met de meeste burgers goed gaat, zal de gemeente Leeuwarden zich in haar gezondheidsbeleid met name richten op diegenen die minder kansen hebben en meer bedreigingen ondervinden waar het gaat om hun gezondheid.

2. Stimuleren van een gezonde leefstijl bij de bevolking

Veel mensen vertonen ongezond gedrag zoals roken, schadelijk alcoholgebruik, te weinig bewegen en slechte voedingsgewoonten, met een negatieve gezondheidsontwikkeling tot gevolg. Bevolkingsgroepen met naar verhouding sterk ongezond gedrag of een hoge kwetsbaarheid op dit punt zijn jongeren, ouderen, allochtonen en personen met een lage sociaal-economische status.

Het stimuleren van een gezonde leefstijl bij de bevolking betekent niet dat de overheid verantwoordelijk is voor het ontstaan van gezondheidsproblemen. Iedere individuele burger heeft een eigen verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid; de overheid schept voorwaarden om het maken van zelfstandige keuzes van burgers in dat proces mogelijk te maken. Belangrijkste aangrijpingspunten voor de gemeente daarbij zijn preventie en voorlichting. Naast voorlichting kan gedrag ook beïnvloed worden door maatregelen in de omgeving die het gezonde bedrag bevorderen: 'maak de gezonde keuze, de gemakkelijke keuze'.

3. Bevorderen van de sociale en geestelijke gezondheid van de bevolking.

Zowel bij de jongeren, de volwassenen als bij de ouderen zijn er mensen die geen optimale sociale en geestelijke gezondheid hebben. Bevolkingsgroepen met een relatief hoge kwetsbaarheid op dit terrein zijn jongeren, ouderen, mensen met ervaringen met huiselijk geweld, daklozen, verslaafden en (ex) psychiatrische patiënten. Deze dreigen in een maatschappelijk isolement te geraken met alle gevolgen van dien. De gemeente wil de sociale en geestelijke gezondheid bevorderen door het bieden van een vangnet voor diegenen die om enigerlei reden geen gebruik (kunnen) maken van de reguliere voorzieningen.

4. Verbeteren van de levenskwaliteit van mensen met een beperking of een chronische ziekte

Een deel van de burgers heeft chronische gezondheidsproblemen, is gehandicapt of wordt geconfronteerd met ouderdomsproblemen waardoor het dagelijks functioneren en het behoud van zelfstandigheid worden belemmerd. De gemeente heeft volgens de Wmo de zorgplicht om verantwoorde voorzieningen aan te bieden. Door het aanbieden van deze voorzieningen worden, zoveel als mogelijk, belemmeringen weggenomen en kan deze groep beter functioneren in de maatschappij.

4. GEZONDHEIDSITUATIE VAN DE BEVOLKING

4.1. Demografische gegevens en trends

Fryslân telt momenteel ruim 642.000 inwoners. Een belangrijke trend voor de komende jaren is een afname van het aantal jongeren en een toename van het aantal ouderen, oftewel ontgroening en vergrijzing.

Tabel: Verdeling bevolking per 1-1-2006

	0-4 jr	5-9 jr	10-14 jr	15-24 jr	25-39 jr	40-64 jr	65-79 jr	80+
Leeuwarden	5,5	5,1	5,3	15,5	22,5	30,6	10,3	4,3
Fryslân	6,1	6,3	6,3	12,1	19,5	34,5	11,2	3,9
Nederland	6,1	6,1	6,1	12,0	21,0	34,5	10,7	3,6

Bron : Provincie Fryslân (CBS)

Kijken we naar de vergrijzing, dan blijkt dat nu 15,1% van de Friese bevolking 65 jaar of ouder is. Voor Leeuwarden is dit percentage 14,6% en heel Nederland 14,3%, maar altijd nog minder dan de rest van de Europese Unie (EU-15) met 17,3%. Fryslân is een vergrijzende provincie waarbij Leeuwarden minder vergrijst dan de rest van de provincie. Uit onderstaande tabel is af te lezen dat voor Leeuwarden pas na 2010 de vergrijzing gaat toenemen en pas rond 2020 de dubbele vergrijzing (75+) sterk is toegenomen. In 2004 had bijna 50% van de leeftijdsgroep 75+ een zorgvraag (31% ontvangt thuiszorg, en 15% verblijft in een verzorging- of verpleeghuis). De zorgvraag zal rondom 2020 dus enorm stijgen.

Het gevolg van vergrijzing en ontgroening is dat er in de toekomst veel chronisch zieke, zorgbehoevende ouderen zijn, terwijl er relatief weinig mensen beschikbaar zijn om de stijgende vraag naar effectieve, veilige en voor iedereen toegankelijke zorg te bieden. Door vergrijzing en ontgroening zal immers het aandeel van de economisch productieve bevolking gaan afnemen. Op deze ontwikkeling zal op één of andere wijze dienen te worden geanticipeerd.

Tabel: Verwachte demografische ontwikkeling Gemeente Leeuwarden

Bevolking	2006		2010		2015		2020	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
leeftijd < 14 jr	14.970	16.0	14.346	15.2	13.939	14.5	13.341	13.5
leeftijd 15-29 jr	22.448	24.3	22.428	23.8	21.871	22.7	22.689	23
leeftijd 30-44 jr	20.105	21.8	20.610	21.9	21.330	22.1	21.665	22
leeftijd 45-64 jr	21.838	23.6	23.204	24.6	23.531	24.4	23.539	23.9
leeftijd 65-74 jr	6.568	7.1	7.271	7.7	9.212	9.6	10.287	10.4
leeftijd ≥ 75 jr	6.652	7.2	6.392	6.8	6.482	6.7	7.102	7.2
totaal	92.401	100.0	94.251	100.0	96.365	100.0	98.623	100.0

Bron: ABF Research – Primos prognose 2005.

Naast vergrijzing en ontgroening zijn de volgende demografische trends relevant voor het gezondheidsbeleid:

- Veranderingen in sociaal-culturele zin, o.a. leidend tot een eerste generatie allochtone ouderen.
- Nederlandse vrouwen krijgen hun eerste kind gemiddeld genomen op latere leeftijd waardoor er meer problemen optreden rond vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling. De laatste jaren stabiliseert dit overigens op de gemiddelde leeftijd van 29 jaar.
- Het aantal vruchtbare vrouwen wordt kleiner zodat er over 10 jaar ongeveer 10% minder geboorten te verwachten zijn.
- Er zijn meer éénpersoonshuishoudens, meer vrouwen zijn georiënteerd op de arbeidsmarkt en meer kinderen wonen op volwassen leeftijd verder bij hun ouders vandaan. Hierdoor stijgt de behoefte aan naschoolse opvang en mantelzorg.

In Fryslân wonen relatief minder allochtonen dan in Nederland. De allochtone bevolking is een 'stedelijke' bevolking en woont sterk geconcentreerd in de vier grote plaatsen van Fryslân: Leeuwarden, Drachten, Heerenveen en Sneek. De groep oudere allochtonen zal de komende jaren sterk in aantal toenemen.

Levensverwachting

De levensverwachting is de afgelopen anderhalve eeuw aanzienlijk toegenomen als gevolg van medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen en verbeterde maatschappelijke omstandigheden, zoals voeding, hygiëne, riolering en behuizing. In Nederland is de levensverwachting bij geboorte momenteel 81 jaar voor vrouwen en 76 jaar voor mannen. Voor Fryslân en Leeuwarden gelden ongeveer dezelfde cijfers. Fryslân is zijn eerdere voorsprong op Nederland kwijtgeraakt doordat ongezonde leefgewoonten ook in Fryslân vaak voorkomen.

Hoewel de levensverwachting van Nederlanders lange tijd hoger was dan het EU-gemiddelde, neemt de levensverwachting bij Nederlandse mannen sinds begin jaren negentig minder snel toe dan in de meeste EU landen. Bij Nederlandse vrouwen is de levensverwachting sinds begin jaren negentig zelfs lager dan het EU gemiddelde. Eén van de verklaringen hiervoor is een gemiddeld ongezondere leefstijl in Nederland. De levensverwachting voor mannen in Nederland in het jaar 2020 zal naar schatting stijgen tot 78 jaar en voor vrouwen tot 82 jaar.

Het toenemen van de levensverwachting heeft met zich meegebracht dat we meer jaren in ongezondheid leven. Het gemiddeld aantal jaren dat in ervaren ongezondheid wordt doorgebracht, is voor vrouwen ongeveer 20 jaar en voor mannen 14 jaar. De ervaren ongezondheid heeft vaak te maken met langdurige aandoeningen.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Gezondheid is ongelijk verdeeld in Nederland. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen arm en rijk en van buurt tot buurt. Over het algemeen hebben mensen met een lage sociaal-economische status (personen met een lage opleiding en een laag inkomen) een slechtere gezondheid dan mensen met een hoge sociaal-economische status. Het gaat hier om grote verschillen. Vrouwen met een lage opleiding hebben een bijna drie jaar kortere levensverwachting dan vrouwen met een hoge opleiding. Daarnaast brengen zij gemiddeld 14 jaar minder in goede gezondheid door. Bij mannen zijn de verschillen nog groter: mannen met een lage opleiding hebben een vijf jaar kortere levensverwachting dan mannen met een hoge opleiding. Bovendien brengen zij gemiddeld 16 jaar minder in goede gezondheid door.

De verschillen ontstaan onder andere door een ongezondere leefstijl van mensen met een lage sociaal-economische status. Het gaat hier om roken, excessief alcoholgebruik, slechtere voeding, gebrek aan lichaamsbeweging en overgewicht. Hierbij komt nog dat

deze groepen ook vaker niet alleen verschillen in leefstijl, wat bijdraagt aan verschillen in gezondheid, maar ook verschillen in psychosociale factoren en materiele en structurele omgevingsfactoren, zoals een laag inkomen en ongunstige werk- en woonomstandigheden.

In steden is over het algemeen ook sprake van een minder goede gezondheid. Deze is vooral toe te schrijven aan de situatie in de achterstandswijken, waar de gezondheidsproblemen zich opstapelen. Hierdoor kan de levensverwachting 1 a 2 jaar korter zijn.

4.2. Algemene Gezondheid en gezondheidsbeleving in Leeuwarden

4.2.1. Jeugd (0-4 jarigen)

De jeugdgezondheidszorg van 0-4 jarigen wordt in Leeuwarden uitgevoerd door Thuiszorg Het Friese Land. Het basispakket van de jeugdgezondheidszorg, verankerd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid omvat de volgende producten:

1. monitoring en signalering;
2. zorgbehoefte inschatten;
3. screening en vaccinaties
4. voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
5. beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen;
6. zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.

In het 2006 hebben de volgende activiteiten in Leeuwarden voor de leeftijdsgroep 0-4 jarigen plaatsgevonden:

Preventieve Gezondheidsonderzoeken 2006	Leeuwarden
	Aantal
Aantal zuigelingen	1089
Aantal peuters	3060
Aantal screenings NNS 1-2 ¹	1141
Aantal screenings NNS 3	28
Aantal standaard huisbezoeken JGZ-wijkverpleging	1044
Aantal indicatie huisbezoeken zuigelingen	572
Aantal indicatie huisbezoeken peuters	214
Telefonische contacten met ouders	1520
Aantal pedagogische huisbezoeken	386
Aantal georganiseerde zittingen consultatiebureaus	769
Bron: jaarverslag 2006 THFL	

Het bereik van de JGZ ten aanzien van de zuigelingen is 98% en voor de peuters 95%. Het belangrijkste doel van de jeugdzorg (0-4 jarigen) is de inventarisatie van risicosituaties onder nieuwgeborenen in Leeuwarden, om passende hulp te kunnen bieden aan kind, ouders en/of verzorgers.

Risicosituaties:

Er zijn vier categorieën van risicosituaties te onderscheiden die een bedreiging kunnen zijn voor het jonge kind.

- Bijzondere status van het gezin in de samenleving
- Risicovol milieu
- Kindfactoren
- Ouderfactoren

¹ NNS staat voor neo-natale screening (hielprik)

Bijzondere status: Het kind behoort bijvoorbeeld tot een illegaal gezin, gezin met een erkend vluchtelingenschap of de niet-sedentaire leefgemeenschap (woonwagenbewoners).

Risicovol milieu: Het kind leeft in een omgeving met veel gezondheidsrisico's, zoals de factoren in onderstaande tabel met het percentage hoe vaak dit in Leeuwarden voorkomt.

Bedreigingen uit omgeving	% van de gezinnen
Onveilig milieu	4,5%
Achterstandswijk	26,9%
Slechte behuizing	3,8%
Meeroken van kind	4,1%

Kindfactoren: Omstandigheden van het kind die een risico vormen voor het evenwichtig en gezond opgroeien zijn de volgende:

Kindfactoren	Aantal Leeuwarden	% Leeuwarden	% Friesland
Prematuur geboren	51	5,5	4,2
Dysmatuur ² geboren	23	2,5	1,9
Ziekenhuisopname	93	10,1	10,5
Ziekte/beperking ADL	8	0,9	1,9
Overmatig huilen	19	2,1	3,2
Allochtoon kind	100	10,8	3,3

Bron: THFL met jaargegevens 2004: nieuwgeborenen

Ouderfactoren: Omstandigheden van ouders die van invloed kunnen zijn op het opgroeien van het kind.

Ouderfactoren	Aantal Leeuwarden	% Leeuwarden	% Friesland
Roken tijdens zwangerschap	157	17	13,5
Langdurige ww/wao	81	8,8	4,6
Psychiatrische problemen	25	2,7	2,8
Laag zelfbeeld ouders	13	1,4	2,6
Jeugdtrauma	90	9,7	6,9
Ziekte of handicap	30	3,2	4,8
Ontworteld, heimwee	45	4,9	2,2
Nieuw samengesteld gezin	73	7,9	5,4
Ongewenst Ouderschap	11	1,2	1,1
Tienerouderschap	29	3,1	1,1
Alleenstaande ouder	51	5,5	2,3
Lage sociaal econ. status	179	19,4	16,9

In het algemeen geldt dat als meerdere risicofactoren van toepassing zijn voor het kind de situatie er ernstiger op wordt en er meer gevaren zijn voor het kind om evenwichtig en gezond te kunnen opgroeien. Het blijkt dat het aantal ernstige risicosituaties in Leeuwarden ver uitstijgt boven het Fries gemiddelde. In Leeuwarden moet de JGZ zich extra inspannen om passende hulp aan te bieden.

Risicosituaties	Aantal Leeuwarden	% in Leeuwarden	% in Friesland
Veel: 5 of meer risicosituaties	99 gezinnen	10,2	6,4
Matig: 3-5 risicosituaties	236 gezinnen	24,4	17
Weinig: 1-2 risicosituaties	233 gezinnen	24,1	29,6
Geen	399 gezinnen	41,3	47

² Baby's waarbij het geboortegewicht niet in overeenstemming is met de zwangerschapsduur.

Tegenover risicosituaties voor het kind staan ook beschermende factoren in het gezin. Het blijkt dat een sociaal-emotioneel warm gezin de beste waarborg is voor het evenwichtig opgroeien van het kind. In Leeuwarden is volgens de JGZ in 95,6% van de ondervraagde gezinnen emotionele warmte aanwezig. Andere beschermende factoren die ook de draaglast en draagkracht van het gezin vergroten zijn: sociale steun uit de omgeving, de aanvaarding van hulp, realistische verwachtingen en opvoedingscompetentie.

4.2.2. Jeugd (4-19 jarigen)

De GGD heeft in februari 2007 een rapportage gemaakt over de staat van de gezondheid van kinderen en jongeren in de gemeente Leeuwarden. De rapportage is opgesteld mede op grond van de gezondheidsonderzoeken in het schooljaar 2005-2006.

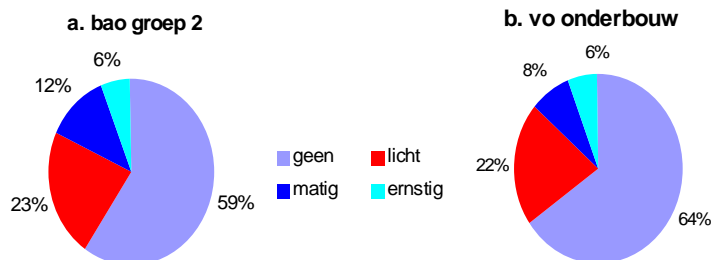
Preventieve Gezondheidsonderzoeken 2005-2006	Leeuwarden
	<i>Aantal kinderen of jongeren</i>
Basisonderwijs groep 2	888
Basisonderwijs groep 7	707
Vmbo klas 1	790
Vmbo klas 3	721
Havo/vwo klas 2	408
Preventief gezondheidsonderzoek nieuwkomers	45
Preventief gezondheidsonderzoek op indicatie	841
Huisbezoek op indicatie	59
Instreamonderzoek speciaal onderwijs	278
Onderzoek op indicatie of herhalingsonderzoek s.o.	220

Stand van zaken jeugdgezondheidszorg Leeuwarden	Bao groep 2	Bao groep 7	Vo onderbouw
	<i>In %</i>	<i>In %</i>	<i>In %</i>
Ervaren gezondheid (bao door ouders en vo door jongeren)			
Zeer goed	93	93	83
Redelijk	6	6	15
Matig tot slecht	1	1	2
Zorg- en medicijngebruik			
Onder behandeling van huisarts of specialist	16	15	15
Medicijngebruik	9	10,5	15
Psychosociale gezondheid volgens JGZ-medewerkers			
Geen psychosociale problemen	59	-	64
Lichte psychosociale problemen	23	-	22
Matige psychosociale problemen	12	-	8
Ernstige psychosociale problemen	6	-	6
Krijgt hulp of zorg bij opvoeding en gedrag	5,5	4	5,5
Overgewicht en leefstijl			
Normaal gewicht	90	86	86
Overgewicht	10	13	13
Ontbijt minder dan 5 dagen per week	4	1	13
Eet minder fruit dan 5 dagen per week	10	21	40
Lid van een sportvereniging	-	70	54

Bron: GGD Fryslân, jaarrapportage 2005-2006

Uit de rapportage van de GGD Fryslân blijkt dat de kinderen waarbij de JGZ-medewerkers een matig tot ernstig psychosociaal probleem hebben gesignaleerd, deze in 75 tot 80% van de gevallen wordt beperkt in het dagelijkse functioneren op school, thuis en in het contact met leeftijdsgenoten.

Op groepsniveau blijkt een aantal achtergrondkenmerken samen te hangen met aspecten van de gezondheid van een kind. Op groeien in een één-ouder gezin kan vaker dan gemiddeld samen gaan met een ontbrekend lidmaatschap van een sportvereniging en bijvoorbeeld een matig of ernstig psychosociaal probleem bij de kinderen.



Figuur. Percentage jeugdigen in de gemeente Leeuwarden in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs bij wie de JGZ-medewerker een psychosociaal probleem signaleert.

Positief is dat de Friese kinderen minder overgewicht hebben dan hun leeftijdgenootjes elders in Nederland. Bovendien stabiliseert het overgewicht sinds twee jaar na een jarenlange toename.

In onderstaande tabel wordt weergegeven dat in Leeuwarden meer dan in de rest van Friesland één-ouder gezinnen en ouders met een niet-Nederlandse herkomst wonen. Uit het scholierenonderzoek 'Communities That Care' (DSP, juni 2006) blijkt dat bijvoorbeeld in Bilgaard, Vrijheidswijk en Oud-Oost het merendeel van de één-ouder gezinnen woont. Tevens is uit het scholierenonderzoek gebleken dat door de jongeren in Leeuwarden iets meer gerookt en gedronken wordt dan in de rest van Nederland. Vooral de jongeren in Oud-Oost zeggen regelmatig een sigaret op te steken. Het alcoholgebruik is in de wijken Oud-Oost en Zuid het hoogst. In Oud-Oost worden ook regelmatig softdrugs gebruikt.

Percentage van jaarcohorten naar achtergrondkenmerken	Bao	Bao	Vo	Vo
	Leeuwarden	Friesland	Leeuwarden	Friesland
Opgroeien in een éénoudergezin	17	8	16	10
Niet-Nederlandse herkomst	28	7	25	8
Laagopgeleide moeder	17	25	-	-
Onderwijstype jeugdige: vmbo	-	-	60	66

Jeugd van 13-19 jaar

Het aantal meldingen van de soa (seksueel overdraagbare aandoening) chlamydia is de laatste jaren gestegen in Friesland. Enerzijds is een actiever testbeleid aan te wijzen als oorzaak. Er is echter een procentuele toename te zien van het aantal positieve soa-uitslagen ten opzichte van het totaal aantal onderzoeken. Zo betrof in 2002 7,2% van het aantal chlamydia onderzoeken een positieve uitslag. In 2005 is dit percentage gestegen tot 9,9%. Het totaal aantal meldingen zoals deze hier is beschreven, zegt nog niets over het vóórkomen van chlamydia in de bevolking. Niet iedere chlamydia infectie wordt

ontdekt. Bovendien kunnen Friezen een soa onderzoek buiten de provincie laten uitvoeren. Deze gegevens worden niet als Friese cijfers geregistreerd. Chlamydia wordt vooral gesignaleerd bij jongeren tot ongeveer 25 jaar. De afgelopen jaren is het gebruik van voorbehoedmiddelen door jongeren toegenomen. Hoogopgeleide jongeren gebruiken vaker consequent een voorbehoedmiddel dan laagopgeleide jongeren (Rutgers Nisso Groep 2005).

Onderstaand zijn cijfers weergegeven m.b.t. de gezondheid van Friezen van 13 jaar en ouder in respectievelijk Leeuwarden, Friesland en Nederland. De percentages, vermeld bij de jongeren van 13 tot en met 18 jaar, komen uit GO Jeugd 2004.

	Leeuwarden 13-18 jr in%	Friesland 13-18 jr in %	NL (%)
Algemene gezondheid			
Matig-slecht ervaren gezondheid	19	17	19
Leefstijl			
Voldoet aan norm bewegen (NNGB) ³	-	-	51
Weinig tot niet lichamelijk actief	69*	52	-
Sport meer dan 12 keer p.j. ⁴	-	-	62
Lid van sportvereniging	74	68	68
Roken	27	22	27
Onverantwoord alcoholgebruik	-	-	-
Zware drinkers	-	-	-
Alcoholgebruik (drinkt wel eens)	75	78	-
Voldoet aan voedingsnorm groente	56	52	-
Voldoet aan voedingsnorm fruit/sap	10	11	-
Voldoet aan voedingsnorm ontbijt	68	73	-
Afgelopen jaar één vorm van (kleine) criminaliteit	30	35	-
Rapportcijfer veiligheid thuis/woonomgeving	8,4	8,7	-

De jeugd in Leeuwarden is minder lichamelijk actief dan in de rest van Friesland. De Jeugdmonitor 12-17 jaar uit 2005 geeft aan dat in de wijken Bilgaard, Vrijheidswijk, Heechterp, Schieringen, Wielenpolle en Schepenbuurt minder verantwoord wordt ontbeten. In die wijken geeft 12% van de jongeren aan 0 keer te ontbijten terwijl dat in Leeuwarden als geheel 5% is. Voor het eten van fruit geldt dat hoe hoger de leeftijd is, hoe minder vaak er fruit gegeten wordt. Ongeveer een derde eet alle dagen fruit, 22% eet drie keer doordeweeks fruit, 16% twee keer, 15% vier keer en 6% eet doordeweeks geen fruit.

Roken

In totaal rookt 22% van de jongeren in de leeftijd van 13-18 jaar. Uit de jeugdmonitor 2005 van Leeuwarden blijkt dat 61% van de jongeren nooit gerookt heeft, in 2001 51% en in 1998 43%. De jongeren die dagelijks roken, rookt het merendeel tussen de 6 en 10

³ De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) is in 1998 vastgesteld en werd afgeleid van internationale richtlijnen. De norm verschilt per leeftijdsgroep en is vastgesteld op minimaal 5 dagen in de week 30 minuten matig intensief bewegen. Deze 30 minuten mogen in verschillende blokken uitgevoerd worden (bijvoorbeeld 3 x 10 minuten per dag past ook binnen deze norm).

De NNGB per leeftijdsgroep:

- 1) **Jeugd** (onder de 18 jaar): **dagelijks een uur** matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal twee maal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie).
- 2) **Volwassenen** (18-55 jaar): **een half uur** matig intensieve lichamelijke activiteit op **tenminste vijf**, maar bij voorkeur alle **dagen van de week**.
- 3) **55-plussers**: **een half uur** matig intensieve lichamelijke activiteit op **tenminste vijf**, maar bij voorkeur alle **dagen van de week**.

⁴ Alleen bij 19-64 jarigen.

sigaretten. Meisjes roken meer sigaretten per dag dan jongens. Een 35% van de ouders raadt hun kinderen af om te roken.

Een 21% vindt het goed dat hun kind rookt. In de Schil-Oost vindt bijna de helft van de ouders het goed dat hun kind rookt.

Het roken neemt wel af in Leeuwarden.

De helft van de groep rokers, 11% van het totaal, rookt iedere dag gemiddeld 9 sigaretten. In Friesland roken in verhouding evenveel jongeren iedere dag als in Nederland. In Friesland zijn er iets meer jongens die iedere dag roken, terwijl in Nederland meer meisjes dagelijks roken. In vergelijking met Fries onderzoek uit 1998 roken nu minder jongeren. Deze trend is in overeenstemming met de trend in Nederland (Trimbos 2003). Op het vmbo roken meer jongeren dan op de havo of het vwo.

Alcohol

78% van de jongeren in de leeftijd van 13-18 jaar drinkt wel eens alcohol. Volgens de jeugdmonitor Leeuwarden (najaar 2005) drinkt 61% wel eens. Een op de elf jongeren is een zogenaamde 'zware drinker' (=minimaal eens per week tenminste 6 consumpties alcohol per dag). De groep zware drinkers bevindt zich met name onder jongens van ca. 15-16 jaar, die een lager onderwijsniveau hebben. Ten opzichte van Fries onderzoek uit 1998 is het percentage jongeren dat wel eens drinkt gestegen, met name in de jongere leeftijdsgroepen. Deze trend is ook in Nederland te zien (Trimbos 2003). Bovendien is de leeftijd waarop voor het eerst wordt gedronken gedaald. Ongeveer 1 op de 6 jongeren drinkt voor het eerst alcohol als zij op de basisschool zitten. Jongeren drinken meestal in de huiselijke sfeer (thuis of bij vrienden thuis).

Volgens Jeugdmonitor houden de jongeren van 12 tot en met 14 jaar het vaker bij 1 of 2 glazen alcohol per keer terwijl de oudere jeugd 3 tot 6 glazen per keer drinken. De jongeren van 12 tot en met 14 jaar drinken meer thuis dan in uitgaansgelegenheden. De oudere jeugd drinkt meer bij vrienden of in disco of café. Slechts 11% van de ouders raden het drinken van alcohol af.

Seksuele gezondheid

Het aantal meldingen van de SOA chlamydia is de laatste jaren gestegen in Friesland. Enerzijds is een actiever testbeleid aan te wijzen als oorzaak. Er is echter een procentuele toename te zien van het aantal positieve soa uitslagen ten opzichte van het totaal aantal onderzoeken. Zo betrof in 2002 7,2% van het aantal chlamydia onderzoeken een positieve uitslag. In 2005 is dit percentage gestegen tot 9,9%. Het totaal aantal meldingen zoals deze hier is beschreven, zegt nog niets over het vóórkomen van chlamydia in de bevolking. Niet iedere chlamydia infectie wordt ontdekt. Bovendien kunnen Friezen een soa onderzoek buiten de provincie laten uitvoeren. Deze gegevens worden niet als Friese cijfers geregistreerd. Vica versa kunnen mensen buiten de provincie Friesland zich in Friesland laten testen. Chlamydia wordt vooral gesignaleerd bij jongeren tot ongeveer 25 jaar. De afgelopen jaren is het gebruik van voorbehoedmiddelen door jongeren toegenomen. Hoogopgeleide jongeren gebruiken vaker consequent een voorbehoedmiddel dan laagopgeleide jongeren (Rutgers Nisso Groep 2005).

Overgewicht

Overgewicht wordt bepaald met behulp van de Body Mass Index,⁵ een verhoudingsgetal tussen lengte en gewicht. Bij kinderen wordt daarbij rekening gehouden met het geslacht en de leeftijd. Het percentage kinderen met overgewicht in de bovenbouw van

⁵ BMI= kg/m²

BMI < 18,5 : ondergewicht

BMI 18,5 – 25 : Normaal gewicht

BMI 25 -30 : Overgewicht

BMI 30 – 40 : Ernstig overgewicht

BMI > 40 : Zeer ernstig overgewicht

het basisonderwijs (ca. 10-11 jarigen) is 14%. Op kleuterleeftijd ligt dit percentage iets lager, ongeveer 10%. Het percentage jongeren in de onderbouw van het voortgezet onderwijs (13-14 jarigen) met overgewicht is eveneens 14%. Bij kinderen met een laagopgeleide moeder, dan wel jongeren met een lager onderwijsniveau, komt relatief vaak overgewicht voor.

Sinds een aantal jaren wordt overgewicht in de bovenbouw van het basisonderwijs geregistreerd. Na een jarenlange stijging lijkt in Friesland nu een stabilisatie van het percentage kinderen met overgewicht op te treden. Het percentage jeugdigen met overgewicht in Nederland ligt iets hoger dan in Friesland. De stabilisatie in de trend, zoals deze is Friesland is te zien, is in Nederland (nog) niet opgetreden.

Voeding: ontbijt

Ontbijtgedrag, evenals de consumptie van groente en fruit, wordt wel genoemd als een voorspeller van een (on)gezond voedingspatroon. 14% van de jongeren van 13-18 jaar ontbijt minder dan 4 dagen per week. In de VTV 2006 worden jongeren als groep genoemd, waarbij ongezond gedrag zorgen baart (RIVM, VTV 2006).

De ontbijtnorm wordt door 78% van de volwassenen en 91% van de ouderen in Friesland gehaald. Fries onderzoek van een aantal jaren geleden laat een soortgelijk beeld zien van het percentage volwassenen dat de ontbijtnorm haalt. De jeugdmonitor in Leeuwarden laat zien dat in 2005 driekwart van de jongeren elke dag van maandag tot en met vrijdag ontbijt. In 2001 was dat 81% en in 1998 80%. Het gezonde ontbijtgedrag neemt dus af.

Beweging, sport

Hoewel 68% van de jongeren lid blijkt te zijn van een sportclub, beweegt ruim de helft van de Friese jongeren volgens de huidige inzichten te weinig. Landelijk gezien voldoet slechts een kwart van de jongeren aan de beweegnorm (VTV 2006). Jongeren met een lager opleidingsniveau zijn relatief minder actief en minder vaak lid van een sportvereniging dan jongeren met een hoger opleidingsniveau.

Opvoeding en weerbaarheid in relatie tot leefstijl jeugd

Ten behoeve van het Masterplan Gezond Leven is specifiek gekeken naar de relatie tussen opvoeding(sproblematiek) bij ouders en weerbaarheid van kinderen enerzijds en gezondheidsgedrag anderzijds. Uit Friese registraties van de jeugdgezondheidszorg blijkt dat kinderen van ouders die problemen ervaren met de opvoeding:

- vaker niet ontbijten;
- minder vaak fruit eten;
- meer overgewicht hebben;
- meer tv kijken.

Dezelfde ongunstige leefstijlpatronen komen relatief meer voor bij kinderen die door de jgz-functionaris (arts of verpleegkundige) worden getypeerd als “onvoldoende weerbaar”.

4.2.3. Volwassenen en ouderen

In de uitwerking van dit onderdeel is gebruik gemaakt van de schriftelijke gezondheidsenquête van 2006, waaraan 6742 Friezen van 19 jaar en ouder hebben meegedaan (waarvan 4300 in de leeftijd van 19-64 jaar en 2442 die 65 jaar en ouder waren).

Als geen cijfer in de tabel is vermeld komt dit doordat er in de enquête niet naar is gevraagd óf doordat er landelijk een andere definitie is gehanteerd. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de bevolking van Friesland zijn de gegevens gewogen⁶.

* Significant verschil met de rest van Friesland; dat wil zeggen met 95% zekerheid niet op toeval berustend. Niet significante verschillen vallen binnen de marges van toevalsschommelingen.

⁶ Er is gewogen naar geslacht, leeftijd, respons en omvang van de steekproef per gemeente. Wegen betekenen het toekennen van een vermenigvuldigingsfactor aan alle afzonderlijke respondenten op basis van de

Hoewel er vanzelfsprekend raakvlakken zijn tussen het gemeentelijk gezondheidsbeleid enerzijds en het lokale WMO-beleid anderzijds, wordt in de laatste kolom weergegeven waarvoor de betreffende cijfers met name goed bruikbaar zijn.

Bron: GGD-Fryslân , 2007	Leeuwarden (%)		Friesland (%)		NL (%)
<i>Omschrijving</i>	19-64	65+	19-64	65+	
Algemene gezondheid					
Matig-slecht ervaren gezondheid	13	22	10	21	19 ²
Lichamelijke gezondheid					
Chronische aandoening	32	65	32	61	-
Mobiliteitsbeperking	6	29	5	29	8 ⁷
ADL-beperking	-	-	-	-	-
Overgewicht	40*	54	45	57	45 ²
Diabetes ⁸	-	-	3	13	13 ⁸
Leefstijl					
Voldoet aan norm bewegen (NNGB)	66	61	63	65	51 ⁹
Weinig tot niet lichamelijk actief	-	-	-	-	-
Sport meer dan 12 keer p.j. ¹⁰	63	-	60	-	62 ¹¹
Lid van sportvereniging	-	-	-	-	68
Roken	35	12	32	12	27 ²
Onverantwoord alcoholgebruik	41	29	38	29	-
Zware drinkers	27	3	23 ¹²	3	-
Alcoholgebruik (drinkt wel eens)	-	-	-	-	-
Voldoet aan voedingsnorm groente	22	36	22	32	-
Voldoet aan voedingsnorm fruit/sap	33	64	34	62	-
Voldoet aan voedingsnorm ontbijt	75	89	78	91	-
Afgelopen jaar één vorm van kleine criminaliteit	-	-	-	-	-
	Leeuwarden (%)		Friesland (%)		NL (%)
<i>Omschrijving</i>	19-64	65+	19-64	65+	
Rapportcijfer veiligheid thuis/woon omgeving	-	-	-	-	-
Vrijt onveilig; aantal positieve soa-testen:>15jr	238		900		7500
Huiselijk geweld					
Ooit slachtoffer	13	-	9	2	-
Zorg					
Geeft mantelzorg	14	12	16	12	12
Ontvangt mantelzorg	-	18*	-	15	-
Medicijngebruik voorgeschreven afgelopen jr	55	75	55	73	-
Medicijngebruik zonder recept afgelopen jr	58	35	51	36	-
Contact huisarts	75	83	71	82	80
Contact tandarts	78	39	77	35	78
Contact medisch specilaist	32	54	32	50	39
Geestelijke gezondheid					
Psychisch ongezond	15	20	13	16	16
Ooit depressief	32	26	29	26	25 ²
Ooit angstig/bezorgd	33	30	33	33	-
Eenzaam	41	39	39	44	-
Opvoeding					
Opvoedingsproblemen	39	-	36	-	-
Laag opgeleiden¹³	52*	78	39	74	34 ⁵

daadwerkelijke leeftijdsverdelingen en geslachtsverdeling in de gemeente. Dit omdat mannen en vrouwen en verschillende leeftijdsgroepen verschillend kunnen responderen.

⁷ Andere leeftijdscategorie, CBS.

⁸ Gezien de kleine aantallen moeten de bijbehorende percentages voorzichtig geïnterpreteerd worden.

⁹ Andere leeftijdscategorie, TNO 2005.

¹⁰ Alleen bij 19-64 jarigen.

¹¹ Andere leeftijdscategorie, WJH Mulier Instituut.

¹² NB: onder 19-24 jarigen (jong volwassenen) is dit percentage 65%.

Roken

Onder de volwassen bevolking in Friesland rookt ongeveer één derde. In Nederland is na een langdurige daling van het percentage rokers (vooral bij mannen) en een stabilisatie in de negentiger jaren, het percentage rokers de laatste jaren gedaald van circa 33% (jaren negentig) naar 28% in 2004 (Stivoro/Nationaal kompas 2007).

Bij ouderen is het percentage rokers 12%. Met name bij oudere mannen is het percentage rokers de afgelopen decennia gedaald. Bij oudere vrouwen is dit vrij stabiel (Stivoro/Nationaal kompas 2007).

Alcohol

De resultaten van de gezondheidsenquête laten onder de volwassen bevolking in Friesland een hoog percentage (zeer) excessieve drinkers zien, namelijk 23% en in Leeuwarden met 27%.

In Friesland is een toename te zien van het aantal jongeren (19-23 jaar) dat met een alcoholverslaving in de hulpverlening komt. Het aantal jongeren dat in het ziekenhuis belandt ten gevolge van alcoholvergiftiging is de laatste jaren gestegen.

Overgewicht

Het percentage volwassenen met overgewicht in Friesland is 45%. Ten opzichte van Fries onderzoek van een aantal jaren geleden is zowel het percentage Friezen met matig als ernstig overgewicht toegenomen. De Friese situatie voor wat betreft overgewicht is vergelijkbaar met de situatie in Nederland. Leeuwarden kent een kleiner percentage overgewicht dan het Fries gemiddelde. Meer dan de helft van de Friezen van 65 jaar en ouder heeft te kampen met overgewicht, waarvan 12% met ernstig overgewicht.

Voeding: Ontbijt

Zowel bij de jeugd als bij de volwassenen bevolking is het ontbijtgedrag bij mensen met een lage sociaaleconomische status ongunstiger dan bij mensen met een hoge sociaaleconomische status. Uit landelijke onderzoek blijkt dit ook te gelden voor bijvoorbeeld groente- en fruitconsumptie.

Beweging, sport

63% van de volwassenen voldoet aan de beweegnorm. Bij Friezen van 65 jaar of ouder ligt dit percentage op 65%. Landelijk voldoet ruim de helft (51%) van de volwassenen van 18 jaar en ouder aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (TNO 2005). Tussen 2000 en 2004 is het percentage volwassenen in Nederland dat voldoet aan de beweegnorm gestegen van 44% naar 51%. Naar verwachting zal deze stijging doorzetten. Regelmatige sportdeelname is een minimale sportdeelname van 60 keer per jaar, al dan niet in verenigingsverband.

Risicogroepen

In een ambtelijk voorstudie over risicogroepen onder ouderen komt de Dienst Welzijn, in navolging van de VNG op de volgende risicogroepen die voor Leeuwarden van belang zijn:

- Ouderen (65 jaar en ouder) met een laag inkomen;
- Alleenstaande mannen van 75 jaar en ouder;
- Alleenstaande vrouwen van 75 jaar en ouder;
- Hoogbejaarden van 80 jaar en ouder;
- Allochtone ouderen van 55 jaar en ouder;
- Dementerende ouderen en hun partner;
- Chronisch zieke en gehandicapte ouderen;
- Ouderen met chronisch psychiatrische problematiek.

¹³ Betreft hier de hoogst voltooide opleiding, maximaal middelbaar algemeen voortgezet onderwijs.

Voor Leeuwarden is nagegaan hoe groot die risicogroepen zijn en voor zover bekend in welke wijk zij wonen. Het doel van deze notitie was het hebben van een onderlegger voor de inrichting van de woonservicezones.

In deze studie is een schets gegeven van het ontstaan van beperkingen in de zelfredzaamheid bij ouderen, de gevolgen en daaruit voortvloeiende behoeften. Sommige groepen lopen het risico dat ze te maken krijgen met een cumulatie van beperkingen. Met het klimmen der jaren groeit de kans dat men te maken krijgt met (meerdere) beperkingen. Vaak redt men zich uitstekend, maar de beperkingen kunnen er ook toe leiden dat hulp nodig is, in lichte of intensievere vorm. Beperkingen die ouderen kwetsbaar maken, zijn:

- *Klein sociaal netwerk*, bijvoorbeeld geen partner, kinderen, burens of vrienden bij wie men terecht kan voor sociaal contact of hulp.
- *Laag inkomen*, bijvoorbeeld AOW met een klein pensioen.
- *Problemen met taal en cultuur*, zich niet kunnen uitdrukken in de Nederlandse taal en/of zich niet thuis voelen in de dominante Nederlandse cultuur.
- *Fysieke beperkingen*, bijvoorbeeld moeite met bukken, tillen, lopen, zien, horen en praten.
- *Cognitieve beperkingen*, bijvoorbeeld geheugenproblemen.
- *Psychische problemen*, bijvoorbeeld lusteloosheid en depressiviteit, vaak samenhangend met verlieservaringen.

Voor het gemeentelijk beleid (WMO en gezondheidsbeleid) zijn deze uitkomsten nog steeds actueel.

4.2.4 Conclusies gezondheid van de volwassen bevolking

De algemene gezondheid wordt door 87% van Leeuwarders in de leeftijd tot 65 jaar als goed beoordeeld. Van de groep 65-plussers heeft volgens eigen rapportage een 78% een goede gezondheid. Vrouwen, ouderen, laag opgeleiden en niet westerse allochtonen beoordelen hun gezondheid negatiever dan de overige groepen. Over de lichamelijke gezondheid heeft de GGD Fryslân de volgende conclusies opgesteld:

Lichamelijke gezondheid

Chronische aandoeningen:

- 36% van de Friezen heeft 1 of meer chronische aandoening door een arts vastgesteld;
- Het vóórkomen van chronisch aandoening neemt toe met de tijd;
- De top vijf van chronische aandoeningen (door arts vastgesteld) bij de 19 plussers is: 1) hoge bloeddruk, 2) gewrichtsslijtage, 3) andere ernstige of hardnekkige aandoeningen van nek en schouders 4) andere ernstige of hardnekkige aandoeningen van de rug, 5) astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA/COPD;
- Bij ouderen is relatief vaker sprake van meer dan 1 chronische aandoening. 36% heeft 2 of meer chronische aandoeningen en 12% 4 of meer;
- Er bestaat een verband tussen het vóórkomen van diabetes en overgewicht;
- Chronische aandoeningen komen vaker voor bij ouderen, vrouwen, laag opgeleiden, weduwen/weduwnaars en werklozen/arbeidsongeschikten dan bij overige groepen.

Beperkingen

- 13% van de 19-plussers heeft een functiebeperking in gehoor, gezicht of in mobiliteit;
- 1 op de 10 personen in Friesland (19+) heeft een mobiliteitsbeperking;
- Het vóórkomen van mobiliteitsbeperkingen neemt toe met de leeftijd; bij de 75-plussers heeft bijna de helft een mobiliteitsbeperking;

- Mobiliteitsbeperkingen komen vaker voor bij vrouwen, laag opgeleiden, gescheidenen, weduwen/weduwnaars en werklozen/arbeidsongeschikten dan bij overige groepen;
- Eén op de vijf 19-plussers geeft aan dat zij ten gevolge van hun lichamelijke gezondheid minder bereiken in het dagelijkse leven. Ook 1 op de 5 voelt zich door lichamelijke gezondheid beperkt in het soort werk of andere bezigheden door hun lichamelijke gezondheid. Bij 65-plussers is dat circa één op de drie.

Overgewicht

- Onder de 19-plussers is het percentage Friezen met overgewicht bijna de helft, onder de 65-plussers ruim de helft (57%);
- Overgewicht is in Friesland de laatste 7 jaar behoorlijk toegenomen (van 34% matig en ernstig overgewicht in 1998 naar 48% nu onder de 25-64-jarigen). Dit is vergelijkbaar met de Nederlandse trend;
- Minder volwassenen hebben overgewicht in Leeuwarden (40% Leeuwarden t.o.v.45% Friesland).
- Bij mannen komt overgewicht meer voor dan bij vrouwen, daarentegen komt ernstig overgewicht meer voor bij vrouwen dan bij mannen;
- Mensen met overgewicht hebben vaker een chronische aandoening, functiebeperking en een mobiliteitsbeperking dan mensen zonder overgewicht;
- Mensen met overgewicht voldoen minder aan de beweegnorm en ervaren de gezondheid vaker als matig of slecht.

Geestelijke gezondheid

Psychisch welbevinden

- 14% van de Friezen van 19 jaar en ouder is psychisch ongezond;
- In verhouding zijn meer vrouwen, ouderen, lager opgeleiden, gescheiden of verweduwd personen, arbeidsongeschikten/werklozen en allochtonen psychisch ongezond;
- Ongeveer de helft van de Friezen van 19 jaar en ouder had het afgelopen jaar last van stress;
- Relatief meer vrouwen en volwassenen hebben last van stress, de meest genoemde oorzaak hierbij is het werk (43%).

Depressie

- 29% van de Friezen van 19 jaar en ouder is wel eens langere tijd depressief of somber geweest;
- In verhouding zijn meer vrouwen, volwassenen (vooral 35 tot 65 jarigen), gescheiden of verweduwd personen, arbeidsongeschikten/werklozen en niet westerse allochtonen ooit depressief geweest.

Angstig of bezorgd

- 33% van de Friezen van 19 jaar en ouder is wel eens langere tijd angstig of bezorgd geweest;
- Relatief meer vrouwen, lager opgeleiden, gescheiden of verweduwd personen, arbeidsongeschikten/werklozen en niet westerse allochtonen hebben een periode gehad waarin ze angstig of bezorgd waren.

Eenzaamheid

- 40% van de Friezen van 19 jaar en ouder is eenzaam, waarvan het grootste deel matig eenzaam is;
- Relatief meer ouderen (vooral vanaf 75 jaar), lager opgeleiden, ongehuwde, gescheiden of verweduwd personen, arbeidsongeschikten/werklozen en niet westerse allochtonen zijn eenzaam;

- 66% van de Friezen van 19 jaar en ouder doet wel eens mee aan activiteiten buitenshuis (31% soms en 35% regelmatig);
- In verhouding doen meer ouderen nooit mee aan activiteiten;
- Tweederde van de Friezen die (bijna) nooit aan activiteiten deelnemen ervaart géén belemmeringen om eventueel wel deel te nemen. Mensen die wel belemmeringen ervaren vinden het te duur, kunnen niet vanwege hun gezondheid of durven niet.

Leefstijl

Lichaamsbeweging

- 64% van de Friezen van 19 jaar en ouder voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, volwassenen en ouderen bewegen ongeveer even vaak;
- In Friesland voldoen relatief meer mensen aan de beweegnorm dan in de gemiddelde Nederlandse bevolking;
- 60% van de Friezen van 19 tot en met 64 jaar sport 12 keer of meer per jaar;
- Regelmatige en intensieve sporters voldoen vaker aan de beweegnorm dan onregelmatige en niet-sporters;
- Met het toenemen van de leeftijd neemt het percentage dat aan de beweegnorm voldoet toe, terwijl het percentage 'sporters' afneemt;
- Hoger opgeleiden, voldoen relatief minder vaak aan de beweegnorm, maar behoren relatief vaker tot de 'sporters';
- Weduwen en weduwnaars en/of arbeidsongeschikten/werklozen voldoen minder vaak aan de beweegnorm en behoren minder vaak tot de 'sporters';
- Mannen en vrouwen verschillen niet in het voldoen aan de beweegnorm of 'sporter' zijn. Autochtonen en (niet) westers allochtonen ook bijna niet, alleen behoren niet-westerse allochtonen minder vaak tot de 'sporters';
- 38% van de 19-64 jarigen wil meer bewegen of sporten om de gezondheid te verbeteren; niet-sporters en mensen die niet aan de norm voldoen willen dit relatief iets vaker;
- 'Sporters' en mensen die aan de beweegnorm voldoen beoordelen hun gezondheid relatief minder vaak als 'matig-slecht' en hebben minder vaak chronische aandoeningen en/of functiebeperkingen.
- Sporters' en mensen die aan de beweegnorm voldoen hebben minder vaak met overgewicht te maken dan 'niet-sporters' en mensen die niet aan de beweegnorm voldoen.

5. GEZONDHEIDSBELEID EN ANDERE GEMEENTELIJKE VERANTWOORDELIJKHEDEN

5.1 Wettekst WCPV

De wettekst is te raadplegen in de bijgevoegde bijlage 1.

5.2 WCPV in relatie tot stadsontwikkeling

5.2.1 Milieu

Er is een duidelijke relatie tussen milieufactoren en gezondheid. Deze relatie is zowel objectief als subjectief. Zo wordt twee tot vijf procent van de gezondheidsklachten toegeschreven aan milieufactoren (objectief). Daarnaast maken veel burgers zich ongerust over de invloed van milieufactoren zonder dat er een oorzakelijk verband kan worden aangetoond.

De relatie milieu – gezondheid kent zeer veel aspecten, deels met een lokaal, deels met een bovenlokaal karakter. Ook is de bevoegdheid, respectievelijk de invloed van de gemeente lang niet altijd aanwezig. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat het regime van vergunningverlening en normering als basis heeft tenminste de directe negatieve effecten op de gezondheid te voorkómen (minimum eis). Echter er is sprake van een sterke dynamiek in de (technologische) ontwikkeling waarbij de kennis van schadelijke effecten niet synchroon lopen met de invoering van nieuwe ontwikkelingen (bijvoorbeeld umts-straling).

De lokale overheid heeft het primaat bij het bepalen van de kwaliteit van de fysieke omgeving. Het gaat hierbij vooral om de milieubelasting door met name verkeer en industrie, zoals geluid, luchtverontreiniging en veiligheidsrisico's. Daarbij vormt de ruimtelijke inrichting van een gebied, de keuze van de infrastructuur en dergelijke de basis voor een gezonde en kwalitatief goede leefomgeving.

Via de instrumenten milieuvergunningen, bouwvergunningen en bestemmingsplannen wordt invulling gegeven aan de gezondheidsaspecten van het milieubeleid.

De belangrijkste milieufactoren met risico's voor de volksgezondheid zijn luchtverontreiniging, UV-straling, geluid, een ongezond binnenmilieu en microbiële verontreiniging van voedsel.

In bijlage 2 treft u een overzicht aan van de stand van kennis van gezondheidsrisico's van milieufactoren (RIVM, 2000). Luchtverontreiniging en geluid blijven echter hardnekkige milieuproblemen.

Voor de gemeente Leeuwarden is op het gebied van gezondheidseffecten en milieu het Duurzaamheidsplan “een sprong verder 2006-2009” (2005) van belang. Onder het begrip duurzaamheid wordt ook verstaan duurzaam handelen over natuur, milieu en leefbaarheid (fysiek en sociaal). Aandacht in deze nota is er voor duurzame stadsontwikkeling die bijdraagt aan het leefklimaat in de wijken en het wooncomfort. Eén van de criteria voor duurzaamheid is ‘schoon, heel en veilig’ en ‘inrichten met het oog op volgende generaties’ refereren direct naar gezondheidseffecten. In de nota wordt rond de onderwerpen geluid en luchtkwaliteit met name in gegaan op de gezondheidseffecten.

5.2.3 Ruimtelijke ordening en wonen

De inrichting van de stad is van belang voor de volksgezondheid. Het gaat ondermeer om de ervaren leefbaarheid van bewoners in de bebouwde omgeving. Hier ligt een relatie met de sociale, maar ook fysieke veiligheid. Bevordert de omgeving sociaal verkeer is dan de vraag. Tevens is van belang of de gebouwde omgeving uitnodigt tot bewegen. Zijn er voldoende mogelijkheden voor wandelen en fietsen en hebben kinderen voldoende speelruimte. Bij de planvorming van de Zuidlanden zal voldoende rekening moeten worden gehouden met de factoren die de volksgezondheid beïnvloeden.

In het Actieplan Jeugd, Milieu en Gezondheid (CEHAP)¹⁴ van VROM (2007) wordt met name extra inzet gevraagd van de lokale overheid om de leefomgeving voor kinderen (0-19) te verbeteren. Het actieplan richt zich op het leefklimaat binnen en buiten. Concreet moet de speciale aanpak van de leefomgeving buiten bijdragen aan vermindering van luchtwegklachten en van bewegingsarmoede en overgewicht. De aanpak van de leefomgeving binnen moet vooral bijdragen aan het verminderen van luchtweg- en vermoeidheidsklachten en het verbeteren van de concentratie.

Om dit te bereiken acht VROM nodig dat ingezet wordt op:

- Scheppen van randvoorwaarden voor meer bewegen;
- Verminderen van blootstelling aan luchtvervuiling;
- Verbeteren van het binnenmilieu op scholen en, kinderopvangcentra;
- Attentie bewerkstelligen bij docenten en schoolbesturen voor binnenmilieukwaliteit.

Niet alleen het binnenmilieu van scholen maar ook het binnenmilieu van woningen is van belang. Ruim 10% van de Nederlandse bevolking heeft last van aandoeningen als astma, bronchitis en emfyseem. Een van de belangrijkste oorzaken is de ongezonde lucht in huizen, scholen en kantoren. De burger brengt zo'n 85% van zijn tijd door in woningen en andere gebouwen. De relatie tussen gezondheid en kwaliteit van het binnenmilieu is complex, omdat ook aspecten een rol spelen die niet gerelateerd zijn aan het gebouw en de omgeving maar aan de gebruiker zelf, zoals ventilatiegedrag, sociale omgeving, leeftijd e.d..

Op dit moment is er weinig aandacht voor de ‘gezonde’ woning, zowel bij de woonconsumenten als bij de woningbouwcorporaties en projectontwikkelaars. Gezonde woningen zijn woningen waarbij met bouwmaterialen, bouwwijzen en de leefwijzen rekening wordt gehouden met het binnenklimaat. Bij gezonde woningen wordt ondermeer rekening gehouden met vrijkomende radon uit kruipruimten, formaldehyde uit multiplex en spaanplaat, fijnstof, vocht en schimmelplekken en stikstofdioxide uit afvoerlose geisers. Bij gebruik of koop van allerlei artikelen ontvangen de burgers allerlei handleidingen en bijsluiters. Voor het in gebruik nemen van een huis of ander onderkomen wordt vaak volstaan met het overdragen van een sleutel en een getekend contract. Een bijsluiters mist in de trant van “bij normaal gebruik van deze woning heeft u kans op de volgende bijwerkingen...”

¹⁴ Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE), opgericht door de WHO.

Een ander aspect rond ruimtelijke ordening dat van invloed is op het welbevinden van mensen en de gezondheid is de planning van voorzieningen. Hierbij kan gedacht worden aan ontmoetingsruimten (dorpshuizen), multifunctionele centra, gezondheidscentra, etc.. De afweging van wijkvoorzieningen heeft de laatste jaren vorm gekregen binnen de wijkprojectgroepen van de dertien woonservicezones.

Ruimtelijke ordening is ook van belang voor de spreiding van bepaalde groepen bewoners: ouderen, gehandicapten en mensen met een speciale woonbehoefte (meestal met begeleiding). Voor de groep van bewoners die in hun mobiliteit zijn beperkt worden binnen de stuurgroep woonservicezones in Leeuwarden plannen gemaakt voor de scheiding wonen en zorg. Een uitwerkingsplan is in de maak om gespreid over de stad vormen van verzorgd wonen mogelijk te maken, die recht doen aan het zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren van ouderen en gehandicapten.

5.3. Raakvlakken tussen de WCPV en de Wmo

Het model van Lalonde (in hoofdstuk 3.1) geeft een beeld van alle factoren die van invloed zijn op gezondheid. Maatschappelijke ondersteuning als geheel, kan gezien worden als factor die van invloed is op gezondheid.

De Wmo kent 9 prestatievelden, te weten:

1. Het bevorderen van de leefbaarheid in dorpen en buurten
2. Opvoedingsondersteuning
3. Informatie en advies
4. Ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers
5. Bevordering van participatie van mensen met beperkingen
6. Daarvoor voorzieningen verlenen aan deze mensen
7. Het bieden van maatschappelijke opvang
8. Openbare geestelijke gezondheidszorg
9. Ambulante verslavingszorg

De prestatievelden 2 en 8 hebben de duidelijkste relatie met de WCPV (waarbij aangetekend moet worden dat prestatieveld 8 als oorspronkelijke WCPV-taak is overgeheveld naar de Wmo). De meeste (overige) prestatievelden vallen onder fysieke en sociale omgevingsfactoren, zoals wonen, veiligheid, inkomen, onderwijs, welzijn en sociale contacten. Ook heeft de Wmo indirect invloed op een aantal leefstijlfactoren, door bijvoorbeeld het bevorderen van het verslavingsbeleid (prestatieveld 9), maar ook door het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (prestatieveld 3). Het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer valt onder de factor (gezondheids)zorg (prestatieveld 6).

Kortom, alle prestatievelden binnen de Wmo bevatten factoren die van invloed zijn op de gezondheid in algemene zin.

Hieronder worden negen raakvlakken tussen WCPV en Wmo beschreven. Aan het eind worden de verschillen beschreven.

Raakvlak 1: doel

De Wmo heeft ten doel het mogelijk maken van maatschappelijke participatie. De WCPV richt zich op de bevordering van de gezondheid. Uitgaan van een brede definitie van gezondheid betekent dat maatschappelijke ondersteuning gezien kan worden als een bijdrage aan de bevordering van die gezondheid. Andersom draagt gezondheidsbevordering ook bij aan maatschappelijke participatie. Het overstijgende doel van beide wetten is de bevordering van kwaliteit van leven van burgers.

Raakvlak 2: doelgroep

Beide wetten, zowel de WCPV als de Wmo hebben alle burgers van Nederland als doelgroep. De beide wetten zijn bedoeld voor zowel kwetsbaren als niet-kwetsbaren. Dat betekent voor burgers die al dan niet fysieke, psychische of sociale beperkingen hebben. De WCPV beantwoordt met name de maatschappelijke hulpvraag, de Wmo geeft daarnaast ook gehoor aan individuele hulpvragen.

Raakvlak 3: soort taken

De taken die de Wmo aan de gemeente opdraagt zijn net als bij de WCPV te onderscheiden in bevorderings-, uitvoerings- en beleidstaken. Door middel van bevorderingstaken op onder andere het gebied van de samenhang en leefbaarheid in buurten en wijken, deelname aan het maatschappelijk verkeer, verslaving en gezondheid, geeft de gemeente permanent aandacht aan maatschappelijke ondersteuning cq. collectieve preventie. Bij de WCPV zijn infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg uitvoeringstaken. Alle Wmo prestatievelden hebben uitvoeringstaken in zich. Prestatieveld 6, het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen, is bij uitstek een uitvoeringstaak. De gemeenteraad moet haar beleid elke vier jaar in een nota Wmo, maar ook in een nota Lokaal Gezondheidsbeleid vaststellen. Met die nota's (beleidstaak) moeten gemeenten verantwoorden, hoe zij uitvoering geven aan de bevorderings- en uitvoeringstaken.

Raakvlak 4: beleidsterreinen

De zorg voor maatschappelijke ondersteuning draagt bij, net als de zorg voor de gezondheid, aan allerlei andere (gemeentelijke) beleidsterreinen zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer. Beslissingen die op deze terreinen worden genomen, beïnvloeden de prestatievelden binnen de Wmo, maar ook de taken binnen de WCPV. Beide wetten streven naar een lokaal samenhangend beleid. Integraal of facetbeleid is een mogelijkheid om samenhangend beleid binnen zowel de Wmo als de WCPV te bereiken.

Raakvlak 5: verantwoording

De gemeenten zijn voor zowel de WCPV-taken, als voor de Wmo-taken verplicht om eens per 4 jaar verantwoording af te leggen over zowel het beleid als de uitvoering daarvan middels een nota lokaal gezondheidsbeleid en een nota Wmo. Tussen beide nota's bestaat overlap als het gaat om activiteiten op het gebied van preventie, care en welzijn. De vraag is hoe die overlap beschreven gaat worden en hoe er invulling gegeven wordt aan het integrale en facetbeleid.

Raakvlak 6: financiering

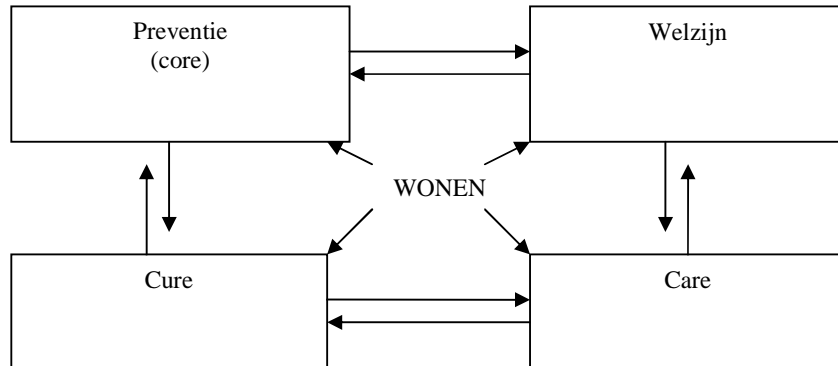
Beide wetten worden voor het grootste deel uit overheidsgeld betaald. De basis voor de financiering van zowel de gemeentelijke Wmo-taken, als de WCPV-taken is het gemeentefonds.

De Wmo-gelden binnen het gemeentefonds bestaan uit de financiële middelen voor de uitvoering van de voormalige Welzijnswet en de WVG die al via het gemeentefonds werden uitgekeerd. Daaraan worden middelen toegevoegd, die uit de AWBZ worden overgeheveld. Deze middelen zijn niet geoormerkt. De gemeente bepaalt hoe het geld wordt in gezet. De gemeente krijgt in het kader van de Wmo daarnaast de mogelijkheid om van burgers een eigen bijdrage te vragen voor Wmo-voorzieningen. Dit geeft gemeenten meer sturingsmogelijkheden. De Rijksoverheid bepaalt de grenzen van het beleid op dit gebied.

De WCPV-taken worden eveneens betaald uit het gemeentefonds. De gemeente is naast opdrachtgever ook financier van de WCPV-taken die uitgevoerd worden door de GGD en de Thuiszorg voor de uitvoering van de taken voor de 0-4 jarigen. De GGD-taken worden betaald door het heffen van inwonerbijdragen per gemeente. Door het uitvoeren van plustaken, zoals bijvoorbeeld het advies aan en vaccinatie van reizigers, krijgt de GGD extra middelen.

Raakvlak 7: branche

Binnen de prestatievelden van de Wmo gaat het om zowel preventie, zorg (care), welzijn en wonen. De WCPV gaat met name over preventie, tot op zekere hoogte curatie (cure) en over de afstemming tussen preventie enerzijds en care/cure anderzijds. De raakvlakken tussen de Wmo en de WCPV liggen met name op het preventieve vlak. Preventie, cure en care zijn eigenlijk opeenvolgende stadia in het (ziekte)proces. Bij preventie gaat het erom ziekten te voorkómen, maar ook om de gezondheid van de bevolking te handhaven en te verbeteren. Dit betekent onder andere te bevorderen dat mensen optimaal functioneren, zowel in lichamelijk, geestelijk, sociaal als maatschappelijk opzicht. De term preventie zal in de toekomst mogelijk core gaan heten (oftewel de basis, de kern van de gezondheidsbeleid.) Vervolgens gaat het er bij cure om de ziekte te genezen, en bij care om de kwaliteit van leven te verbeteren of te handhaven als men ziek of hulpbehoevend is. Ook een aantal onderdelen van welzijn hangt samen met preventie en zorg (cure en care). Welzijn is gericht op de bevordering van maatschappelijke participatie, sociale samenhang en het creëren van een vangnet voor de zwakkeren in de samenleving. Onder welzijn valt een aantal zaken die zeer dicht tegen zorg aanzitten, zoals het Algemeen Maatschappelijk werk, Welzijn Ouderen, de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg. Ook in het kader van preventie leidt de groeiende aandacht voor sociale en maatschappelijke factoren als medeveroorzakers van belangrijke ziekten, tot een grotere vraag naar dit soort van welzijnsactiviteiten. In onderstaand schema wordt één en ander schematisch verduidelijkt.



*Figuur.: Wonen in relatie tot Welzijn en zorg
Preventie, cure, care en welzijn zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Wat in de ene branche gebeurt, heeft consequenties voor de andere branches.*

Naast preventie, cure, care en welzijn is er nog een branche die in toenemende mate een rol speelt, namelijk wonen. Mensen blijven steeds langer zelfstandig wonen; thuis of in kleine groepswoningen. Er zijn dan ook meer woningen, zorg en diensten nodig voor mensen die zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen.

De scheidslijn tussen de verschillende branches is in de praktijk niet zo duidelijk. Ze zijn allemaal onderdelen van hetzelfde proces.

Een burger met beperkingen kan met alle branches in aanraking komen. Preventieve interventies zijn veelal terug te vinden in andere branches dan die van preventie. Zo is er preventie binnen de zorg (bijvoorbeeld decubitus preventie), binnen de care /

wonen (bijvoorbeeld valpreventie bij ouderen in verpleeghuizen), binnen welzijn en sport (bijvoorbeeld bevordering van de lichamelijke activiteiten) en binnen de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg (bijvoorbeeld preventie van psychische aandoeningen).

Raakvlak 8: soort preventie

In preventieland wordt de laatste tijd steeds meer gesproken over een indeling naar soorten van preventie zoals: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie. Voorheen werd veelal de indeling naar fasen gehanteerd: proactieve, primaire, secundaire en tertiaire preventie. Wij zullen hier de indeling hanteren naar universeel, selectief, geïndiceerd en zorggericht.

Universele preventie heeft betrekking op gehele bevolking, dus niet geïdentificeerde personen (bijvoorbeeld maatregelen treffen ter bevordering van de hygiëne, denk aan drink- en oppervlaktewaterbeheer of het beschikbaar stellen van gezondheidsinformatie aan de gehele bevolking, welke geen gezondheidsprobleem heeft, maar deze mogelijk kunnen ontwikkelen). Het gaat hierbij veelal om belangrijke, primaire voorwaarden voor een gezond bestaan.

Selectieve preventie heeft betrekking op een populatie die gezondheidsrisico's loopt, is zowel individu- als groepsgericht en richt zich op zowel geïdentificeerde als niet-geïdentificeerde personen. De doelgroep bestaat veelal uit personen die een verhoogd risico op ziekte of een bepaalde (genetische) aanleg hebben om ziekte te ontwikkelen. De ziekte is bij deze personen vaak nog niet vastgesteld. Het doel is veelal om ziekten in een vroeg stadium op te sporen. Daardoor kan de ziekte eerder worden behandeld, zodat de ziekte eerder geneest of niet erger wordt.

Geïndiceerde preventie richt zich op een populatie met beperkte symptomen, is altijd individugericht en richt zich dus op reeds geïdentificeerde personen. Het doel is primair om beperkingen van mensen op te heffen, te reduceren of te compenseren. Het gaat hier om het zelfredzamer maken van mensen bij wie een ziekte al is vastgesteld, om zo hun kwaliteit van leven te verhogen (bijv. door het aanpassen van een huis, het verstrekken van een rollator of rolstoel).

Zorggerichte preventie tot slot richt zich op de zieke populatie en mensen die zorgafhankelijk zijn. Deze vorm is dus ook altijd op het individu gericht en richt zich dus ook op reeds geïdentificeerde personen. Doel is primair het voorkómen van complicaties en verergering van of terugval in de ziekte of beperkingen.

De prestatievelden 4, 5 en 6 binnen de WMO zijn vooral gericht op die zogenaamde geïndiceerde en zorggerichte preventie. De wet richt zich bij deze prestatievelden op het opheffen, reduceren en compenseren van de sociale, fysieke en/of psychische beperkingen van met name de kwetsbare mensen in de samenleving, maar ook van diegene die hen weer ondersteunen. Alle andere prestatievelden binnen de WMO richten zich op de universele en selectieve preventie. Zo kan bijvoorbeeld de ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en ouders met problemen met opvoeden voorkómen dat er onomkeerbare problemen ontstaan. Ditzelfde geldt voor het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning. Hier gaat het om mensen die al dan niet al een probleem hebben dat voorkómen of gestabiliseerd kan worden door middel van informatie, adviezen of ondersteuning. Het bevorderen van de sociale samenhang in en de leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten kan universele preventie worden gezien.

De taken binnen de WCPV richten zich dus feitelijk op alle genoemde vormen van preventie. De WMO en WCPV overlappen elkaar dan ook op alle genoemde vormen van preventie.

Overzicht: Prestatievelden gerelateerd aan soorten van preventie

Leefbaarheid en sociale samenhang in buurt en wijk (universeel)
Preventieve voorzieningen voor jeugd (universeel/selectief/geïndiceerd/zorggericht)
Informatie en advies en cliëntondersteuning
(universeel/selectief/geïndiceerd/zorggericht)
Ondersteuning mantelzorg en vrijwilligers (geïndiceerd/zorggericht)
Participatie van mensen met beperkingen (geïndiceerd/zorggericht)
Voorzieningen mensen met beperkingen (geïndiceerd/zorggericht)
Maatschappelijke opvang/vrouwenopvang (zorggericht)
OGGZ en verslavingsbeleid (selectief/geïndiceerd/zorggericht)

Raakvlak 9: prestatievelden¹⁵

De negen prestatievelden van de Wmo hebben verschillende raakvlakken met taken binnen de WCPV. Uitgangspunt zijn hier de WCPV taken die gekoppeld worden aan de Wmo prestatievelden.

Prestatieveld 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 en 9 raken de WCPV duidelijk, prestatieveld 6 staat grotendeels op zichzelf. Uit het overzicht in bijlage 3 blijkt dat de raakvlakken met name liggen op het gebied van de bevorderingstaken. Het bevorderen van maatschappelijke deelname kan eveneens leiden tot een betere gezondheid. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers draagt indirect bij aan het bevorderen van de gezondheid. In die zin kunnen de prestatievelden binnen de Wmo gezien worden als belangrijke factoren om de gezondheid te bevorderen.

De verschillen tussen Wmo en WCPV op een rij

Een belangrijk verschil tussen de WCPV en de Wmo is, dat de WCPV-taken, veelal plaatsvinden voordat er sprake is van een probleem waarvoor hulp nodig is, men spreekt over een maatschappelijke hulpvraag. De taken binnen de WCPV bevinden zich in het publieke domein en dienen het collectieve belang. De Wmo, met als doel maatschappelijke ondersteuning, gaat eveneens uit van een maatschappelijke hulpvraag, maar tevens van concrete en individuele vragen van burgers die een probleem hebben. Bovendien worden de prestatievelden binnen de Wmo uitgevoerd door private partijen die onderhevig zijn aan marktwerking. De twee wetten hebben verschillende doelstellingen respectievelijk, bevorderen van de volksgezondheid en maatschappelijke participatie. Hoewel die wel aan elkaar gerelateerd zijn, zijn de kernfuncties om die doelen te bereiken wel verschillend, respectievelijk maatschappelijke ondersteuning bij de Wmo en gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie bij de WCPV.

De wetten kennen verschillende vormen van overheidssturing. De WCPV wordt gematigd decentraal gestuurd en de Wmo sterk decentraal.

De Wmo richt zich vooral op de preventie-, care-, welzijns- en wonen-branchen, de WCPV richt zich voornamelijk op de preventiebranche. De preventie taken binnen de Wmo zijn met name gericht op secundaire en tertiaire preventie, het gaat in het bijzonder om mensen die al 'zorg'/ondersteuning nodig hebben. WCPV taken richten zich op de primaire preventieve taken nog voordat mensen überhaupt problemen hebben.

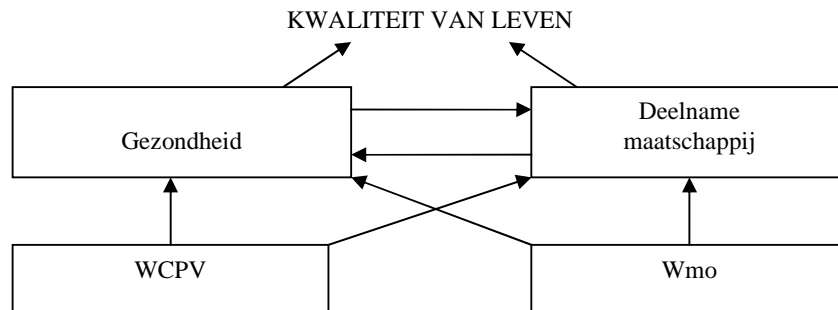
Gezondheid in brede zin speelt een belangrijke rol in beide wetten. De WCPV richt zich op de publieke gezondheid, dus zowel de fysieke, de psychische als sociale kant van gezondheid. De Wmo richt zich met name op het publiek welbevinden, de psychische en sociale kanten van die gezondheid.

¹⁵ De raakvlakken tussen WMO-prestatievelden en WCPV-taken staan in bijlage 3

Samengevat de verschillen en overeenkomsten van de Wmo en WCPV

De relatie tussen de beide wetten kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers.

Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, zo is uit menig onderzoek gebleken. 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 (zie figuur). Beide wetten hebben uiteindelijk een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven. Een kwalitatief goed leven draagt bij aan het creëren van een civil society. Wanneer mensen een kwalitatief goed leven leiden zullen zij meer openstaan voor de maatschappij om hen heen.



5.4. Raakvlakken tussen de WCPV en de gezonde leefstijl

Het DB van de GGD-Fryslân heeft op 14 december 2005 besloten om een Masterplan Gezond Leven te ontwikkelen. In april 2007 heeft de Adviescommissie Openbare Gezondheid van de GGD-Fryslân, onderdeel van de Hulpverleningsdienst Fryslân (HVD-Fryslân), ingestemd met het uiteindelijke resultaat van het Masterplan. In juni 2007 heeft het AB van de HVD-Fryslân het Masterplan vastgesteld.

Het Masterplan Gezond Leven richt zich op de leefstijl van de bevolking, op het gezondheidsgedrag van de bevolking.

De gemeente worden geacht in ieder geval invulling te geven aan de speerpunten zoals verwoord in de nota “kiezen voor gezond leven”.

Voor leefstijl gaat het dan met name om

- roken,
- schadelijk alcohol gebruik en
- overgewicht (voeding en beweging).

De andere thema's met leefstijlfactoren waarop het masterplan zich richt zijn:

- opvoeding en weerbaarheid jeugd en
- veilig vrijen (seksuele gezondheid).

De overige twee speerpunten van VWS te weten, diabetes- en depressiepreventie zijn niet opgenomen in het masterplan maar zijn indirect in preventief opzicht wel van toepassing. Overgewicht is met name een grote veroorzaker van diabetes. Voor depressiepreventie geldt met name bewegingsstimulering en preventie van excessief alcoholgebruik. Voor de uitwerking van deze twee speerpunten kan gebruikt gemaakt worden van de resultaten van 2 werkgroepen van het Preventieplatform Friesland, welke zich hier momenteel mee bezighouden.

Volgens de projectgroep Masterplan Gezond Leven bestaat een effectieve aanpak van gezondheidsbevordering door gemeenten uit een combinatie van:

- sturen waar dit kan, bijvoorbeeld op het gebied van regelgeving, vergunningen, handhaving;
- benutten van structurele instrumenten voor het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- voortdurend streven naar commitment bij professionals, maatschappelijk middenveld en burgers voor het werken aan een gezonde leefstijl; hierbij is het inzetten van ‘evidence based’ interventies gewenst, maar dit heeft alleen kans van slagen als uitvoerders en doelgroep zich committeren aan de aanpak; dit vraagt een voortdurende alertheid van de gemeenten;
- actieve regie van de gemeente op de speerpunten.

Het Masterplan Gezond Leven richt zich met name op de thema's:

- Opvoeding en weerbaarheid jeugd;
- Roken;
- Schadelijk alcoholgebruik;
- Beweging, voeding (overgewicht);
- Veilig vrijen (seksuele gezondheid).

Motivatie voor de thema's

Omdat leefstijl in hoge mate wordt bepaald door opvoeding en door weerbaarheid, is *opvoedingsondersteuning* en *weerbaarheid* een centraal thema. Weerbaarheid heeft o.a. te maken met zelfvertrouwen, zelfbeheersing en weerstand bieden aan groepsdruk.

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Hoewel het nationale rookbeleid in Nederland zeker zijn vruchten afwerpt, zijn er nog groepen die nauwelijks worden bereikt.

Chronisch alcoholmisbruik leidt o.a. tot beschadiging van organen waaronder het zenuwstelsel. 70% van het uitgaansgeweld en 25% van de verkeersongevallen gebeuren onder invloed van alcohol. De trends van alcoholgebruik bij jongeren zijn zeer ongunstig. Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Ook in Friesland neemt het aantal jonge drinkers toe.

In Nederland (en Friesland) is het aantal mensen met *overgewicht* de afgelopen jaren flink gestegen. Mensen met overgewicht hebben veel meer kans op ernstige gezondheidsproblemen als diabetes, hart- en vaatziekten en klachten aan het bewegingsapparaat.

Veilig vrijen /seksuele gezondheid is gekozen als speerpunt omdat jongeren nog steeds onveilig vrijen, veel jongeren ervaring hebben met ongewenste seksuele ervaringen en het aantal geslachtsziekten in Friesland toeneemt. Verder is een overweging dat jongeren steeds op jongere leeftijd seksueel actief zijn en er een groeiende problematiek is rond groepsverkrachtingen, cyberseks, betaalde seks en loverboys.

5.5. Relatie andere beleidssectoren

Veiligheid

De mate van gezondheid wordt natuurlijk ook beïnvloed door de wijze waarop iemand kan wonen en leven. Het integraal veiligheidsbeleid van de gemeente Leeuwarden, zoals vastgelegd in de Kadernota Integraal Veiligheidsbeleid, heeft daartoe als strategisch doel geformuleerd: alle inwoners van de gemeente Leeuwarden zijn veilig, weten zich veilig en voelen zich veilig.

Concreet levert dit de volgende subdoelen op:

- verminderen van criminaliteit;
- verminderen van overlast als gevolg van criminaliteit of ander normoverschrijdend gedrag;
- verminderen van onveiligheidsgevoelens;
- verkleinen van de risico's op onveiligheid.

Vanuit de openbare orde en veiligheid hebben met name de volgende zaken een directe relatie met het gezondheidsbeleid:

- het horeca- en coffeeshopbeleid;
- deelactieplannen gericht op het verminderen van alcohol - en drugsgebruik in het uitgaansleven en het alcoholgebruik in sportkantines en bij sportverenigingen (beleidsnotitie paracommerciële inrichtingen);
- het prostitutiebeleid.

Sport, spel en bewegen

Vanuit de gedachte dat sport en bewegen een belangrijke bijdrage leveren aan de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de burger, zijn in de kadernota Sportbeleid de volgende doelen geformuleerd die van belang zijn voor de gezondheid van de burger:

- sport toegankelijk maken en houden voor iedereen met het doel dat zoveel mogelijk burgers kunnen gaan sporten;
- er naar streven dat zoveel mogelijk burgers gebruik maken van de basisvoorzieningen, die de gemeente in stand houdt;
- bevorderen van breedtesport door het bieden van sport- en spelmogelijkheden voor specifieke doelgroepen en op wijkniveau om bewegen te stimuleren en de sociale samenhang te bevorderen;
- versterken van de samenwerking tussen sport, onderwijs en welzijn.

Ter uitvoering van deze doelstellingen wordt door de BV Sport een breed scala aan sportvoorzieningen beheerd en in stand gehouden en worden door de gemeente randvoorwaarden geschapen voor het realiseren en in stand houden (door anderen) van sportvoorzieningen. Verder organiseert de BV Sport diverse sport- en spelactiviteiten in het kader van de breedtesportimpuls. Tenslotte ondersteunt de gemeente voorlichtingscampagnes van landelijke, regionale en plaatselijke instituten en organisaties op het gebied van sport en bewegen.

Daarnaast voert de gemeente een actief speelruimtebeleid om op buurtniveau voldoende spel- en bewegingsmogelijkheden voor met name de jeugd in stand te houden.

Werk en inkomen

De gemeente Leeuwarden stelt alle inwoners van Leeuwarden die een inkomen hebben op minimumniveau in de gelegenheid om tegen een geringe vergoeding een aanvullende ziektekostenverzekering (AV Frieso) te kunnen afsluiten. Dit initiatief is genomen vanwege de voordelen voor de minima in de vorm van een verruiming van het verzekeringspakket. Op deze wijze zijn de minima verzekerd van een goede verzekering voor hun ziektekosten. Met het instellen van AV Frieso wordt door de gemeente aandacht besteed aan de curatieve kant van de gezondheidszorg.

Op het preventieve vlak kan worden gesteld dat de mogelijkheid om in het kader van de Declaratieregeling minima Leeuwarden de kosten van sportactiviteiten te kunnen declareren een bijdrage levert aan de gezondheid van de Leeuwarder bevolking die moet rondkomen van een inkomen op minimumniveau.

De reden hiervan is dat uit onderzoek blijkt dat armoede negatieve gevolgen heeft op de gezondheid, zowel in termen van subjectieve beleving van de eigen gezondheid als in meer objectieve termen zoals het aantal gezondheidsklachten.

In het kader van re-integratietrajecten naar werk en/of maatschappelijke activering, kan de fysieke en psychische gezondheid een onderwerp zijn waaraan aandacht wordt besteed. Soms wordt voorafgaand of tijdens een re-integratietraject een medisch onderzoek ingesteld naar de gezondheid van de cliënt. Hiermee wordt vastgesteld of er rekening gehouden moet worden met (belemmerende) factoren. In toenemende mate bieden re-integratiebedrijven echter ook mogelijkheden aan trajectdeelnemers om te werken aan de fysieke gezondheid door trainingen en samenwerking met sportscholen of fitnesscentra.

6. BASISTAKEN, EXTRA TAKEN EN WENSELIJKE TAKEN

6.1. Jeugdgezondheidszorg Leeuwarden

6.1.1 Basistaken jeugdgezondheid

De WCPV is in 2002 geactualiseerd. Met de wijziging van de WCPV is indertijd een landelijke basispakket Jeugdgezondheidszorg (BTP JGZ) wettelijk verankerd in het “Bestluit Jeugdgezondheidszorg”. Op grond van de WCPV voert de gemeente voor alle jongeren van 4-19 jaar de volgende taken uit:

- **Beleid**

1. Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidssituatie en gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren;
2. De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen;
3. Bijdragen aan de uitvoering van vaccinatieprogramma’s;
4. Het ramen van de behoefte aan zorg;
5. Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding en indien nodig de toeleiding naar zorg.

- **Uitvoering¹⁶:**

Basisonderwijs:

PGO groep 2

PGO groep 7

Onderzoeken op indicatie, huisbezoeken op indicatie

Pedagogische Hulp aan Huis 4 tot 12 jaar

Speciaal onderwijs:

Instroomonderzoeken

Herhalingsonderzoeken

Onderzoeken op indicatie, huisbezoeken op indicatie

Deelname begeleidingscommissies Speciaal Onderwijs per school.

Voortgezet onderwijs:

PGO klas 1 of 2

Onderzoek klas 3 VMBO

Onderzoeken op indicatie, huisbezoeken op indicatie

Inloopsprekuren op schoollocatie van verpleegkundige

Deelname zorgteams voortgezet onderwijs

¹⁶ Voor een productomschrijving van de activiteiten: zie Bijlage 4

Algemeen:

Onderzoek nieuwkomers: onderzoek van leerlingen die niet eerder binnen preventieve JGZ zijn onderzocht.

Verrichtingen en bevindingenregistratie bij alle onderzoeken ten behoeve van epidemiologie.

Deelname wsns-overleggen.(weer samen naar school).

Deelname RMC.

Deelname buurtnetwerken.

Uitvoering bepaalde groepsgerichte activiteiten, bijvoorbeeld ouderavond over pesten.

Opzet en uitvoering van EKD (Elektronisch Kind Dossier) 0-18 jaar met verwijzindex, samen met de Thuiszorg.

6.1.2 Extra-taken gezondheidszorgbeleid: JGZ Leeuwarden

- **Alcoholvoorlichting basisonderwijs**

De JGZ ziet op de basisschool alle kinderen en hun ouders in groep 7. Het voorstel tijdens dit onderzoek met alle ouders te praten over de schadelijke gezondheidseffecten van alcoholgebruik door jongeren. De GGD-medewerkers kunnen daarbij de ouders informeren over de gevolgen van dit alcoholgebruik en hun ook adviseren hoe hier mee om te gaan tijdens de puberteit van de jongeren. Er is materiaal ontwikkeld ter ondersteuning van een dergelijk gesprek. Aangezien de beschikbare tijd in een onderzoek (PGO) beperkt is wordt voorgesteld om de PGO-onderzoeken hiervoor met 5 minuten uit te breiden.

Naast deze specifieke aanpak is er binnen het basispakket ruimte voor preventie op het gebied van alcoholgebruik. In de onderzoeken in klas 1 en 2 voortgezet onderwijs en in de getrapte interventie klas 3 VMBO kunnen vragen en problemen met betrekking tot alcoholgebruik met de JGZ- verpleegkundige en arts worden besproken. Ook tijdens de inloopsprekuren van de verpleegkundigen is dit een onderwerp.

Tijdens de schoolcontactfunctie geeft de verpleegkundige advies en informatie aan de school over hoe de school hieraan aandacht kan besteden: methodes, materialen, externe ondersteuning. Het afgelopen jaar hebben de GGD en de VNN afgesproken om bij de scholen te informeren naar het gebruik van de methodiek 'de gezonde school'. Zonodig wordt de school geadviseerd om de methodiek weer opnieuw in te voeren.

Dit voorstel zal worden meegenomen in het provinciale plan van aanpak. Hiervoor worden extra gelden gereserveerd.

- **Seksuele gezondheid.**

Basisonderwijs.

Voor het basisonderwijs kan de GGD het lespakket en materiaal "Lentekriebels" aanbieden. Dit is een methode waarin op de basisschool aandacht aan seksualiteit gegeven wordt, elke leeftijd op zijn eigen niveau.

In het voorjaar vinden in de landelijke Week van de Lentekriebels (ontwikkeld door NIGZ) verschillende activiteiten plaats. Voorbeelden van activiteiten kunnen zijn: een les uit het lespakket Relaties & Seksualiteit, een gedichtenwedstrijd over vriendschap en liefde voor bovenbouwleerlingen, een bezoek aan de openbare bibliotheek om informatie in te winnen over relaties en seksualiteit, een dramales voor de bovenbouw, een poppenkastvoorstelling voor de onderbouw.

Voortgezet onderwijs en speciaal voortgezet onderwijs.

Preventie op het gebied van seksuele gezondheid is onderdeel van het basistakenpakket. In de onderzoeken in klas 1 en 2 voortgezet onderwijs en in de getrapte interventie klas 3 VMBO kunnen vragen en problemen rondom seksualiteit met de JGZ- verpleegkundige en arts worden besproken. Ook tijdens de inloopsprekuren van de verpleegkundigen is seksualiteit een onderwerp.

Tijdens de schoolcontactfunctie geeft de verpleegkundige advies en informatie aan de school over hoe de school hieraan aandacht kan besteden: methodes, materialen, externe ondersteuning.

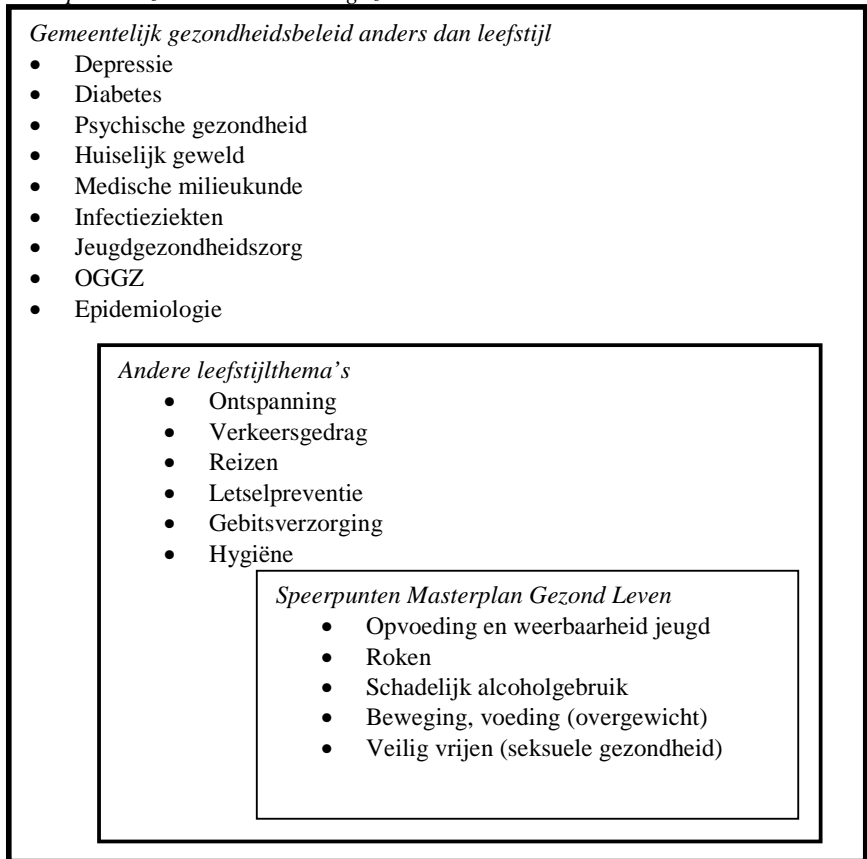
De verpleegkundige besteedt jaarlijks extra aandacht aan seksuele gezondheid. Binnen de mogelijkheden van de JGZ-verpleegkundige en de school wordt gekozen voor de wijze waarop die extra aandacht wordt ingevuld. Dit kan bijvoorbeeld door een regulier inloopspreekuur om te zetten in een thema-spreekuur seksuele gezondheid.

Bovenstaande extra taken zullen als nieuw beleid voor 2009 worden voorgelegd aan de raad.

6.2. Collectieve preventie Leeuwarden

In dit onderdeel is een groot aantal thema's opgenomen dat deels wel en deels niet met leefstijlen samenhangt. In onderstaand overzicht wordt de relatie weergegeven van de overige WCPV- beleidsoriëntaties en taken, de leefstijl thema's van het masterplan Gezond Leven en de andere leefstijlthema's.

Relatie Masterplan Gezond Leven met het gezondheidsbeleid



Expliciete beleidsaandacht van de gemeente gaat uit naar de onderdelen van het door de GGD vastgestelde Masterplan Gezond Leven. Andere leefstijlthema's en landelijke speerpunten als depressie en diabetes kunnen later nog aandacht krijgen in het beleid door aanbevelingen van het Provinciaal Preventieplatform, die nu nog moeten worden uitgewerkt.

6.2.1 Basistaken GGD: collectieve preventie en acute zorg

A. Deelprogramma collectieve preventie:

- Zorg voor jeugd (Uitgelicht in hoofdstuk 6.1)
- Preventie van Infectieziekten
- Gezondheidsbevordering (uitgelicht in hoofdstuk 5.4)
- Toezicht hygiëne en veiligheid
- Bevolkingsonderzoeken
- Reizigersadvisering en Vaccinatie
- Publieksinformatie

Uitgelicht: Infectieziektebestrijding Leeuwarden

De samenleving wordt beschermd tegen de nadelige effecten van tuberculose. Taak van de GGD is een actieve en passieve opsporing, preventie en curatieve behandeling van tuberculose. Ook ander infectieziekten zoals de inzet van meningokokken vaccinatie of een griepedemie zijn gebieden waarop de GGD is voorbereid. De GGD heeft ook een specifieke taak in het voorkomen van SOA-HIV, uitvoeren van Hepatitis-B campagne en het wekelijks houden van een prostitutie spreekuur in Leeuwarden.

B. Deelprogramma "Acute zorg en Vangnet"

De GGD Fryslân biedt hulp en is een vangnet voor burgers die door de mazen van bestaande zorgvoorzieningen dreigen te glippen. In dit deelprogramma van de basistaken komt de relatie tot uitdrukking tussen volksgezondheid en veiligheid.

Dit deelprogramma bestaat uit:

- Acute zorg voor Jeugd (incidenten op scholen)
- Uitbraak infectieziekten
- Medisch-Milieukundige Zorg
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg / Bemoeizorg
- Forensische geneeskunde
- Medische zorg Asielzoekers
- Preparatie op (dreiging van) rampen en crises (GHOR=Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen)

C. Deelprogramma Advies aan gemeenten en kenniscentrum OGZ

Onder dit programma worden de beleidsadviezen aan gemeenten verricht en ondermeer het epidemiologisch onderzoek (o.a. gezondheidsenquêtes).

6.2.2 Wenselijke taken collectieve preventie en acute zorg

Alle speerpunten uit het Masterplan Gezond Leven kunnen met nog meer inzet worden uitgevoerd. Het masterplan laat per speerpunt tal wenselijke interventies zien die zinvol zijn om de doelstellingen te halen. De gemeente Leeuwarden stelt een budget beschikbaar die deze wenselijkheden niet toelaat. Zo kunnen ook de landelijke speerpunten als depressie en diabetes niet als gemeentelijke speerpunten worden benoemd. Dit betekent dat de gemeente op deze speerpunten niet extra gaat sturen, maar mogelijk, zoals eerder gesteld, wel gaat meeliften in het traject dat door het Preventieplatform wordt ontwikkeld.

6.3 Gemeenschappelijke regeling over basistaken GGD

In de Gemeenschappelijke regeling van de 31 Friese gemeenten is vastgelegd dat gemeenten op basis van inwoneraantal een bijdrage levert voor de instandhouding van de GGD. Voor het jaar 2008 is dat voor de gemeente Leeuwarden € 1.242.896,-. Hiermee zijn alle basistaken gedekt die de gemeenten wettelijk dienen uit te voeren.

7. SPEERPUNTEN GEMEENTELIJK BELEID

7.1. Speerpunten leefstijlen tot 2011

In dit hoofdstuk zijn de beleidsvoornemens opgenomen waarop de gemeente de komende jaren extra wil investeren. Deze investering is deels bestaand beleid van de afgelopen jaren dat onverkort wordt doorgezet de komende vier jaren (alcoholvermindering jeugd, extra opvoedingsondersteuning en leefstijl overgewicht (voeding en bewegen). Tevens zijn nieuwe speerpunten opgenomen, te weten: veilig vrijen, minder roken en verbetering relatie met eerstelijnsgezondheidszorg. Daarnaast is nog een intern beleidsspeerpunt benoemd: een handvat om integraal werken rond gezondheidsvraagstukken te verbeteren. Al deze speerpunten kunnen doelmatig met de bestaande middelen worden uitgevoerd.

Deze speerpunten hebben betrekking op het gedrag van personen waarbij het accent van de strategieën ligt op verleiding tot gezond gedrag, ondersteuning en facilitering van gezond gedrag en minder op het werken met het “vermanende vingertje”.

De volgende zeven speerpunten van beleid worden aan de raad voorgelegd:

Externe werking: Gebaseerd op Masterplan Gezond Leven

1. Verminderen alcoholgebruik jongeren
2. Verminderen overgewicht
3. Verminderen roken
4. Bevorderen seksuele gezondheid
5. Opvoeding en vergroten weerbaarheid jeugdigen

Interne werking: Eigen gemeentelijke speerpunten

6. Bevorderen relatie met de eerstelijnszorg
7. Verbeteren integraal beleid door gezondheidseffectrapportage.

7.1. 1. Verminderen alcoholgebruik jongeren

Motivering: Chronisch alcoholmisbruik leidt o.a. tot beschadiging van de organen waaronder het zenuwstelsel. 70% van het uitgaansgeweld en 25% van de verkeersongevallen gebeuren onder invloed van alcohol. De trend van alcoholgebruik bij jongeren zijn zeer ongunstig. Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Ook in Friesland neemt het aantal jonge drinkers toe.

In navolging van het Masterplan Gezond Leven worden de preventieactiviteiten voortgezet als publiekscampagnes (agendasetting) en structurele aandacht op scholen. Anderzijds wordt op het gemeentelijke en bovenlokale niveau integraal beleid voorbereid. Signalering, regelgeving en handhaving zijn daarbij essentieel.

7.1. 2. Verminderen overgewicht

Motivering: In Nederland (en Friesland) is het aantal mensen met overgewicht de afgelopen jaren flink gestegen. Mensen met overgewicht hebben veel kans op ernstige gezondheidsproblemen als diabetes, hart- en vaatziekten en klachten aan het bewegingsapparaat.

In navolging van het Masterplan Gezond Leven zal bij de aanpak gestuurd worden op voorlichting door de geëigende preventieorganisaties (in dit geval met name Jeugdgezondheidszorg, GGD en BV SPORT). Tevens zal het project "Actie Leeuw" nog twee jaar intensief worden uitgevoerd (budget: Gezond en wel in de stad). Daarnaast zal de gemeente ook zelf het voorbeeld zijn van een vitale organisatie die staat voor het stimuleren van lichaamsbeweging en het bevorderen van een gezond voedingspatroon.

7.1. 3. Verminderen roken

Motivering: Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Hoewel het nationale rookbeleid in Nederland zeker zijn vruchten afwerpt, zijn er nog groepen die nauwelijks worden bereikt.

Rookpreventie vraagt niet om een zware gemeentelijke regie of convenant, maar om voortzetting van de huidige aanpak met daarbij meer bemoeienis van de gemeente via periodiek contact met het Platform Rookpreventie.

7.1. 4. Bevorderen seksuele gezondheid

Motivering: Veilig vrijen/ seksuele gezondheid is gekozen als speerpunt omdat jongeren nog steeds onveilig vrijen, veel jongeren ervaring hebben met ongewenste seksuele ervaringen en het aantal geslachtsziekten in Friesland toeneemt. Verder is een overweging dat jongeren steeds op jongere leeftijd seksueel actief zijn er een groeiende problematiek is rond groepsverkrachtingen, cyberseks, betaalde seks en loverboys. In de uitwerking zijn veel raakvlakken met de speerpunten alcoholgebruik en weerbaarheid.

In het kader van het Masterplan Gezond leven is het actieplan van het Platform Jongeren en Seksualiteit Friesland reeds door Leeuwarden ondertekend. Belangrijkste uitvoerders zijn GGD Fryslân en MEE Friesland.

7.1. 5. Opvoeding en vergroten weerbaarheid jeugdigen

Motivering: Opvoedingsondersteuning en vergroting van de weerbaarheid zijn de belangrijkste centrale thema's van het Masterplan Gezond Leven. Weerbaarheid heeft o.a. te maken met zelfvertrouwen, zelfbeheersing en weerstand bieden aan groepsdruk.

Een samenhangende aanpak van opvoedingsmethode is de methodiek 'Triple P'¹⁷. De gemeente Leeuwarden wil een start maken met deze methodiek in de op te zetten centra voor Jeugd en Gezin. Een effectieve methode voor de weerbaarheid van de jeugd is de lesmethode 'Leefstijl'.

7.1. 6. Bevorderen relatie met de eerste lijn

Motivering: De relaties met de individuele beroepsbeoefenaren in de eerste lijn gezondheidszorg zijn zeer sporadisch en incidenteel. Verkenning over en weer is nodig om te zien in hoeverre de gemeente kan bijdragen aan het faciliteren van de eerste lijn. Te denken valt aan onderwerpen als het vestigingsbeleid en de wensen van de gemeente rond de woonservicezones.

Voorts zal inhoudelijk worden onderzocht in hoeverre de curatie in de eerste lijn kan participeren in samenhangende programma's rond preventie, bijvoorbeeld wijkgerichte gezondheidsprojecten.

7.1. 7. Verbeteren integraal beleid door gezondheidseffectrapportage

Motivering: Integraal beleid voeren is de wens maar ook de opdracht voor alle beleidsectoren. In de praktijk is dat nog niet altijd eenvoudig. Voor de gezondheidszorg is het middel van de gezondheidseffectschatting (GES) ontwikkeld. De komende jaren zal ambtelijk worden geoefend met dit middel om in kaart te brengen welke gezondheidseffecten zijn in te schatten over het overheidshandelen bijvoorbeeld in de ruimtelijke ordening.

Doelgroep, settings en uitwerking van de speerpunten

Een belangrijke doelgroep bij preventie is de jeugd. Enerzijds omdat er nog minder vastgeroeste gewoonten zijn, waardoor je het gezonde gedrag nog kunt bevorderen (jong geleerd oud gedaan). Anderzijds speelt momenteel mee dat de trends op sommige leefstijlfactoren bij de jeugd ronduit ongunstig zijn en dat alle gezondheidsautoriteiten (o.a. Inspectie Gezondheidszorg) een daadkrachtige inzet vragen van gemeenten en organisaties ten behoeve van de jeugd.

Voor volwassenen en ouderen wordt voorgesteld om de inzet te richten op risicogroepen. Het gaat dan om lagere sociaaleconomische groepen. Het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is een doel geweest in de eerste nota gezondheidsbeleid. Gezondheidsbevordering is nu echter nog te veel gericht op 'iedereen' en de ervaring leert dat hogere sociaaleconomische groepen in het algemeen

¹⁷ De naam 'Triple P' staat voor positief pedagogisch programma. Het oorspronkelijk Australische programma voor opvoedingsondersteuning is bedoeld voor ouders met kinderen van 0 tot 16 jaar. Triple P is een laagdrempelig, integraal programma met als doel (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen te voorkomen door het bevorderen van competent ouderschap.

eerder en beter gebruik maken van informatie en maatregelen dan lagere. Bij ongewijzigd beleid zullen de verschillen dus eerder groter worden dan kleiner.

Settings zijn vindplekken voor een specifieke doelgroep. Gangbare settings voor gezondheidsbevordering zijn de gezondheidszorg, de wijk, de school en het werk. Gemeenten hebben vooral invloed op de wijk, de school (min of meer), de preventieve gezondheidszorg voor de jeugd.

De uitwerking van de speerpunten ondermeer te gebruiken in bijvoorbeeld een programmabegroting zijn uitgewerkt in de bijgevoegde bijlage. De meer uitgewerkte speerpunten in de bijlage zijn zo geformuleerd dat het SMART- doelstellingen zijn waarmee mensen of organisaties aan het werk kunnen.

De speerpunten zijn SMART geformuleerd

De letters van SMART staan voor:

Specifiek; *De doelstelling moet eenduidig zijn .*

Meetbaar; *Onder welke (meetbare/observeerbare) voorwaarden of vorm is het doel bereikt?*

Acceptabel; *Gaat de doelgroep en/of gaan de organisaties deze doelstelling accepteren?*

Realistisch; *De doelstelling moet haalbaar zijn.*

Tijdgebonden; *Wanneer (in de tijd) moet het doel bereikt zijn?*

Bij deze speerpunten dient wel in ogenschouw worden genomen dat hier sprake is van doelstellingen en niet doelen. Doelen zijn achterliggend en kunnen vaag en visionair zijn, zoals het doel om te werken aan een veilige en ontspannen samenleving. Doelstellingen daarentegen zijn zo geformuleerd dat er mensen of organisaties er mee aan te het werk kunnen.

7.3. Speerpunten SMART geformuleerd

De SMART geformuleerde speerpunten zijn normatief van karakter en gericht op doelrealisatie middels voorliggende doelstellingen. Het niet halen van de doelstelling betekent nog niet automatisch dat de verrichte activiteiten zinloos zijn geweest. Hier wordt getracht het onderdeel van gezondheidsbeleid met een specifieke aandacht zo te formuleren dat de doelstelling, middelen en de uitkomsten transparant worden. Het is een handreiking naar bestuur en politiek om te kunnen sturen op maatschappelijke effecten (outcome). Omdat de maatschappelijke effecten een resultante zijn van vele factoren en actoren dient met de nodige voorzichtigheid de evaluatie van beleid plaatsvinden. Hier worden de speerpunten zo benoemd dat na gerealiseerd beleid een discussie kan volgen over het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Evaluatie is dan een interactief proces met de verschillende actoren waarbij “tellen” (metingen) en vertellen hand in hand gaan.

Speerpunt: Verminderen alcoholgebruik jongeren				
<i>Specifiek</i>	<i>Meetbaar</i>	<i>Acceptabel</i>	<i>Realistisch</i>	<i>Tijdgebonden</i>
Het alcoholgebruik onder de jeugd van 10 -16 jaar daalt door meer voorlichting aan de ouders en kinderen.	Volgens Jeugdmonitor (12-17 jaar) van mei 2006 raadt 11% van de ouders het drinken van alcohol af. Vervolgonderzoek (jeugdmonitor of gezondheidsenquête) geeft een percentage van minstens 30% van de ouders aan die alcohol afraden op de leeftijd tot 16 jaar. Het gebruik van alcohol daalt van 61% naar 55%.	- Het PGO-onderzoek groep 7 wordt met 5 minuten uitgebreid om ouders voor te lichten over gebruik van alcohol en opvoeding. - GGD samen met VNN zullen met scholen meer aandacht besteden aan het gebruik van alcohol. - Training van intermediairen door VNN voor vroegsignalering van alcoholgebruik jongeren. - Training jongerenwerkers door VNN .	Als extra investering van GGD in PGO, groep 7 wordt gehonoreerd. In geval de scholen (VO en VMBO) zich meer gaan inzetten rond alcohol-vermindering. Onder de aandacht brengen van 'best practice' Gezonde school en genotmiddelen. Als het convenant over het Fries alcoholbeleid van de GGD Fryslân , VNN, Politie Fryslân en Provincie Fryslân wordt uitgevoerd. ¹⁸	Over vier jaar
Het alcoholgebruik onder de jeugd van 10 -16 jaar daalt door meer regelgeving en handhaving	meer processen verbaal voor overtreding van de drank- en horeca wet, APV en wegverkeerswet in relatie tot alcoholgebruik van jongeren.	Met steun van convenanten die opgemaakt zijn met horeca, buurthuizen, sportverenigingen en detailhandel over striktere naleving.	Als extra capaciteit (Politie, Voedsel en Warenautoriteit en Gemeente) wordt ingezet.	Over vier jaar
Beleidsformulering: De jeugdmonitor of gezondheidsmonitor laat zien dat het alcoholgebruik onder de jongeren (vooral bij jongens) tot 16 jaar sterk is afgenomen naar 55% in 2011. De effecten die de gemeente wil bereiken zijn: minder fysieke en sociaal-maatschappelijke schade door gebruik van alcohol op lagere leeftijd.				

¹⁸ Het initiatiefvoorstel van het CDA Leeuwarden zal nog in een uitvoeringsplan worden verwerkt om de lokale aanpak mede mogelijk te maken.

Overzicht Gemeentelijk Gezondheidsbeleid 2008-2011

Speerpunt: Verminderen overgewicht				
<i>Specifiek</i>	<i>Meetbaar</i>	<i>Acceptabel</i>	<i>Realistisch</i>	<i>Tijdgebonden</i>
Jongeren bewegen meer en eten beter.	Het overgewicht bij jongeren stijgt niet boven de 14%. De gemeentelijk aanpak Actie Leeuw biedt een programma aan 70% van de jongeren met overgewicht.	De uitvoering van Actie Leeuw blijft tot eind 2009 op hetzelfde niveau en vergroot haar draagvlak Onderdelen bijv: Club extra, Duimdrop, jeugdinstuif, Junior hartdag, Kies je sport, Schoolgruiten, Vliegend sport brigade, voedingsles	De gelden van Actie Leeuw zijn gewaarborgd tot eind 2009 daarna dient de coördinatie door bestaande organisaties worden uitgevoerd (BV Sport, Thuiszorg, Centrum Jeugd en Gezin, ed.) De basistaken en deskundigheid bij de GGD is de signalering overgewicht (JGZ) en het werken met het landelijke overbruggingsplan	Over vier jaar
Volwassenen bewegen meer en eten beter.	Het overgewicht bij volwassenen (19-65 jaar) blijft minstens gelijk op 40% in vergelijking met de gezondheidsmonitor 2006. Het overgewicht bij ouderen (65 plussers) blijft op 54% of minder . Actie Leeuw biedt een leefstijl-programma aan 5% van de volwassenen in wijken met een lage ses (soc. econ. status)	Actie Leeuw tot eind 2009: Onderdelen bijv: Aqua sportief, bewegen op muziek, zin en onzin van diëten, happy weight, sportief op gewicht, supermarktrondleiding krappe beurs	Uitvoering Actie Leeuw en vervolg door bestaande organisaties. Veel inzet professionals, vrijwilligers en ervaren aantrekkelijkheid door deelnemers.	Over vier jaar
<p>Beleidsformulering: De jeugdmonitor of gezondheidsmonitor laat zien dat het overgewicht onder de jongeren, volwassenen en ouderen niet verder is toegenomen in 2011 en een verbetering laat zien onder de groep jongeren. De effecten die de gemeente wil bereiken zijn minder door overwicht fysiek en sociaal beperkte inwoners en een terugdringen van diabetes (II).</p>				

Overzicht Gemeentelijk Gezondheidsbeleid 2008-2011

Speerpunt: Verminderen roken				
<i>Specifiek</i>	<i>Meetbaar</i>	<i>Acceptabel</i>	<i>Realistisch</i>	<i>Tijdgebonden</i>
Jongeren, volwassenen en ouderen roken minder	Het roken onder de jongeren neemt af van 27 % naar het Fries gemiddelde van 22%	Als scholen, sportvoorzieningen, gezondheidscentra, huisartsen, verloskundigen, tandartsen , VNN , Thuiszorg, MEE, GGD, ed. zich inzetten voor rookpreventie: Stoppunt roken –GGD; reguliere cursussen ‘stoppen met roken’ door GGD en Thuiszorg; Actie tegengif op scholen; Gezonde School en genotmiddelen en Initiatief horeca Nederland	De afname van roken zal het meest worden bevorderd door een rookverbod in de gehele horeca en sportvoorzieningen (waarschijnlijk per 01-07-2008).	Over vier jaar
Jongeren, volwassenen en ouderen zullen minder roken door meer handhaving	In de horeca wordt in 2009 niet meer gerookt.	Indien de landelijke overheid de Europese regelgeving ook in Nederland invoert en handhaaft	Als ook de horeca en beheer andere algemene ontmoetingsruimten zich actief inzet.	Over vier jaar
Beleidsformulering: De gezondheidsmonitor laat zien dat het roken onder jongeren, volwassenen en ouderen zal zijn afgenomen in 2011 waarbij de gemeente meelift op het landelijke beleid. De maatschappelijke effecten zijn vooral meetbaar in de gezondheidszorg op de midden lange termijn: minder longkanker, hartinfarcten, minder dysmaturen, ed..				

Speerpunt: Bevorderen seksuele gezondheid (veilig vrijen)				
<i>Specifiek</i>	<i>Meetbaar</i>	<i>Acceptabel</i>	<i>Realistisch</i>	<i>Tijdgebonden</i>
Jongeren hebben meer kennis over seksuele gezondheid	Het aantal chlamydia onderzoeken bij de GGD met positieve uitslag daalt van 9,9% naar 7%.	Alleen als scholen lespakket ‘Lentekriebels’, ‘relaties en seksualiteit’, (basis) en ‘Lang leve de liefde’ (vo) structureel gaan invoeren. Verder inzet nodig van verloskundigen, Fier Fryslân, FIOM, Thuiszorg, GGD, ed..	Verbetering van kennis en gedrag zal alleen plaatsvinden als ook vormen van ‘peer-group education’ worden gehanteerd vooral bij risicogroepen (lage ses, allochtonen) . Gemeente Leeuwarden heeft Fries Actieplan Jongeren & Seksualiteit onderschreven	Over vier jaar
Jongeren gaan met respect om met de seksualiteit van de ander.	Vergroten van de aangiftebereidheid over grensoverschrijdend gedrag bij politie en hulpverlening. Basisgegevens ontbreken bij de gemeente.	Als maatschappelijk een breed draagvlak ontstaat tegen grensoverschrijdend gedrag(cyberseks) en loverboys; Preventie van tienerzwangerschappen; acceptatie van homoseksualiteit vooral onder allochtonen en seksuele opvoedingsondersteuning voor jongeren met een beperking.	Als het programma Kleurrijk samenspel wordt voortgezet door andere partijen op termijn. Fier Fryslân, FIOM, MEE mogelijkheden krijgt om veel inzet te kunnen voor de risicogroepen. Ook op scholen van voortgezet onderwijs en het VMBO zal regulier meer aandacht moeten komen voor seksueel gedrag van de jongeren	Over vier jaar
Beleidsformulering: De onderzoeken op het gebied van een gezondere seksuele gezondheid moeten een verbetering laten zien van het maatschappelijke klimaat om paal en perk te willen stellen aan grensoverschrijdend seksueel gedrag. Het effect dat de gemeente nastreeft is meer sociale openheid over gezonde vormen van seksueel gedrag.				

Speerpunt: Opvoeding en Vergroten weerbaarheid jeugdigen (in ontwikkeling)				
<i>Specifiek</i>	<i>Meetbaar</i>	<i>Acceptabel</i>	<i>Realistisch</i>	<i>Tijdgebonden</i>
Ouders zijn competent in het opvoeden	Nog geen cijfers te geven. Zie verder bij speerpunt overgewicht gezien de relatie met opvoeden	Alleen als provinciale aanpak voor effectieve interventies ingevoerd wordt, te starten met Triple P ¹⁹ . Verdere inzet nodig van JGZ, centra voor Jeugd en Gezin, JIF	Afspraken gemeenten, JGZ en de provincie zijn nodig voor verantwoordelijkheden, financiering en planning.	Over 4 jaar
Jongeren en volwassenen zijn weerbaarder	Nog geen cijfers te geven. Zie verder bij speerpunten overgewicht, alcohol en roken gezien de relatie met weerbaarheid	Alleen als Leefstijl structureel wordt ingevoerd. Aandacht voor weerbaarheid bij volwassenen nodig in wijk- en dorpaanpak gericht op verkleinen sociaal-economische verschillen	- Afspraken gemeenten en scholen nodig over financiering Leefstijl. - Vraagt extra inzet professionals, vrijwilligers en financiën.	Over 4 jaar
<p>Beleidsformulering: uit Friese registraties van de jeugdgezondheidszorg blijkt dat kinderen van ouders die problemen ervaren met de opvoeding: vaker niet ontbijten; minder vaak fruit eten; meer overgewicht hebben; meer tv kijken. Deze ongunstige leefstijlpatronen komen relatief meer voor bij kinderen die door de JGZ-functionaris als 'onvoldoende weerbaar' worden getypeerd.</p> <p>Daarnaast is er een verband met sociaal-economische positie. Jongeren en volwassenen met een lagere sociaaleconomische positie scoren op praktisch alle leefstijlitens ongunstiger.</p> <p>Opvoeding en weerbaarheid hebben dus een duidelijke relatie met alle aspecten van leefstijl en sociaaleconomische positie. Dus inzetten op deze aspecten is sowieso gunstig voor opvoeding en weerbaarheid.</p> <p>Na te streven effecten voor gemeenten zijn lastig aan te geven gezien de breedte van deze aspecten en de vele zaken die van invloed zijn op opvoeding en weerbaarheid. Daarnaast vraagt het verbeteren van de sociaaleconomische positie een specifieke invalshoek.</p>				

¹⁹ De naam 'Triple P' staat voor positief pedagogisch programma. Het oorspronkelijk Australische programma voor opvoedingsondersteuning is bedoeld voor ouders met kinderen van 0 tot 16 jaar. Triple P is een laagdrempelig, integraal programma met als doel (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen te voorkomen door het bevorderen van competent ouderschap.

Speerpunt: Bevorderen relatie met de eerstelijnsgezondheidszorg				
<i>Specifiek</i>	<i>Meetbaar</i>	<i>Acceptabel</i>	<i>Realistisch</i>	<i>Tijdgebonden</i>
Het hebben van een strategische analyse van de eerstelijns gezondheidszorg met als doel de relatie tussen preventie en curatie te versterken.	Het hebben van een sociale kaart van alle beroepen eerste lijn gezondheidszorg. (omvang, gebiedsgerichtheid, inhoudelijke oriëntatie, e.d.)	Met de steun van de individuele beroepsbeoefenaren gezondheid in de eerste lijn. Gezamenlijke visieontwikkeling over bijdrage van de eerste lijn aan de leefstijlen	ROS-Friesland (Regionale Ondersteuning Structuur tbv de eerste lijn) is bereid ondersteuning te bieden om de relatie van de gemeente met de eerste lijn te leggen	Binnen vier jaar
Beleidsformulering: Een bescheiden ambtelijke inzet is vereist om de bereidheid te verkennen bij de eerste lijn gezondheidszorg om te komen tot samenwerking, afstemming en mogelijk visievorming op het gebied van curatie met de leefstijlen (preventief).				

Speerpunt: Inschatting gezondheidseffecten (beleids-pilot)				
<i>Specifiek</i>	<i>Meetbaar</i>	<i>Acceptabel</i>	<i>Realistisch</i>	<i>Tijdgebonden</i>
Bij elk gemeentelijk beleid dat een relatie heeft met de bevolking zal gecheckt moeten worden of er sprake is van gezondheidseffecten.	Bij het aanvinken in een B&W nota kan eenvoudigweg worden vastgesteld of de gezondheidseffecten-check heeft plaats gehad.	Er is ambtelijk een draagvlak om gezondheidseffecten te benoemen. De praktijk is dat de GGD op verzoek adviezen verstrekt aan verschillende sectoren.	In de B&W nota expliciet opnemen of het voorgenomen beleid gezondheidseffecten sorteert. Bijvoorbeeld onder kopje risico's	Vanaf 2008
Beleidsformulering: Om een betere beoordeling te kunnen geven dient in de gemeentelijke beleidsvoorbereiding de beslisboom te worden gehanteerd of beleid al dan niet gericht is op gezondheidsbevordering of effecten heeft voor de volksgezondheid. In beide gevallen kan interactief met de burgers en organisaties een GES (gezondheidseffectschatting) geïndiceerd zijn. Dit dient niet alleen plaats te vinden voor sectoraal beleid maar ook voor onderdelen van beleid die integraal zijn bedoeld zoals het wijkgericht werken. Hierbij valt te denken aan het actieplan Heechterp/Schieringen dat ook expliciet op gezondheidsbevordering gericht moet zijn.				

7.4. Kosten van de speerpunten

De gemeentelijke speerpunten worden grotendeels bekostigd uit reguliere budgetten voor de GGD, OGGZ en andere WMO-beleidsvelden. Veel instellingen met wie de gemeente een subsidierelatie heeft, verrichten direct of indirect activiteiten die ten goede komen aan de gezondheid van onze burgers (Bijv: SWOL, HWL en VNN).

Leeuwarden kent nog een extra coördinerende investering voor Actie Leeuw (overgewicht: voeding en bewegen). Het budget van Actie Leeuw is toereikend tot 2009 (€ 180.000,-).

Het totaal resultaat is dat voor de genoemde speerpunten geen extra middelen zijn opgenomen voor de periode tot 2011, omdat het voorgestelde beleid sober en doelmatig moet zijn. Voor de begroting 2009 wordt nog een voorstel gemaakt voor aanvullende taken van de GGD op het gebied van hier benoemde speerpunten.

Ook voor het interne gemeentelijke beleid wordt nu niet een intensivering van de beleidsaandacht voorgesteld. Er wordt momenteel wel voldaan aan de wettelijke verplichtingen (maken van gezondheidsbeleid) maar er is geen vrije beleidsinzet beschikbaar voor integraal gezondheidsbeleid (bewust, structureel en doelgericht met sectoren zoeken naar gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming). Zie verder onder hoofdstuk 8 de meerjarenbegroting 2008-2011.

8 BEGROTING 2008 2011

Financieel overzicht gezondheidsbeleid Gemeente Leeuwarden 2008-2011	uitgaven				
	2008	2009	2010	2011	totaal
Algemeen gezondheidsbeleid					
WMO prestatievelden 1 t/m 9					
Sport					
			zie WMO beleidsplan		
			zie programma Sport en beweging		
Specifiek gezondheidsbeleid					
Prostitutiebeleid	16.200	16.200	16.200	16.200	64.800
G.G.D. Fryslân	1.220.900	1.220.900	1.220.900	1.220.900	4.883.600
Extra medische taken (G.G.D.)	24.700	24.700	24.700	24.700	98.800
Hulp hygiënische woonoverlast	20.500	20.500	20.500	20.500	82.000
Gezond en wel in de stad	35.800	35.800	p.m.	p.m.	71.600
Jeugdgezondheidszorg 0 - 4 jaar	85.900	85.900	85.900	85.900	343.600
Jeugdgezondheidszorg 0 - 4 jaar	899.500	899.500	899.500	899.500	3.598.000
Nieuw beleid vanaf 2009					
Vervolg Gezond en wel in de stad			p.m.	p.m.	p.m.
PGO Extra (JGZ-impuls)		p.m.	p.m.	p.m.	p.m.

BIJLAGE 1: WCPV

WCPV-wetstekst van 25 mei 1990: regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid.

Gemeentelijke taken

Artikel 2

1. Burgemeester en wethouders bevorderen de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

2. Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid dragen burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld.

b. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;

c. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;

d. het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;

e. het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;

f. het bieden van psychosociale hulp bij rampen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid, onder a en onder c tot en met f, vermelde werkzaamheden nader worden uitgewerkt.

Artikel 3

1. Burgemeester en wethouders dragen zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding, voorzover dit bij algemene maatregel van bestuur is bepaald.
2. Onze Minister kan ter zake van de bestrijding van een epidemie van infectieziekten een aanwijzing geven aan burgemeester en wethouders, indien zij niet of niet naar behoren maatregelen treffen ter bestrijding van de epidemie, terwijl er ernstig gevaar voor de volksgezondheid dreigt en een bovenregionale verspreiding van de desbetreffende infectieziekte te verwachten is.
3. Onze Minister pleegt over een voornemen tot het geven van een aanwijzing overleg met burgemeester en wethouders. Hij deelt het nemen van de aanwijzing, onder vermelding van de redenen daarvoor, mee aan de beide kamers van de Staten-Generaal.

Artikel 3a

1. Burgemeester en wethouders dragen eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking van het eerste lid dragen burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - b. het ramen van de behoeften aan zorg;
 - c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van de perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
 - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid genoemde taken nader worden uitgewerkt.

Artikel 3b

De gemeenteraad stelt vóór 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij tenminste aangeeft hoe burgemeester en wethouders uitvoering geven aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting.

Artikel 4

1. Indien de gemeenteraad een bijdrage heft voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van collectieve preventie draagt hij er zorg voor dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden.
2. Geen bijdrage wordt geheven voor de bij of krachtens de artikelen 3 en 3a opgedragen taken, behoudens in gevallen bij algemene maatregel van bestuur genoemd.

Artikel 5

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen burgemeester en wethouders zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.
2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vragen burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 5a

Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels, staat het burgemeester en wethouders vrij om de taken of onderdelen van taken, als bedoeld in artikel 3a, tweede lid, onder a tot en met d, te laten uitvoeren door instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 16 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 6

1. Burgemeester en wethouders dragen er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:
 - a. geneeskunde;
 - b. epidemiologie;
 - c. verpleegkunde;
 - d. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
 - e. tandzorg;
 - f. gedragswetenschappen;
 - g. informatica.
2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de door de in het eerste lid genoemde deskundigen gevolgde opleidingen of verlangde deskundigheidseisen; de gestelde regels kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

Artikel 7

1. Onze Minister bevordert de kwaliteit en de doelmatigheid van de collectieve preventie.
2. Hij stelt voor het eerst in 2002 en vervolgens elke vier jaar bij nota landelijke prioriteiten vast op het gebied van de collectieve preventie.

3. Hij stelt in ieder geval eenmaal per vier jaar een landelijk programma vast voor uitvoering van onderzoek op het terrein van collectieve preventie.
4. Hij draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.
5. Hij bevordert de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie.

Artikel 7a

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

Artikel 8

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen met het oog op het bepaalde in artikel 2, tweede lid, onder *a*, regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van gegevens aan burgemeester en wethouders door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de volksgezondheid. In de maatregel kan het stellen van nadere regels ten aanzien van daarbij aangewezen onderwerpen aan Onze Minister worden opgedragen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van systematische informatie door gemeenten aan Onze Minister inzake de uitvoering van de wet.
3. De in dit artikel bedoelde algemene maatregelen van bestuur bevatten ten minste regels met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten, en kunnen de in het eerste en tweede lid bedoelde gegevensverstrekking verplicht stellen.

BIJLAGE 2: MILIEU EN GEZONDHEID

Milieuthema	Effecten op de gezondheid
Binnenmilieu	<p>Door onder meer vocht, schimmels en stank in de woning kunnen mensen diverse gezondheidsklachten krijgen. De effecten verschillen per oorzaak en variëren van hinder, allergische en reumatische klachten tot luchtwegaandoeningen en carcinogene effecten. Voor een aantal stoffen zijn effecten vastgesteld op populatieniveau (stikstofoxiden, koolmonoxide, VOS, benzeen, formaldehyde, fijn stof en asbest). Er is onduidelijkheid over het precieze verband tussen enerzijds vocht en binnenluchtkwaliteit en anderzijds astma en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).</p> <p>Over gezondheidseffecten bij gecombineerde blootstelling is weinig bekend. Uitzonderingen zijn de blootstelling aan radon en roken en de combinatie van asbest en roken. Recente gegevens over de blootstelling binnenshuis aan biologische agentia, geluid en elektromagnetische velden ontbreken. Het RIVM heeft in kader van het Actieprogramma Gezondheid en Milieu advieswaarden opgesteld voor stoffen in het binnenmilieu.</p>
Bodem	<p>Wonen op verontreinigde grond leidt in Nederland waarschijnlijk niet direct tot gezondheidsschade, specifieke situaties uitgezonderd. De blootstelling aan verontreinigingen in de bodem is daarvoor te gering. Grondeeltjes die door jonge kinderen worden ingeslikt en de consumptie van verontreinigd voedsel leveren de grootste bijdrage aan de blootstelling aan bodemverontreiniging. Eventuele effecten zijn afhankelijk van de aard van de verontreiniging.</p>
Drinkwater	<p>Bij gebruik van drinkwater uit het drinkwaternet zijn de risico's voor de gezondheid erg klein. De drinkwaterkwaliteit is in het algemeen goed in Nederland. Het merendeel van de bevolking is aangesloten op het drinkwaternet. Zuigelingen die drinkwater krijgen afkomstig uit loden leidingen vormen een risicogroep. Maatregelen zijn onder andere het vervangen van loden leidingen en het monitoren op mogelijke verontreinigingen bij drinkwaterpompstations.</p>
Externe veiligheid Bij externe veiligheid gaat het om risico's, die omwonenden lopen door vliegverkeer en de productie, het gebruik, de opslag en het transport van gevaarlijke stoffen. Daarbij gaat het niet alleen om de	<p>Op dit moment wonen in Nederland minstens 52 000 mensen in gebieden, waar de norm voor het plaatsgebonden risico wordt overschreden. Dit zijn dus alle personen opgeteld, die een risico lopen groter dan 1 op 1 miljoen op een dodelijk ongeluk door een incident bij een bedrijf in hun omgeving. Voor 19 000 personen wordt dit verhoogde risico veroorzaakt door de luchtvaart en voor 29 000 mensen door LPG-tankstations. Ook de kans op een ramp met dodelijke slachtoffers, is op verschillende plaatsen in Nederland groter dan de geaccepteerde norm voor het groepsrisico. Naast deze berekende risico's, speelt ook de beleving van risicodragende activiteiten een rol. Onderzoek naar effecten van deze beleving op het welzijn vindt</p>

bedrijfsplekken zelf, maar ook om het vervoer van en naar zulke plaatsen.	in Nederland nauwelijks plaats. Na de Bijlmerramp en de vuurwerkcramp in Enschede is de gezondheid van de getroffen en onderzocht. Bovendien is een expertisecentrum voor onderzoek bij rampen opgezet. Uit preventief oogpunt inventariseert de overheid risicovolle situaties en bedrijven in Nederland en berekent zij de risico's. De Provincie Fryslân heeft deze in kaart gebracht.
Geluid	Geluid is een groeiend milieuprobleem. Langdurige blootstelling aan geluid kan leiden tot welzijnseffecten zoals hinder en slaapverstoring enerzijds, en meer klinische effecten zoals gehoorschade en hart- en vaatziekten anderzijds. Effecten als hinder en slaapverstoring kunnen al vanaf een geluidbelasting van 40 dB(A) optreden. Van genoemde effecten komt hinder het meeste voor. De onderbouwing van de relatie tussen geluid en specifieke effecten is divers: De relatie tussen geluid en hinder is voldoende onderbouwd. Er blijven vraagtekens over de precieze bijdrage van non-akoestische factoren. Er zijn duidelijke aanwijzingen voor een causaal verband tussen geluid en stressgerelateerde klachten, zoals een verhoogde bloeddruk, hart- en vaatziekten. Aanwijzingen zijn er voor een associatie tussen geluid en een verminderd prestatievermogen bij kinderen.
Geur	De industrie, landbouw en verkeer kunnen bronnen zijn van geur. Blootstelling aan geur kan leiden tot overlast en hinder, maar ook tot lichamelijke effecten zoals hoofdpijn of ademhalingsklachten. Stankhinder is een belangrijke hinderfactor in de leefomgeving. De mate van geurhinder wordt veelal geschat aan de hand van klachtmeldingen of modelberekeningen. Ook wordt geurhinder onderzocht met behulp van telefonische of schriftelijke enquêtes of soms met dagboekjes.
Genetisch gemodificeerde organismen (GGO's)	Er is momenteel nog weinig bekend over gezondheidseffecten die mogelijk samenhangen met het gebruik van genetisch gemodificeerde organismen.
Leefomgeving-kwaliteit fysiek milieu, ruimtelijke ordening, sociaal milieu.	Nederlanders zijn zeer tevreden met hun woning en woonomgeving. Maar met name in de grote steden zijn er buurten waar de leefomgeving te wensen overlaat. Hier vallen problemen met bijvoorbeeld de kwaliteit van de woningvoorraad samen met sociale problemen en is er soms ook nog sprake van milieuproblemen. De leefomgeving heeft invloed op de gezondheid, bijvoorbeeld door luchtverontreiniging, geluid of verkeersongevallen. De gezondheid wordt ook indirect beïnvloedt door stress of negatieve gevoelens die ontstaan door hinder, perceptie van gezondheidsrisico's, een verslechterde woonomgeving of sociale onveiligheid. Sommige kenmerken van de leefomgeving zijn feitelijk te tellen of te meten, zoals bijvoorbeeld de afstand tot groen in de buurt of het aantal decibellen geluid. Andere kenmerken, zoals bijvoorbeeld gevoelens van (on)veiligheid, worden bepaald door mensen te vragen hoe ze zélf de kwaliteit van hun leefomgeving ervaren

(perceptie). Het oordeel over de kwaliteit van de leefomgeving wordt door beiden bepaald en is afhankelijk van tijd, plaats en omgeving.

Licht	Gezondheidsrisico's Er is momenteel nog weinig bekend over de mogelijke effecten van verstoring door de toename van kunstlicht in de avond en de nacht op het welbevinden van de mens (Gezondheidsraad, 2003).
Nationale luchtverontreiniging	Blootstelling aan fijn stof leidt in Nederland jaarlijks tot ca. 2500 vroegtijdige sterfgevallen, terwijl het aantal vroegtijdige sterfgevallen door ozon op 1500 wordt geschat. Daarnaast wordt geschat dat luchtverontreiniging verantwoordelijk is voor 1-3% van de spoedopnamen voor long- en hart- en vaataandoeningen. Het is onbekend of ozon en fijn stof zelf de stoffen zijn die het effect veroorzaken of dat zij alleen de indicatoren voor een schadelijk mengsel zijn. Over chronische effecten van aan verkeer gerelateerde lokale luchtverontreiniging, zoals astma, allergische klachten, chronische luchtwegklachten, bij zowel volwassenen als kinderen, is nog weinig bekend. Met het Landelijk Meetnet Luchtkwaliteit worden concentraties van stoffen in de buitenlucht gemeten. Om een beeld te krijgen van de lokale milieukwaliteit maken onderzoekers gebruik van verkeersmilieukaarten en verspreidingsmodellen. Daarnaast zijn er enkele lokale meetnetten. Ook worden emissiegegevens verzameld, waarmee met behulp van modelberekeningen de blootstelling van de bevolking kan worden berekend.
Stoffen	Door het Ministerie van VROM is een lijst opgesteld van met prioriteit te beheersen, milieugevaarlijke stoffen. Deze lijst is in 2004 uitgebreid. De kennis over de gezondheidseffecten van deze stoffen is beperkt. Van de gezondheidseffecten van hormoonverstorende stoffen is nog weinig bekend. Er is ook weinig bekend over de effecten van cumulatieve blootstelling aan verschillende stoffen. Recentelijk is door het RIVM onderzoek gedaan naar de cumulatieve blootstelling aan bestrijdingsmiddelen.
Straling (ioniserend) Ioniserende straling is deeltjesstraling (onder andere alfa- en bèta-straling) of elektromagnetische straling met voldoende energie om ionisatie in materie te kunnen bewerkstelligen.	Ioniserende straling kan weefsel en DNA beschadigen. Daardoor neemt bij verhoogde blootstelling de kans op gezondheidsschade, zoals het ontstaan van kanker, toe. Ioniserende straling kan ook aangeboren afwijkingen veroorzaken (teratogene effecten). Het is niet mogelijk teratogene effecten in de Nederlandse bevolking kwantitatief te schatten. Bij hoge doses is acute schade mogelijk. De effecten van ioniserende straling zijn beschreven in een rapport van de Gezondheidsraad (2003). De stralingsbelasting wordt in Nederland gemeten en heeft voor bijna 70% een natuurlijke oorsprong, is voor circa 30% afkomstig van medische toepassingen en voor een klein percentage afkomstig van overige menselijke activiteiten. Voor informatie over radon: zie binnenmilieu.

Straling (niet-ioniserend)
Niet-ioniserende straling is elektromagnetische straling met minder energie, UV, zichtbaar licht en infrarode straling.

UV-straling kan leiden tot huidkanker. Blootstelling aan radiofrequente straling als gevolg van mobiele telefonie, basisstations, radio- en televisiezenders heeft, voor zover nu bekend is, geen direct gezondheidsverlies tot gevolg (Gezondheidsraad, 2003). Van de 3 miljoen Nederlandse kinderen wonen er ongeveer 20.000 in de buurt van een hoogspanningslijn. Blootstelling aan het magnetische veld rond deze lijnen zou maximaal één van de 110 nieuwe gevallen van kinderleukemie per jaar kunnen verklaren. Een verklarend werkingsmechanisme is echter nog onbekend. Het is daardoor onduidelijk of er sprake is van een oorzakelijk verband.

Voedsel-veiligheid

Er zijn diverse programma's opgezet voor routinematige monitoring, controle en bewaking van voedingsmiddelen en drinkwaren. Bijvoorbeeld de controle op de aanwezigheid van bestrijdingsmiddelen en dioxine-achtige stoffen. De afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan hormoonverstorende stoffen. De gezondheidseffecten hiervan zijn momenteel nog onvoldoende onderzocht.

Zwemwater

Oppervlaktewater brengt bij recreatief gebruik een kans op gezondheidsproblemen met zich mee. Het gaat met name om maagdarminfecties, huidinfecties, de ziekte van Weil en ooginfecties. Kinderen, ouderen, zwangere vrouwen en mensen met een verminderd immuunsysteem vormen een risicogroep vanwege hun grotere gevoeligheid voor infectieziekten. Het RIVM houdt jaarlijks een enquête onder GGD'en en Provincies over het aantal gezondheidsklachten dat zij registreerden in verband met recreatie in oppervlaktewater. Het aantal meldingen van recreatiewater-klachten wordt ieder jaar hoger. Het aantal klachten lijkt voornamelijk samen te hangen met de temperatuur in de zomer. Dit komt doordat in hete zomers meer wordt gezwommen en warmer water meer ziekteverwekkers kan bevatten. Omdat niet alle klachten worden gemeld, ligt het werkelijke aantal waarschijnlijk hoger.

BIJLAGE 3: TABEL WCPV EN WMO RELATIE

WCPV-taken	Wmo-prestatievelden
<i>A. Onderdeel Collectieve preventie</i>	
1. Beleidsadvisering	Prestatieveld 1 t/m 9
2. Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve zorg	Prestatieveld 1 t/m 9
3. Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking	Prestatieveld 1 t/m 9
4. Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen ²⁰	Prestatieveld 1 t/m 9
5. Gezondheidsbevordering	Prestatieveld 1: Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten. Prestatieveld 3: het geven van informatie en advies waarmee de gezondheid en zelfredzaamheid kan worden bevorderd. Prestatieveld 4: Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers. Prestatieveld 5: Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem. Prestatieveld 9: Het bevorderen van verslavingsbeleid.
5a. Beantwoorden van vragen uit de bevolking	Prestatieveld 3: Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning
5b. Geven van voorlichting en Begeleiding	Prestatieveld 3: Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning
6. Bevorderen van medisch-milieukundige Zorg	Prestatieveld 1: Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten.
7. Bevorderen van technische Hygiënezorg	Prestatieveld 1: Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten.
8. Bewaken van openbare geestelijke gezondheidszorg (het bevorderen van de Oggz was vóór de komst van de Wmo een taak in de WCPV)	Prestatieveld 1: Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten. Prestatieveld 5: Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem. Prestatieveld 7: Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang.

²⁰ In dit verband wordt door de Inspectie Gezondheidszorg steeds strenger toezicht gehouden (facetbeleid)

	Prestatieveld 8: Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen.
<i>B. Onderdeel Infectieziektenbestrijding</i>	
9. Algemene infectieziektebestrijding	
10. Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids	
11. Tuberculosebestrijding	
12. Bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten	
<i>C. Onderdeel Jeugdgezondheidszorg</i>	
13. Werven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren	Prestatieveld 6: inzicht in de gezondheidssituatie geeft inzicht in het te verwachten beroep op zorgvoorzieningen in het kader van de Wmo
14. Ramen van de behoefte aan zorg	Prestatieveld 6: inzicht in de gezondheidssituatie geeft inzicht in het te verwachten beroep op zorgvoorzieningen in het kader van de Wmo
15. Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma	
16. Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding	Prestatieveld 2: Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden Prestatieveld 3: Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning
17. Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.	
18. Maatwerk jeugdgezondheidszorg (overige producten)	Prestatieveld 2: Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden

BIJLAGE 4: PRODUCTOMSCHRIJVINGEN JGZ

PGO groep 2 basisonderwijs :

Dit onderzoek richt zich op het beoordelen van de gezondheidstoestand, de groei en de ontwikkeling (lichamelijk, psychosociaal, emotioneel, motoriek, spraak en taal) van het kind. Er is specifiek aandacht voor opvoedingsvragen, vragen over gezondheid en een gezonde leefstijl. Zonodig vindt advisering en/of verwijzing plaats, bijvoorbeeld naar huisarts of jeugdzorg.

Na het onderzoek worden, met schriftelijke toestemming van de ouder, de voor het leerproces relevante onderzoeksbevindingen met de leerkracht besproken.

Tijdens het onderzoek worden gegevens anoniem verzameld ten behoeve van het gezondheidsprofiel jeugd

PGO groep 7 basisonderwijs:

Dit onderzoek is gericht op beoordeling van belangrijke gezondheidsaspecten in de (pré)puberteit: psychosociaal functioneren, omgang met leeftijdsgenoten, lichamelijke groei, leefstijl en opvoedingsvragen van ouders. Voorafgaand aan het onderzoek wordt door de ouder een vragenlijst ingevuld.

Zonodig vindt advies en/of verwijzing plaats, bijvoorbeeld naar huisarts of jeugdzorg.

Met schriftelijke toestemming van de ouder worden, de voor het leerproces relevante onderzoeksbevindingen, door de verpleegkundige met de leerkracht besproken.

Tijdens het onderzoek worden anoniem gegevens verzameld ten behoeve van het gezondheidsprofiel jeugd.

Onderzoek nieuwkomers:

Dit onderzoek is vergelijkbaar met het onderzoek groep 2. De nadruk ligt op gezondheidsrisico's samenhangend met de medische voorgeschiedenis, culturele achtergrond en huidige leefsituatie en vragen over gezondheid, opvoeding en leefstijl. Zonodig vindt advisering en/of verwijzing plaats.

Na het onderzoek worden, met schriftelijke toestemming van de ouder, de voor het leerproces relevante onderzoeksbevindingen met de leerkracht besproken.

Tijdens het onderzoek worden gegevens anoniem verzameld ten behoeve van het gezondheidsprofiel jeugd

Onderzoek op indicatie:

Dit is een lichamenlijk onderzoek en/of gesprek bij ontwikkelingsproblematiek, gezondheidsprobleem, gedragsprobleem, opgroeivragen of opvoedingsvragen. Zonodig vindt kortdurende begeleiding plaats (maximaal drie gesprekken), gericht op opvoedingsondersteuning (ouders) of opgroeiondersteuning (jongere).

Het onderzoek/gesprek kan na een voorafgaand onderzoek worden geïndiceerd door een JGZ-medewerker van de GGD, Thuiszorg of Medische Opvang Asielzoekers. Het onderzoek/gesprek kan ook op verzoek van ouder(s) of jongere plaatsvinden.

Ouders of jongeren kunnen een onderzoek/gesprek aanvragen via het telefonisch spreekuur, het inloopsprekkuur op school of via de school.

Onderzoek klas 1 of 2 vo: .

Dit onderzoek richt zich op de lichamenlijke groei, het psychosociaal functioneren, de sociale aansluiting met leeftijdsgenoten, de leefstijl en het versterken van de zelfzorg van de jeugdige voor de eigen gezondheid en de leefstijl. Er is aandacht voor opgroeivragen van de jongere. Zonodig vindt advisering en/of verwijzing plaats.

Na het onderzoek worden, met schriftelijke toestemming van de ouder, de voor het leerproces relevante onderzoeksbevindingen met de leerkracht besproken.

Tijdens het onderzoek worden gegevens anoniem verzameld ten behoeve van het gezondheidsprofiel jeugd.

Onderzoek klas 3 VMBO:

Jongeren vullen, na instructie door verpleegkundige, klassikaal vragenlijst (KIVPA) in, gericht op opsporing psychosociale problematiek. Jongeren met een indicatieve score en jongeren die dit aangeven (tezamen 30% van de leerlingen klas 3 VMBO) worden uitgenodigd voor een gesprek gericht op het inschatten van de aanwezige psychosociale problematiek en de zorgbehoefte jongere. Zonodig vindt verwijzing naar hulpverlening plaats. Hulpverlening kan eventueel het op school aanwezig schoolmaatschappelijk werk zijn.

Inloopspreekuur VO:

De verpleegkundige verzorgt regelmatig, bij voorkeur maandelijks, een open spreekuur op de locaties van de voortgezet onderwijs scholen.

Het betreft een laagdrempelig, goed bereikbaar open spreekuur met consultatie mogelijkheid voor leerkrachten, bijvoorbeeld voor overleg over “zorgleerlingen” en voor leerlingen en ouders/verzorgers met vragen/problemen op het gebied van gezondheid, psychosociaal welbevinden en opvoeding en gedrag.

Zorgteam VO:

Een overlegstructuur waarin specifieke, soms complexe problematiek bij leerlingen besproken wordt binnen een samenwerkingsverband van school, (school)maatschappelijk werk, GGD, leerplichtambtenaar en soms politie en psycholoog. Door de integrale aanpak van het samenwerkingsverband kan er zorg op maat voor de leerling worden geboden.

De verpleegkundige neemt deel aan het zorgteams van de verschillende (zelfstandige) locaties.

Instroomonderzoek Speciaal onderwijs:

Dit onderzoek richt zich op de relatie tussen gezondheid en de aanwezige ontwikkelingsproblematiek c.q. leer- en/of gedragsproblemen. Afhankelijk van het type speciaal onderwijs, de leeftijd en de problematiek van de jeugdige zijn er accentverschillen in het onderzoek.

Naast individuele advisering aan ouder en jeugdige/ jongere geeft de arts een schriftelijk advies ten behoeve van het individuele handelingsplan van de leerling op school.

Zonodig vindt verwijzing plaats

Herhalingsonderzoek speciaal onderwijs:

Dit onderzoek is gericht op beoordeling van leeftijdsspecifieke gezondheidsaspecten en ontwikkelingsaspecten in relatie tot de problematiek waarvoor de jeugdige/jongere het speciaal onderwijs/ praktijkonderwijs bezoekt.

Daarnaast is aandacht voor vragen van ouders over gezondheid, opvoeding en inschatten van zorgbehoefte en geven van voorlichting.

Vanuit sociaal medische deskundigheid wordt advies gegeven voor het handelingsplan.

Inhoud en uitvoering van het onderzoek zijn aangepast aan leeftijd, type speciaal onderwijs en problematiek van jeugdige/ jongere.

Tot negen jaar worden leerlingen om de twee jaar uitgenodigd voor een herhalingsonderzoek. De arts indiceert tijdens instroomonderzoek noodzaak en de inhoud van een herhalingsonderzoek. Zonodig kan na instroomonderzoek SVO of onderzoek 12/13 jarigen op indicatie arts een herhalingsonderzoek plaatsvinden.