

O14.001490
O14.001490*



nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2014 - 2017

gemeente Súdwest-Fryslân

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Rapport in het kort	4
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Totstandkoming van de nota	6
1.3 Leeswijzer	6
2. Kaders	7
2.1 Definitie Gezondheid	7
2.2 Wettelijk kader	7
2.2.1 Wet publieke gezondheid	7
2.2.2 Drank- en Horecawet	8
2.3 Landelijk beleid	8
2.4 Provinciaal beleid: GGD 2013 – 2016: ruimte voor gezondheid	9
2.5 Lokaal beleid	10
2.5.1 Grondslag: nota Wmo- en Welzijnsbeleid 2013 – 2016 – met de wind strak in het zeil op koers naar Wmo en welzijn nieuwe stijl (2012)	10
2.5.2 Koersnota Veerkracht in het sociale domein – ter uitwerking van de drie decentralisaties (2014)	11
2.5.3 Gebiedsgericht werken / Ontwikkelvisie	11
2.5.4 Minimabeleid “Op weg naar een moderner minimabeleid – 2012”	12
2.5.5 Keet- en caravanbeleid (2012 – 2015)	12
2.5.6 Vrijwilligers- en mantelzorgbeleid	12
2.5.7 Sportbeleid – beleidsnota Sport en bewegen 2013 – 2016	13
2.5.8 Kadernota Cultuur (concept 2013)	13
2.5.9 Homo-emancipatie projectplan 2012 – 2014 (LHBT-beleid)	13
2.5.10 Convenant Wonen, Welzijn, Zorg - Samenhang Fysieke leefomgeving, (sociale) veiligheid en zorg	13
2.5.11 Milieu / bedrijven / risicokaart	14
2.5.12 Paracommercie / dorpshuizen / MFC's	14
2.5.13 Collegeprogramma's	14
2.6 Inhoud en reikwijdte	15
3. Stand van zaken in Súdwest-Fryslân	16
3.1 Terugblik vorige beleidsperiode	16

3.2	Huidige gezondheidssituatie in Súdwest-Fryslân	17
3.3	Extern gezondheidsbeleid	20
4.	Speerpunten van beleid	21
4.1	Lokale missie en ambitie	21
4.2	Lokale speerpunten, doelstellingen en resultaten.....	21
4.3	Monitoring van doelstellingen en resultaten	23
5.	Uitwerking per speerpunt	24
5.1	Gezond gewicht.....	24
5.2	Verantwoord alcoholgebruik en terugdringen van roken.....	25
5.3	Psychische gezondheid / eenzaamheid.....	27
5.4	Overige speerpunten / aandachtspunten	29
6.	Uitvoering, verantwoording en evaluatie	30
6.1	Uitvoering.....	30
6.2	Overzicht financiën.....	31
7.	Bijlagen	33
B1	Verklarende woordenlijst en gebruikte afkortingen	34
B2	reactie Wmo-platform.....	37
B3	Bronnen	47
B4	Achtergrondinformatie lokaal beleid	48

Rapport in het kort

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

Deze moderne definitie van Huber is verder de inspiratiebron van deze nota: naast het hebben van een ziekte kunnen mensen wel degelijk gezond zijn, gericht op de eigen veerkracht.

Een groot gedeelte van het gezondheidsbeleid ligt via wettelijke bepalingen vast via de Wet publieke gezondheid.

Daarnaast volgen vanuit het landelijke beleid min of meer verplichte aandachtspunten. In Friesland is er voor gekozen om daarnaast een provinciale nota met speerpunten vast te leggen, waardoor een soort drietrapsraket ontstaat, met de lokale nota als sluitstuk.

Het lokale gezondheidsbeleid spitst zich toe op de volgende speerpunten:

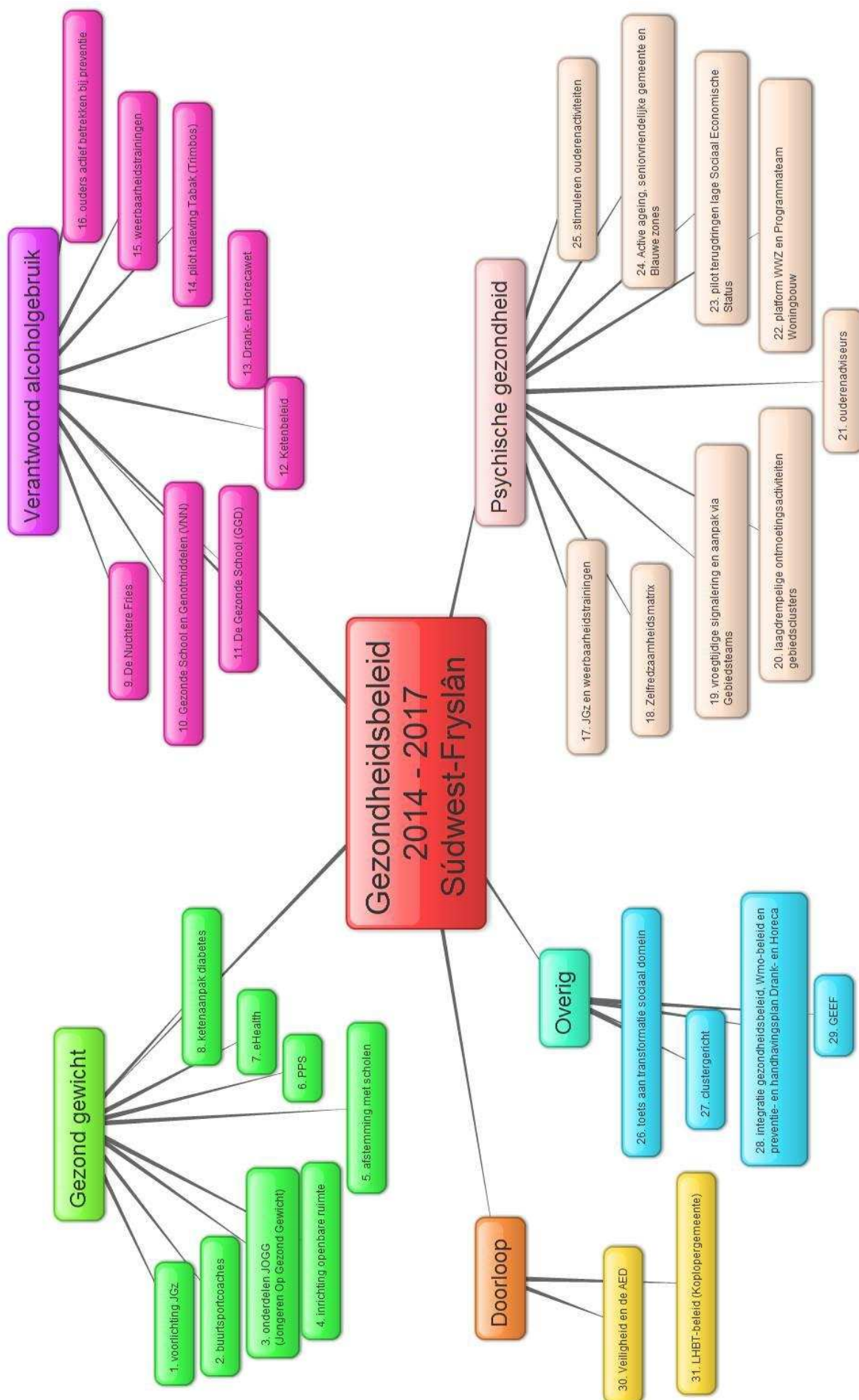
1. gezond gewicht;
2. verantwoord alcoholgebruik en terugdringing van roken;
3. psychische gezondheid / eenzaamheid;
4. overig (w.o. samenhang transformatie sociaal domein, clustergerichte benadering, bevorderen Sociaal Economische Status (SES) en uitgaan van de eigen kracht van mensen en de gemeenschap)

In samenhang met bestaand beleid en een aantal sleutelfiguren heeft een uitwerking plaatsgevonden in concrete actiepunten voor de komende 4 jaren. In de toegevoegde 'Mindmap' staat een schematisch overzicht opgenomen van al deze voorgestelde acties, als leidraad, niet als blauwdruk. Lopende de uitvoering is maatwerk mogelijk in de zin dat accentverschuiving en prioritering plaats kan hebben, uiteraard met argumenten omkleed. Geheel conform de ontwikkelingen en cultuuromslag binnen het sociaal domein vindt hierin nauwgezet afstemming plaats met betrokken partijen.

Er is bewust ingestoken op een resultaatbeschrijving op basis van trends en het doorbreken daarvan bij negatieve en het stimuleren daarvan bij positieve. Het sturen op concrete getallen is de afgelopen beleidsperiode onhaalbaar gebleken (bv afname alcoholgebruik met x-procent). Hierbij is ook veel afhankelijk van landelijke/maatschappelijke ontwikkelingen en trends. Streven naar meer, minder of stabilisering is effectiever.

Financiële dekking van het gezondheidsbeleid vindt zoveel mogelijk plaats vanuit het betreffende deelbeleid (bv sport, jeugdbeleid, Wmo en minimabeleid). Het vrij in te vullen gezondheidsbeleid als zodanig kent een zeer beperkt budget dat reeds grotendeels vastligt in langdurige afspraken. Naast geld zijn er natuurlijk ook andere sturingsinstrumenten voorhanden om doelstellingen te bereiken. Deze worden actief ingezet.

Voor de toekomst wordt een integratie met het Wmo-beleid voorzien. Daarnaast bestaat sinds 2014 de verplichting om samen met de (volgende) nota Lokaal Gezondheidsbeleid een Preventie- en Handhavingsplan in het kader van de Drank- en Horecawet vast te stellen.



1. Inleiding

1.1 Aanleiding

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

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

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

1.2 Totstandkoming van de nota

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

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

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

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

In maart 2014 is een concept gepresenteerd en besproken met het Wmo-platform en het seniorenplatform SWF. De inbrengen uit deze platformen zijn meegenomen.

1.3 Leeswijzer

Deze nota is zo opgebouwd dat er eerst wordt ingegaan op (wettelijke) kaders en achtergrond (hoofdstuk 2). Vervolgens vindt een beschrijving van de gezondheidssituatie in gemeente Súdwest-Fryslân plaats (hoofdstuk 3). Dit geheel van kaders en feitelijke gezondheidssituatie mondt uit in een aantal lokale speerpunten van beleid (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 worden deze speerpunten verder uitgewerkt in concrete actiepunten voor de komende periode. In hoofdstuk 6 staat een overzicht van financiën en evaluatie. Aansluitend volgt een aantal bijlagen met een verklarende woordenlijst en een nadere ondersteunende informatie.

2. Kaders

2.1 Definitie Gezondheid

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

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

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

Deze laatste definitie is flexibeler en dynamischer en neemt de veerkracht en zelfregie van mensen mee. In hoeverre zijn mensen in staat zich aan te passen in relatie tot sociale, fysieke en emotionele omstandigheden. Mensen kunnen met een ziekte leren omgaan en dan toch nog behoorlijk gezond in het leven staan. Met deze definitie kunnen mensen dus gezond zijn, naast het hebben van een ziekte. Overigens is deze definitie internationaal instemmend ontvangen.

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

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

2.2 Wettelijk kader

2.2.1 Wet publieke gezondheid

De publieke gezondheid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het rijk en de gemeenten. De wederzijdse verantwoordelijkheden op het gebied van de publieke gezondheid zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Op grond van de Wpg is de gemeente verantwoordelijk voor:

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

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

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

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

Op het gebied van de Jeugdzorg wordt een stelselherziening doorgevoerd, gericht op decentralisatie van de jeugdzorg richting gemeenten. De huidige wet op de Jeugdzorg wordt daarbij vervangen door de Jeugdwet. Het preventieve gezondheidspakket van de jeugdgezondheidszorg, dat in het belang van de volksgezondheid aan alle kinderen op identieke wijze wordt aangeboden (bijvoorbeeld rijksvaccinatieprogramma) is niet in het wetsvoorstel opgenomen. Activiteiten binnen de jeugdgezondheidszorg die niet uniform aan alle kinderen worden aangeboden maar waar lokale beleidsvrijheid en samenhang met andere activiteiten in het jeugddomein van belang zijn, gaan er wel onderdeel van uitmaken en worden overgeheveld van de Wpg naar de Jeugdwet. Dit betreft deels het zgn. aanvullend pakket van de JGz. Na een nieuwe wetwijziging is per 2015 een deel van het aanvullend pakket alsnog geplaatst onder het basispakket Jeugdgezondheidszorg en daarmee geschikt onder de Wpg. Het deel van het aanvullend pakket dat onder de Jeugdwet valt is daarmee nog kleiner geworden en beperkt zich tot meer individueel gerichte ondersteuning en onderzoek.

2.2.2 Drank- en Horecawet

Per 2013 en 2014 is de Drank- en Horecawet (hierna DHW) gewijzigd. De belangrijkste wijzigingen zijn dat het toezicht op de Drank- en Horecawet is overgeheveld van het rijk naar gemeenten én de verhoging van de leeftijdsgrens van 16 naar 18 jaar voor bezit, aankoop en nuttigen van alcoholische dranken. Verder wordt aangegeven dat de gemeenteraad een preventie- en handavingsplan moet vaststellen en waar dit plan aan moet voldoen (art. 43a). Hierbij is tevens bepaald dat er (procesmatige) afstemming dient te zijn met de nota lokaal gezondheidsbeleid. Het is logisch om dit op te vatten als een inhoudelijke afstemming.

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

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

3. In het plan wordt in ieder geval aangegeven:

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

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

c. de wijze waarop het handavingsbeleid wordt uitgevoerd en welke handavingsacties in de door het plan bestreken periode worden ondernomen;

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

De inhoudelijke en bestuurlijke voorbereiding van dit deel is belegd bij team Handhaving & Vergunningen en de burgemeester. In de totstandkoming wordt nadrukkelijk de integrale afstemming gezocht.

2.3 Landelijk beleid

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

Landelijke speerpunten

In 2011 heeft het kabinet de ambities voor het gezondheidsbeleid voor de jaren 2012 - 2015 vastgelegd in de nota "Gezondheid dichtbij". Het kabinet houdt hierin vast aan de vijf speerpunten uit de vorige landelijke beleidsnota. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Het kabinet legt in deze periode bij de aanpak van de speerpunten het accent op sport en bewegen in de buurt. Het kabinet doet een beroep op de eigen verantwoordelijkheid en kracht van mensen, hetgeen goed aansluit op de eerder genoemde nieuwe definitie van gezondheid van Machteld Huber. Mensen kiezen zelf hun leefstijl. Publiek private samenwerking (PPS) wordt gezien als een kansrijke methode om de gezonde keuzes aantrekkelijk en toegankelijk te maken. Jeugd wordt gezien als een belangrijke doelgroep voor het lokale gezondheidsbeleid.

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

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

In het kader van het begrotingsakkoord 2013 investeert het Ministerie van VWS extra in het bevorderen van een gezonde leefstijl van de jeugd. Hiervoor is structureel €26 miljoen beschikbaar, waarvan €15 miljoen voor een extra contactmoment van de jeugdgezondheidszorg met adolescenten vanaf 14 jaar (brief aan de Tweede Kamer d.d. 25 juni 2012). Het overige geld is bestemd voor jongeren op gezond gewicht (3 miljoen), Gezonde School (5 miljoen), sportimpuls (2 miljoen) en stichting opvoeden.nl (1 miljoen).

Sinds 2013 wordt er, naast de bestaande bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker, ook bevolkingsonderzoek naar darmkanker ingevoerd voor 55-75-jarigen (daadwerkelijk gestart in 2014). Verder kiest de minister voor voortzetting van combinatiefuncties (buurtsportcoaches) en investering in sport en bewegen in buurten, via de Sportimpuls. Ook wil het kabinet inzetten op herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt en betere digitale bereikbaarheid (EHealth). EHealth omvat gerichte voorlichting, zelftests en behandeling via internet en ook zorg op afstand (LIMIS is hier een voorbeeld van - zie later).

In 2013 is gestart met het Nationaal Programma Preventie (NPP), in 2014 opgevolgd door 'Alles is gezondheid'. Kern is dat de sleutel tot meer gezondheid voor een groot deel bij partijen buiten de zorg ligt en bij onderlinge samenwerking. Mensen zelf, scholen, werkgevers, sportverenigingen en gemeenten. Voor lokaal gezondheidsbeleid geldt ook dat de focus op een breed scala aan partijen benodigd is. Zie www.allesisgezondheid.nl voor de nieuwste (landelijke) stand van zaken.

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

2.4 Provinciaal beleid: GGD 2013 - 2016: ruimte voor gezondheid

In het beleidsplan 'ruimte voor gezondheid' beschrijft de GGD haar activiteiten voor de periode 2013-2016. Dit deelplan is in nauwe samenwerking met de Friese gemeenten opgesteld en vastgesteld in de bestuurscommissie Gezondheid. Voor de formaliteit wordt dit document met het vaststellen van deze nota voor kennisgeving aangenomen.

Reguliere (wettelijke) taken GGD

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

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

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

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

Per 2015 is een deel van het aanvullend pakket via de wet opgenomen in het basispakket Jeugdgezondheidszorg. Het betreft hier o.a. toeleiding naar VVE, voorlichting alcoholpreventie groep 7 en beleidsadvisering. Nieuw toegevoegd is het 14+contactmoment (later meer hierover).

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

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

Hoofdpijnen gemeentelijk gezondheidsbeleid

Naast de wettelijke taken wil de GGD gedurende de beschreven vier jaar samen met de Friese gemeenten werken aan:

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

Deze hoofdpijnen zijn in het beleidsplan uitgebreid omschreven. Voor een volledig overzicht van acties wordt hier verwezen naar de separate bijlage.

Gevolgen voor lokaal gezondheidsbeleid

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

2.5 Lokaal beleid

Hieronder volgt kort een beschrijvend overzicht van relevant aanpalend gemeentelijk beleid. Het gezondheidsbeleid is immers geen opzichzelfstaand beleid, maar veel ander beleid heeft juist op een of andere manier invloed op de (collectieve) gezondheidssituatie van inwoners van de gemeente. In bijlage 4 staan deze beleidsterreinen nader uitgewerkt. Waar nodig en mogelijk komen deze beleidsterreinen terug in de uitwerking in speerpunten en actiepunten.

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

- Zelfredzaamheid, maatwerk en intensieve samenwerking zijn van cruciaal belang. Er wordt een groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en het informele netwerk van mensen en

het beleid spitst zich meer toe op specifieke doelgroepen, te weten kwetsbare jongeren, kwetsbare ouderen, de mantelzorgers & vrijwilligers en de zogenaamde maatschappelijke uitvallers met dreigend regieverlies (15%) en langdurig regieverlies (5%).

- Interventies zijn in principe bewezen in de praktijk ('evidence based').
- In de Wmo-nota wordt al een voorschot genomen op de mogelijke integratie van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- Continuïteit van interventies wordt nagestreefd.

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

- Door de toekomstige verantwoordelijkheid voor een groot aantal zorgtaken, in combinatie met bestaande taken, zijn de gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk voor bijna de gehele maatschappelijke ondersteuning aan de eigen inwoners. Inzet is niet alleen gericht op kwetsbare inwoners. Door middel van preventieve interventies wordt gezorgd dat het met de inwoners waarmee het goed gaat ook in de toekomst goed blijft gaan.
- De inzet richt zich op het versterken van de basis, het zelfoplossend vermogen van de inwoner, zijn/haar sociale netwerk en de sociale gemeenschap.
- Tevens is er aandacht voor een brede toeleiding en vraagverheldering, vraaggericht met een brede blik, gericht op het hervinden en versterken van de eigen kracht (de Zelfredzaamheidsmatrix van GGD Nederland is een handig beschrijvend hulpmiddel - zie bijlage B5).
- Voor de kwetsbare inwoners blijft er een vangnet om op terug te vallen. Maatwerk is hierbij het uitgangspunt.
- De vernieuwing van de sociale infrastructuur betekent een integrale aanpak op alle levensgebieden van de inwoner. Dit betreft alle vormen van ondersteuning, inclusief de gemeentelijke dienstverlening op het terrein van werk, inkomen, zorg en participatie.
- Met betrekking tot de transformatie van het sociale domein worden de volgende transformatie-effecten nagestreefd:
 - Speerpunt 1: Stimuleren eigen kracht en versterken van de basis;
 - Speerpunt 2: Gebiedsgericht werken en toeleiding;
 - Speerpunt 3: Vernieuwing van het ondersteuningsaanbod.
- De gebiedsgerichte teams vormen (op termijn) dé toegang tot zorg en ondersteuning.
- Subsidieafspraken met instellingen zijn in principe resultaatgericht, met sturing op het behalen van bepaalde maatschappelijke doelen.
- De bekostiging van specialistische provinciale voorzieningen wordt bepaald aan de hand van grootte van een gemeente. Op termijn komt hier een bonus-malus-regeling in, zodat gemeenten die minder doorverwijzen een korting krijgen op hun verplichte bijdrage en een verhoging bij veel doorverwijzen. De gemeente heeft dus (financieel) belang bij het op orde zijn van het voorliggende preventieve veld.
- Wat betreft kwaliteit en verantwoording is in de nieuwe sociale infrastructuur ruimte voor vertrouwen in inwoners en professionals.
- Een vierde transitie die hier veel mee te maken heeft, is Passend Onderwijs. Scholen krijgen een zorgplicht en de landelijke indicatiestelling vervalt. Scholen kijken naar wat een leerling wél kan, het liefst in het regulier onderwijs. Hiertoe werken zij in de regio samen om alle leerlingen de beste onderwijsplek te bieden. Het speciaal onderwijs blijft gewoon bestaan voor leerlingen die dat echt nodig hebben. De samenhang met de transitie Jeugdzorg is uiteraard voordehand liggend.

2.5.3 Gebiedsgericht werken / Ontwikkelvisie

Dit document is een leidraad; het geeft de koers aan voor beleidsontwikkeling op vele terreinen en richting aan de samenwerking met de maatschappelijke partners en overheden (maart 2012).

Pijler 4: Grote sociale verbondenheid

- De uitgezette lijn in de Ontwikkelvisie bij deze pijler, is integraal opgepakt via een samenhangende aanpak van de drie transities in het sociaal domein.
- Er is gekozen voor transformatie van de huidige sociale infrastructuur via:
 1. het versterken van de basis (het zelf-oplossend vermogen),
 2. gebiedsteams ten behoeve van vraagverheldering en toeleiding en
 3. vangnet specialistische zorg met maatwerk als uitgangspunt.

- In de Koersnota 'Veerkracht in het sociaal domein!' is de aanpak uiteengezet (vastgesteld in de raad op 30 januari 2014).
- Gebiedsgericht werken in de vorm van gebiedsgerichte teams betekent een belangrijke wijziging in de sociale infrastructuur. Deze teams zijn uiterlijk per 1 januari 2015 operationeel.

2.5.4 Minimabeleid "Op weg naar een moderner minimabeleid - 2012"

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

Voor het te voeren minimabeleid richt de gemeente Súdwest Fryslân zich op de volgende doelen:

- Burgers die (nog) niet in staat zijn om met arbeid voldoende inkomsten te genereren de mogelijkheid te bieden om mee te doen aan de samenleving (maatschappelijke participatie).
- Prioriteit voor kinderen in armoede en burgers met (dreigende) schulden.
- Het niet-gebruik van de regelingen verminderen.
- Het proces van het indienen van een individuele aanvraag vereenvoudigen.

Omdat armoede niet alleen een financieel, maar juist ook een sociaal probleem is, ligt de oplossing niet in meer of ruimere financiële regelingen, maar in een brede maatschappelijke aanpak.

In het kader van een gezonde leefstijl zou er extra aandacht kunnen komen voor 'gezonde voeding met een krappe beurs' en nadrukkelijker 'gezondheid' als insteek om sporten en cultuur te bevorderen.

2.5.5 Keet- en caravanbeleid (2012 - 2015)

In 2012 is een keet- en caravanbeleid vastgesteld met als doelstelling: een verantwoord, veilig, gezond (alcoholmatiging) jeugdketen- en caravanbeleid voor de doelgroep 12 - 23 jaar.

Uitgangspunt is dat de keten een sociale functie vervullen en aan de jongerendoelgroepen een mooie locatie vormen om samen te komen tijdens de avonduren.

Het beleid is gericht op:

- gezondheidsschade voorkomen bij jongeren van 12 - 23 jaar;
- jongeren beneden de 16 jaar drinken geen alcohol (moet aangepast worden naar 18 jaar);
- jongeren boven de 16 jaar drinken matig alcoholische dranken (moet ook aangepast worden naar 18 jaar);
- aanpakken van keten en caravans die strijdig zijn met de wetgevingen;
- alle keten en caravans in de gemeenten Súdwest-Fryslân en Littenseradiel voldoen aan de (wettelijke) eisen, gesteld door gemeente, provincie of rijk;
- voorkomen van maatschappelijk ongewenst gedrag c.q. overlast.

In mei 2014 wordt/is het keet- en caravanbeleid geëvalueerd. De gezondheidsrisico's die jonge bezoekers van de keten lopen zijn niet te onderschatten. Met name ook de wijziging van de leeftijd waarop alcohol mag worden gekocht en geconsumeerd van 16 naar 18 lijkt een rol te spelen in de keten. Het vastgestelde beleid is lastig te handhaven en verdient een bijstelling. Daarbij dient aandacht te zijn voor zowel gezondheidsaspecten, als handhaafbaarheid binnen de gewenste sociale functie van de keten.

2.5.6 Vrijwilligers- en mantelzorgbeleid

In Súdwest-Fryslân zijn zgn. Stipepunten aanwezig waar vorm en inhoud wordt gegeven aan het vrijwilligers- en mantelzorgbeleid en -ondersteuning. Vrijwilligers en mantelzorgers kunnen hier terecht met vragen en ondersteuning, maar ook vindt er een samenbrengen van vraag en aanbod plaats.

Hoe de Stipepunten worden geïntegreerd in het gebiedsgericht werken is op het moment van schrijven nog niet bekend.

Het verschil tussen vrijwilligerswerk en mantelzorg is dat het één een bewuste keuze is om te doen (vrijwilligerswerk), terwijl het andere je overkomt (mantelzorg) in de zorg voor een naaste. Dit vraagt uiteraard om een geheel eigen aanpak en ondersteuning.

2.5.7 Sportbeleid - beleidsnota Sport en bewegen 2013 - 2016

De gemeente Súdwest-Fryslân wil een gezonde sportgemeente zijn.

Hoofddoelstelling kadernota 2012 - 2020:

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

Uitgangspunten:

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

De inzet van buurtsportcoaches (voorheen combinatiefunctionarissen) is vanuit de gemeente het belangrijkste instrument als het gaat om het verbinden en aanjagen.

Er wordt een nadrukkelijker verbinding gelegd tussen Wmo en sport, vanuit de overtuiging dat een gedeelte van deze groep via sport en bewegen weer meer mee kan en ook gaat doen in de samenleving.

In het verleden zijn budgetten vanuit diverse beleidsterreinen samengevoegd om te kunnen dienen als cofinanciering voor de combinatiefuncties (nu buurtsportcoaches). Vanuit het gezondheidsbeleid is dit deel aanzienlijk. Oorspronkelijk was sprake van een structureel afstemmingsoverleg met de buurtsportcoaches over inzet en aansluiting op de voedende beleidsterreinen. Om niet nader onderzochte redenen is dit overleg niet van de grond gekomen. Vanuit het gezondheidsbeleid wordt geadviseerd deze afstemming weer concreet op te pakken.

2.5.8 Kadernota Cultuur (concept 2013)

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

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

2.5.9 Homo-emancipatie projectplan 2012 - 2014 (LHBT-beleid)

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

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

1. Veilig schoolklimaat
2. Veilige leefomgeving voor ouderen: zorg
3. Veilige leefomgeving: religieuze kringen
4. Veilige leefomgeving: ketensamenwerking

Uitvoering is belegd bij Tûmba en COC-Friesland.

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

Ruimtelijke ordening en gezondheid lijken op het eerste gezicht misschien niet alles met elkaar te maken te hebben. Echter de inrichting van de leefomgeving van mensen is juist van grote invloed op zowel de subjectieve gezondheidsbeleving (prettig wonen bevordert een gevoel van (geestelijke)

gezondheid), als de objectieve gezondheid. Een omgeving die uitnodigt tot bewegen, goede fietspaden en -routes, openbare ruimte gericht op ontmoeting, etc. In het licht van de transformatie van en transitie in het sociale domein worden dit soort functies juist nog veel belangrijker. Er wordt een groter beroep gedaan op informele zorg en burgerkracht. Een omgeving die ontmoeting stimuleert is daarbij een noodzakelijke randvoorwaarde. Vanuit het gezondheidsbeleid is er belang om mee te spreken over de ontwikkelingen in de fysieke leefomgeving.

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

2.5.11 Milieu / bedrijven / risicokaart

In het kader van volksgezondheid is het belangrijk om inzichtelijk te hebben welke risico's voor mens en milieu verbonden zijn aan specifieke bedrijven in de gemeente. Hiertoe wordt een landelijk/provinciaal/lokaal overzicht bijgehouden dat inzichtelijk wordt gemaakt via een zgn. risicokaart (www.risicokaart.nl).

2.5.12 Paracommercie / dorpshuizen / MFC's

De gemeente Súdwest-Fryslân kent een groot aantal dorpshuizen en Multifunctionele Centra. Daarnaast is er een aanzienlijk aantal verenigingsgebouwen (sport, muziek, etc.). De exploitatie van deze gebouwen wordt voor een belangrijk deel ingevuld door de diensten vanuit het horecadeel / de baromzet. In januari 2014 heeft de gemeenteraad een verordening paracommercie vastgesteld die jaarlijks een x-aantal bijeenkomsten van persoonlijke aard toestaat waarmee deze instellingen hun inkomsten kunnen vergroten. Vanuit de doelstellingen in het gezondheidsbeleid is er gerede zorg bij de concrete uitwerking van deze verordening. Het preventie- en handavingsplan vanuit de Drank- en Horecawet gaat nader op deze materie in.

2.5.13 Collegeprogramma's

In de loop van het totstandkomingsproces van deze nota Lokaal Gezondheidsbeleid is een wisseling van de gemeenteraad en college aan de orde geweest.

Coalitieakkoord 2010 - 2014:

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

In maart 2014 vonden gemeenteraadsverkiezingen plaats. Het coalitieakkoord Samen krachtig! 2014 - 2018 geeft de volgende input voor het gezondheidsbeleid:

- Nadruk op clustergerichte benadering; gebiedsgericht en omgevingsbewust, waarbij de samenleving steeds meer een rol krijgt in de sturing en uitvoering
- Meer eigen verantwoordelijkheid, meer eigen kracht en beter maatwerk
- Kostenbesparingen waar dat mogelijk is
- Met de inzet van preventieve maatregelen en mogelijkheden wordt de gezondheid en vitaliteit van de inwoners gestimuleerd en vergroot

- Met partners uit het veld op zoek naar innovatieve mogelijkheden om preventieve maatregelen te creëren
- Op zoek naar manieren om de aanwezige kracht te versterken en beter ondersteunen van vrijwilligers en mantelzorgers, o.a. door middelen beschikbaar te stellen voor een zgn. ondersteuningspakket (eenmalig €100.000 in 2015)
- Inwoners kunnen straks in hun eigen buurt bij de gebiedsteam terecht met vragen over opvoeden, gezondheid, zorg, wonen, werken en inkomen
- Sport, beweging en gezondheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en passen daarmee ook in de gedachte van preventief beleid om de vitaliteit van de samenleving te ondersteunen
- Blijvend inzetten op verdere stimulering van de breedtesport
- Onderzoeken of de (jeugd)sportsubsidies in relatie tot de stimulering van de breedtesport kan worden behouden
- Mobiliteit is essentieel binnen een gezonde samenleving

2.6 Inhoud en reikwijdte

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

De taken op het gebied van *gezondheidsbescherming* zijn ondergebracht bij de GGD Fryslân. Veel van deze taken zijn verankerd in regelgeving, zoals bijvoorbeeld in een verplicht uit te voeren basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Het merendeel van de budgetten gaat naar gezondheidsbescherming, met maar weinig beleidsvrijheid.

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

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

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

3. Stand van zaken in Súdwest-Fryslân

3.1 Terugblik vorige beleidsperiode

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

Jeugd (2009)

- Roken
- Alcohol
- Drugsgebruik
- Opvoedingsondersteuning

Voeding en beweging (2010)

- Bewegen en sport
- Overgewicht
- Voedingspatroon

Participatie en gezondheid (2011)

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

Ziekte (2012)

- Depressie
- Diabetes
- Seksuele (on)gezondheid

De uitvoering richtte zich per jaar op één thema.

Dit heeft geleid tot de uitvoering van een aantal concrete acties in samenwerking met het veld.

Enkele voorbeelden van interventies zijn:

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

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

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

Beter is het om kwalitatief terug te kijken naar de speerpunten, de doelrichtingen en de doelmatigheid en effectiviteit van beleid. Dit kan door te kijken naar trends in gezondheidsmonitoren en door evaluatiegesprekken met sleutelfiguren en -organisaties.

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

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

Vanuit het inhoudelijk rapport over 'De gezonde school en genotmiddelen - Voortgezet Onderwijs' van Verslavingszorg Noord Nederland blijkt dat er bij scholen steeds meer behoefte is aan deskundigheid in het signaleren van middelenproblematiek en handvatten om hierover in gesprek te gaan met jongeren. Binnen het primair onderwijs loopt dit preventieproject via de provincie.

Een aantal eindige interventies / acties loopt nog door met het opstellen van deze nieuwe nota Gezondheidsbeleid. Te denken valt daarbij aan het AED-project (Veiligheid en de AED), dat zich in een afrondende fase bevindt.

3.2 Huidige gezondheidssituatie in Súdwest-Fryslân

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

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

Per leeftijdsgroep zijn opvallende gegevens (afgezet tegen Friese gemiddelde - niet alle significant):
0-12:

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

12 - 19:

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

19 - 65:

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

- minder gebruik van antidepressiva, terwijl wel meer depressies en minder risico op angst en depressie
- woning en woonomgeving scoren vaker onvoldoende

65+:

- ervaren gezondheid is veel beter dan Friese gemiddelde
- chronische aandoeningen is veel lager dan Friese gemiddelde (NB: bij 19 - 65 jarigen juist hoger...)
- veel minder beperkingen dan Friese gemiddelde (NB bij 19 - 65 jarigen zelfde als Fr.gem. tot iets minder)
- minder overgewicht en beter voedingspatroon
- veel beter bewegingspatroon dan Friese gemiddelde
- veel meer zware en overmatige drinkers
- relatief minder mantelzorg geven en ontvangen
- veel minder risico op angst en depressie; wel meer depressies in de afgelopen 12 maanden; angstig/bezorgd afgelopen 12 maanden juist veel minder
- tevredenheid met het leven: 100% (!)
- medicijngebruik ligt op gemiddelde; slaap- en kalmeringsmiddelengebruik ligt iets hoger
- veel minder ontevreden over woning en woonomgeving (NB bij 19 - 65 jarigen juist vaker onvoldoende)
- relatief minder onveilig overdag, 's avonds en 's nachts
- minder moeite met rondkomen en veel minder met alleen AOW-inkomen

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

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

Bron: GGD Fryslân

** SES = Sociaal Economische Status*

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

In het kort enkele highlights:

Jeugd:

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

Volwassenen en ouderen als geheel:

- bewegen en NNGB-norm is stabiel en in Súdwest-Fryslân hoger - cluster platteland rond Bolsward voldoet aanzienlijk minder aan normen
- overgewicht is stabiel, op een hoog niveau
- voeding kent Súdwest-Fryslân een licht gezonde afwijking in groente - Makkum en platteland rond Sneek voldoen minder aan de normen, terwijl Workum positief opvalt wat betreft ontbijten
- eenzaamheid scoort stabiel vrij hoog (37%) - cluster Sneek scoort hoger en is minder tevreden met het leven; platteland rond Bolsward is weinig eenzaam

- risico op angststoornis of depressie is stabiel lager dan Nederlands gemiddelde; in Súdwest-Fryslân iets betere score - cluster Sneek juist weer iets hoger en platteland rond Sneek en rond Bolsward juist lager
- mantelzorg scoort Súdwest-Fryslân beduidend lager in geven en ontvangen dan Friesland; op clusterniveau geen verschillen
- overmatige drinkers en zware drinkers (ouderen) is verhoogd in Súdwest-Fryslân - cluster Witmarsum en Arum wijkt positief af

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

- Lager opgeleide Friezen voldoen vaker aan voedingsnorm fruit/sap (43%) en juist veel minder vaak aan de voedingsnorm ontbijten (75%) dan hoger opgeleide Friezen.
- Lager opgeleide Friezen voldoen vaker aan de fitnorm (29%) en zijn tegelijkertijd vaker inactief (10%) dan hoger opgeleide Friezen.
- Arbeidsongeschikte/werkloze Friezen voldoen vaker aan de voedingsnorm groente/rauwkost (40%) en voldoet minder vaak aan de voedingsnorm ontbijten (68%) dan werkende Friezen.
- Arbeidsongeschikte/werkloze Friezen voldoen minder aan de NNGB (59%), zijn vaker inactief (15%) en roken vaker (39%) dan werkende Friezen.

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

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

In het kader van voorbereiding op de drie decentralisaties heeft Partoer (provinciale steunfunctie) een inventariserend onderzoek uitgevoerd naar cliëntstromen en gebruikmaking van regelingen die er zijn. Hieruit komt een goed beeld naar voren van de omvang van bepaalde aandachtsgroepen mede als gebruik van minimaregelingen, zorgbehoefte, inkomensafhankelijkheid, e.d., welke informatie weer gebruikt kan worden voor het gericht inzetten van (gezondheids)interventies.

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

Deze wijziging heeft een grote invloed op het gezondheidsbeleid en vele aanpalende terreinen, waarbij gedacht kan worden aan fysieke leefomgeving, sport en bewegen, vrijwilligers- en mantelzorgbeleid, etc. Voor de verdere uitwerking van het gezondheidsbeleid en interventies moet hier expliciet rekenschap mee worden gehouden.

Demografische ontwikkelingen en prognoses

Gemeente Súdwest-Fryslân is een zogenaamde 'krimp-gemeente'. Dit betekent dat de bevolking qua omvang afneemt. Deze afname zit vooral aan de jongere kant van de bevolking. Bovendien is er sprake van een zogenaamde dubbele vergrijzing: mensen worden steeds ouder én het aandeel ouderen ten opzichte van de jongere bevolking neemt toe. Deze bevolkingsontwikkeling is vooralsnog niet ten einde. Voor het gezondheidsbeleid, de transformatie van het sociaal domein en vele andere beleidsterreinen (als wonen, sport, mantelzorg, etc.) heeft dit verstrekende gevolgen.

Vanuit de transformatie van het sociaal domein zijn diverse werkgroepen bezig met het verwerken van deze ontwikkeling. Zo is er bijvoorbeeld veel aandacht voor innovatieve ondersteuningsconcepten waardoor ouderen langer thuis kunnen blijven wonen, zonder dat zij een beroep hoeven doen op zorg en ondersteuning (bijvoorbeeld via Domotica - werkgroep KEI). Daarnaast is er een werkgroep actief die zich buigt over informele zorg. Ook hier weer ter voorkoming van een beroep op zwaardere en duurdere professionele hulp (werkgroep Eigen Kracht).

Nieuwste cijfers

Begin april 2014 is nieuw cijfermateriaal van de GGD voorhanden gekomen van uitkomsten van de registraties van de JGz bij elk contactmoment. De epidemiologische interpretatie vindt op het moment van opstellen van deze notitie nog plaats.

Enkele opvallende uitkomsten zijn de volgende:

- Overgewicht: bij de jongste jeugd wijkt gemeente Súdwest-Fryslân licht positief af en is een licht dalende trend over een periode van 5 jaren zichtbaar. Wel is een sterke stijging te zien van jonge jeugd naar 12/13-jarigen.
- Op het VMBO ligt het alcoholgebruik in klas 3 relatief fors hoger dan in Friesland, waarbij overigens door de jaren heen wel een dalende trend waarneembaar is.

- Ook wat betreft het Bingedrinken (veel in kort tijdsbestek) scoort de VMBO-jeugd in Súdwest-Fryslân relatief hoger dan in Friesland.
- Het percentage Ouders met indicatie voor Stevig Ouderschap is relatief lager dan in Friesland.
- De vaccinatiegraad ligt in Súdwest-Fryslân zeer hoog, vergeleken met Fries- en Nederlands gemiddelde.

3.3 Extern gezondheidsbeleid

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

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

De sturing vanuit de gemeente is daarbij vaak heel beperkt. Maar door middel van overleg en het zoeken naar gemeenschappelijke doelen soms wel beïnvloedbaar om samen sterker te worden. Zo kan een belangrijkere bijdrage worden geleverd aan de gezondheid van de bevolking.

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

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

Voor de komende periode is het een actiepunt om externe initiatieven in beeld te hebben en actief afstemming mee te zoeken.

4. Speerpunten van beleid

4.1 Lokale missie en ambitie

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

Het voorkomen van (vermijdbare) bedreigingen van en problemen met de gezondheid van de inwoners van Súdwest-Fryslân met als uitgangspunt het bevorderen van de eigen veerkracht en regie van burgers over hun eigen gezondheid(sbeleving). Door middel van ondersteuning van een gezonde leefstijl, het stimuleren van sport en beweging, het stimuleren van sociale ontmoeting en door preventieprogramma's in samenwerking en afstemming met de eerstelijns zorg.

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

Voor het lokale gezondheidsbeleid houdt dit in dat we er van uitgaan dat inwoners hun eigen leefstijl kiezen. De gemeente draagt bij aan een omgeving en klimaat waarin het maken van gezonde keuzes aantrekkelijk en toegankelijk is. Daarbij is extra aandacht voor enkele specifieke doelgroepen (jeugd en ouderen).

4.2 Lokale speerpunten, doelstellingen en resultaten

Zoals al aangegeven in paragraaf 2.3 houdt het kabinet ook in de huidige beleidsperiode vast aan de speerpunten van de vorige landelijke beleidsnota, namelijk, overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Dit vanuit de overtuiging dat de aanpak van gezondheidsproblemen pas effect sorteert na langere tijd.

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

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

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

Dit betekent dat er prioriteiten gesteld moeten worden bij onder andere:

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

De keuzes die hier worden gemaakt hebben mogelijk ook weer gevolgen voor de gebiedsgerichte aanpak via bijvoorbeeld de Gebiedsteams (in oprichting) en vice versa. Continu is afstemming nodig tussen gezondheidsbeleid en beleid vanwege de transformatie van het sociaal domein. Ook in de monitoring, gezondheidsonderzoeken en evaluatie moet een gebiedsgerichte benadering weer terugkomen. Uiteraard is ook afstemming met andere beleidsterreinen nodig (zoals sport, veiligheid, jeugd, etc.).

Op basis van de cijfermatige en kwalitatieve analyses van de gezondheidssituatie in Súdwest-Fryslân in hoofdstuk 3, de input van het veld, het landelijke, provinciale en lokale beleid (hoofdstuk 2) en de

adviezen van de GGD, zijn de volgende speerpunten aan de orde voor de komende beleidsperiode voor gemeente Súdwest-Fryslân:

- Gezond gewicht: met het gezondheidsbeleid investeren in positieve aandacht voor zowel een gezond en verantwoord voedingspatroon, als voor een veilige, verantwoorde plek voor sport, spel en bewegen in het leefpatroon van de jeugd en ouderen. Preventie vermindert de kans op diabetes en stimuleert om op gezond gewicht te blijven. Activiteiten moeten dichtbij, laagdrempelig en aantrekkelijk zijn. Het is het streven om de trend van steeds meer obesitas-kinderen in de komende periode te doorbreken.
- Verantwoord genotmiddelengebruik: middelengebruik op jonge leeftijd vergroot het risico op verslaving, is schadelijk voor de zich ontwikkelende hersenen en levert soms ook acute gezondheidsschade op. Het kan leiden tot concentratiestoornissen, verminderd denkvermogen en tot sociale schade als schooluitval en werkloosheid. Het risico hierop is groter, naarmate de startleeftijd van het gebruik lager ligt. Er wordt daarom gestreefd naar: een afname van druggebruik, een afname van alcoholgebruik en roken door jongeren tot en met 17 jaar, een verhoging van de startleeftijd van alcoholgebruik en een verantwoord alcoholgebruik door jongeren van 18 tot en met 24 jaar. Daarnaast wordt gestreefd naar het terugdringen van het overmatig en zwaar alcoholgebruik door volwassenen en met name ouderen.
- Psychische gezondheid: preventie van depressie en eenzaamheid is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen. In de huidige en toekomstige maatschappij wordt namelijk steeds meer van mensen zelf gevraagd. Het is daarom van belang dat er geïnvesteerd wordt in het mentale vermogen, zowel bij jeugd, als bij ouderen. Deze benadering richt zich op het versterken van beschermende factoren, zoals emotionele, cognitieve en sociale vaardigheden.
- Overstijgend: versterken van de weerbaarheid van jongeren én ouderen voor het kunnen maken van gezonde keuzes en het terugdringen van een lage sociaal economische status (SES), welke een belangrijke risicoverhogende factor is. Voor leefstijlverandering bij jeugd is het daarnaast noodzakelijk om ouders vanuit zowel hun rol als opvoeder, als hun rol als voorbeeld aan te spreken en in te zetten. Daarom zal een deel van de aanpak meer gericht moeten zijn op deze doelgroep.

De speerpunten worden in het volgende hoofdstuk toegelicht en omgezet in acties. Deze acties zijn globaal omschreven. De concrete uitwerking wordt ter hand genomen in onderlinge samenwerking met betrokken partners in het veld.

Ten *eerste* omdat de meeste acties alleen succesvol kunnen worden uitgevoerd met medewerking van deze partijen.

Ten *tweede* omdat deze partijen, door hun directe contact met de burger, veel kennis in huis hebben die we graag willen benutten om tot effectieve interventies te komen.

Ten *derde* is een van de uitgangspunten binnen het sociale domein 'loslaten in vertrouwen'.

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

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

4.3 Monitoring van doelstellingen en resultaten

“Het voorkomen van (vermijdbare) bedreigingen van en problemen met de gezondheid van de inwoners van Súdwest-Fryslân met als uitgangspunt het bevorderen van de eigen veerkracht en regie van burgers over hun eigen gezondheid(sbeleving).”, dat is de lokale missie in Súdwest-Fryslân.

In de komende beleidsperiode zetten we daarom (extra) in op het bevorderen van een gezond gewicht onder jeugdigen en ouderen, het terugdringen van overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen en ouderen en het bevorderen van de psychische gezondheid onder jongeren en ouderen. Belangrijke algemene achterliggende thema's hierbij zijn weerbaarheid en Sociaal Economische Status.

In de paragraaf met de terugblik naar de voorgaande regionale beleidsnota is aangetoond dat het stellen van hele concrete doelstellingen op basis van aantallen en procentpunten lastig, zo niet onmogelijk is. Vandaar dat er voor is gekozen om meer kwalitatieve doelstellingen te formuleren gericht op trendbeschrijving en maatschappelijke effecten. De voortgang van deze speerpunten/doelstellingen wordt op cluster- en overstijgend niveau beoordeeld aan de hand van indicatoren zoals die zijn beschreven in de Gezondheidsmonitor. In 2016 verschijnt een nieuwe versie daarvan. Daartoe wordt momenteel onderzocht of de gezondheidsonderzoeken moeten worden aangepast ten gevolge van de vernieuwde definitie van (positieve) Gezondheid (die van Huber - 2012). Dit laatste betreft trouwens een landelijke exercitie binnen GGD Nederland, in verband met vergelijkbaarheid en trendbeschrijvingen.

5. Uitwerking per speerpunt

5.1 Gezond gewicht

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

Zware kinderen worden vaak zware volwassenen. Daarom is het zinvol om op jonge leeftijd te starten met het stimuleren van een gezonde leefstijl, zoals gezonde voeding en voldoende beweging. Het is belangrijk dat mensen plezier beleven aan sport en bewegen en dat sport- en beweegactiviteiten van goede kwaliteit zijn. Als mensen plezier beleven aan sport en bewegen houden ze het langer vol of pakken ze het sneller weer op. Ervaringen vanuit het verleden hebben duidelijk gemaakt dat een aanpak sec gericht op jeugd weinig stand houdt en dat juist ook de ouders / verzorgers daar een rol in spelen.

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

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

Mensen met overgewicht vragen een specifieke begeleiding. In het land zijn er inmiddels diverse programma's ontwikkeld die een aanpak via e-health kennen. Een voorbeeld daarvan is 'blijvend in balans' van LIMIS uit Leeuwarden.

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

Op clusterniveau zijn variaties in scores op de diverse thema's zichtbaar. Via het gebiedsgericht werken zal aandacht zijn voor de meest adequate toepassing van interventies.

Gewenste situatie.

Positieve aandacht voor een gezond en verantwoord voedingspatroon, met een veilige en verantwoorde plek voor sport, spel en bewegen in het leefpatroon van de jeugd. Via preventie vermindert de kans op diabetes en wordt gestimuleerd om op gezond gewicht te blijven. De trend van steeds meer obesitas-kinderen wordt doorbroken.

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

- inzet buurtsportcoaches

- advies en verwijzing Jeugdgezondheidszorg
- ketenaanpak diabetes

Wat gaan wij daarvoor doen?

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

5.2 Verantwoord alcoholgebruik en terugdringen van roken

Verantwoord alcoholgebruik

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

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

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

Gemeenteraden moeten uiterlijk 1 juli 2014 een preventie- en handavingsplan hebben vastgesteld, waarin staat aangegeven wat het gemeentelijk beleid is ten aanzien van alcoholgebruik - met name onder jongeren - en hoe invulling wordt gegeven aan het handavingsbeleid Drank- en Horecawet. Voor het opstellen van het eerste preventie- en handavingsplan is gemeente Súdwest-Fryslân samen met drie andere gemeenten onderdeel van een pilotstudie door het CCV (Centrum voor Criminaliteit en Veiligheid). Hierbij is via integrale en interactieve sessies concreet ingegaan op omstandigheden, risico's en mogelijke interventies op het gebied van alcoholpreventie (met name gericht op jongeren) en handhaving van beleid. Zoals aangegeven wordt het preventie- en handavingsplan in nauwe afstemming met het gezondheidsbeleid opgesteld. Vanaf de volgende gezondheidsnota worden beide producten in dezelfde raadsclusus vastgesteld.

De gemeente Súdwest-Fryslân heeft de laatste jaren, via het provinciale project "De Nuchtere Fries", aanzienlijk geïnvesteerd in alcoholpreventie bij jongeren. De unieke samenwerking heeft voor een duidelijke verbetering gezorgd, maar de cijfers geven aan dat we er nog niet zijn. Jongeren drinken nog altijd veel en alcohol heeft nog altijd een belangrijke plek in de jongerencultuur. In de bestuurscommissie GGD van 6 november 2013 is besloten om in ieder geval nog 4 jaar door te gaan met dit programma. Bij de vaststelling van dit gezondheidsbeleid wordt dit formeel geaccordeerd.

De Nuchtere Fries: verandering in het drinkgedrag van jongeren kan pas bereikt worden wanneer er, naast voorlichting, ook gerichte acties worden ondernomen op het gebied van beleid en handhaving om de beschikbaarheid van alcohol voor hen terug te dringen (WHO overzichtsstudie van Babor e.a. 2010). Door het creëren van een alcoholvrije en alcoholbewuste omgeving, daalt het alcoholgebruik onder

jongeren, stijgt bewustwording bij hen en hun ouders en verandert uiteindelijk de norm. Belangrijke omgevingsfactoren zijn: prijs, aantal verkooppunten, leeftijdsgrens en naleving en handhaving ervan, promotie, normen in sociale omgeving (bijv. de ouders). Eenzijdige aanpak op één van de factoren werkt niet; een combinatie van maatregelen en interventies wel. De activiteiten van het platform De Nuchtere Fries richten zich dan ook primair op de omgeving van jongeren en niet meer primair op de jongeren zelf.

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

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

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

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

Vanuit de gezondheidsmonitor 2012 blijkt tevens dat het alcoholgebruik onder ouderen in Súdwest-Fryslân relatief hoog ligt. Omdat in deze leeftijdsgroep het medicijngebruik over het algemeen ook hoger ligt en dit niet goed combineert met het gebruik van alcohol, is hier de nodige gezondheidswinst te behalen. Er is geen duidelijkheid over de reden waarom ouderen relatief veel drinken in Súdwest-Fryslân.

Weerbaarheid wordt gezien als een belangrijke basisvaardigheid om een gezonde leefstijl te ontwikkelen en vast te houden, ook voor ouderen.

Terugdringen van roken

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

Het percentage rokers ligt in Súdwest-Fryslân voor volwassenen ongeveer op het Friese gemiddelde. Voor ouderen zelfs iets daar onder. Dat is uiteraard positief. Echter het percentage rokers onder jongeren ligt in gemeente Súdwest-Fryslân juist hoger dan in Friesland. Allermist reden om stil te zitten!

Begin mei 2014 is onze gemeente benaderd door het Trimbosinstituut om mee te doen met een pilot nalevingsonderzoek naar verkoop van tabakswaaren aan minderjarigen. Ten tijde van het opstellen van deze nota was deze pilot nog niet gestart. De uitkomsten zullen input vormen voor het beleid gericht op het terugdringen en voorkomen van roken onder jongeren.

Het vergroten van weerbaarheid, het geven van voorlichting en met name het betrekken van ouders en betekenisvolle volwassenen zijn mogelijkheden om het gebruik van genotmiddelen in zijn algemeenheid te bestrijden, dus ook voor roken. Hierbij gaat het om weerbaarheid van zowel jongeren, als ouderen die ook risicovol gedrag vertonen.

Gewenste situatie:

We streven naar een afname van druggebruik, een verhoging van de startleeftijd van alcoholgebruik, een afname van alcoholgebruik en roken door jongeren tot en met 17 jaar en een verantwoord alcoholgebruik door jongeren van 18 tot en met 24 jaar. Het overmatig alcoholgebruik onder ouderen dient af te nemen.

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

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

Wat gaan we doen?

9. Continuering en optimalisering van De Nuchtere Fries en doelstellingen en acties die daar onder vallen
10. Voortzetting en optimalisering van De Gezonde School en Genotmiddelen (VNN)
11. Voortzetting, optimalisering en zo mogelijk uitbreiding van De Gezonde School (GGD)
12. Herziening en toepassing van Ketenbeleid
13. Toepassing mogelijkheden Drank- en Horecawet (zie preventie- en handhavingsplan) - uitwerking pilot CCV
14. Deelname en verwerking pilot Trimbos-instituut inzake naleving verkoop tabakswaaren aan minderjarigen
15. Weerbaarheidstrainingen voor jeugd én ouderen, via SMW, AMW en buurtsportcoaches
16. Nadrukkelijk ouders/verzorgers en betekenisvolle volwassenen betrekken bij preventie

5.3 Psychische gezondheid / eenzaamheid

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

Uit de GGD gezondheidsonderzoeken blijkt dat depressies onder jongeren ook een serieus probleem vormen. Van de jongeren onder 18 jaar heeft XX% wel eens een depressie meegemaakt (GO 2012). Vooraf jongeren uit éénouder- of nieuwgevormde gezinnen en niet-schoolgaande jongeren hebben vaker last van een slechtere psychische gezondheid. Hier zit bijvoorbeeld een belangrijke link met leerplicht/RMC en voorkoming vroegtijdig schooluitval. Invloed op schoolprestaties, verband tussen opleiding en gezondheid is aantoonbaar. Lichtpedagogische hulpverlening (SMW/Jeugdzorg) is hierbij een belangrijk instrument om jongeren in dit soort situaties te ondersteunen en te begeleiden in psychisch moeilijke tijden.

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

Met de leeftijd neemt de kans op een depressie toe. Mede door de vergrijzing, neemt het aantal mensen met een depressie toe. Depressie en angststoornissen behoren beiden tot de top 5 van ziekten met de hoogste ziektelast. Een depressie op jonge leeftijd kan de schoolprestaties ernstig schaden, bij volwassenen kan het leiden tot uitval uit het arbeidsproces en bij ouderen tot sociaal isolement met eenzaamheid tot gevolg.

In preventief opzicht gaat het hierbij om een vroegtijdige signalering van problemen en laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten. Mantelzorgers (partners van) chronisch zieken en dementerenden behoeven hierbij specifieke aandacht, omdat zij tot een risicogroep behoren. Mantelzorgers vanuit hun 'verplichting' om voor een naaste te zorgen waardoor zij zichzelf tekort doen. Met name beginnend dementerenden kunnen psychische schade ondervinden wanneer het proces van dementeren voelbaar is.

Uit de gegevens binnen de gezondheidsmonitor 2012 blijkt dat de volwassen inwoners van Súdwest-Fryslân voor wat betreft geestelijke gezondheid ongeveer op het Friese gemiddelde zitten. Voor de categorie ouderen geldt dat zij een stuk positiever scoren. In het kader van ontwikkelingen in het sociaal domein en de grotere aanspraak op de veerkracht van mensen is dit een positief gegeven. Het goed in je vel zitten is een belangrijke voorwaarde voor veerkracht.

Op clusterniveau zijn wel verschillen in scores zichtbaar. Deze gegevens kunnen een rol spelen bij het bepalen van de concrete inzet van interventies. De gebiedsgerichte benadering is hierbij een handzaam hulpmiddel.

Zelfredzaamheid is het vermogen om algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zelfstandig te kunnen doen. Deze dagelijkse levensverrichtingen hebben betrekking op verschillende domeinen. Zo

moeten in het dagelijks leven verrichtingen uitgevoerd worden om in een *inkomen* te voorzien, *lichamelijk en geestelijk gezond* te blijven, of een steunend *sociaal netwerk* te onderhouden.

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

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

De gezondheid van mensen met een lage sociaal-economische status (SES) is op alle fronten slechter dan die van andere burgers: ze sterven eerder, leven langer in ongezonde levensjaren, ervaren hun gezondheid als minder goed, hebben vaker chronische aandoeningen en beperkingen. De leefgewoonten van deze groepen zijn ook slechter dan die van andere burgers: meer onverantwoord alcoholgebruik, meer roken, voldoen vaker niet aan de voedingsnorm en meer overgewicht. Bestaand beleid gericht op toeleiding van uitkeringsgerechtigden naar werk draagt indirect bij aan een verbetering van de SES door de positieverbetering die optreedt. De minimaregelingen dragen bij aan symptoombestrijding van een lage SES (deelname aan de samenleving / bereikbaarheid voorzieningen die anders onbereikbaar zouden zijn). Ook het bestaande beleid in het kader van vermindering onderwijsachterstanden en het bestaande beleid Volwasseneneducatie dragen bij aan positieverbetering van lage SES-groepen.

Op het gebied van positieverbetering en minimebeleid zijn wereldwijd theorieën en onconventionele projecten gaande die zeer interessant kunnen zijn om hier daadwerkelijk resultaat bij te boeken. Het gaat hierbij om de toepassing van de theorieën van schaarste van Shafir (psychologie van de schaarste). De (voorlopige) resultaten zijn dermate interessant dat het aanbevelenswaardig is om na te gaan of een pilotproject in Súdwest-Fryslân tot de mogelijkheden zou kunnen behoren.

Demografische voorspellingen laten zien dat het aandeel ouderen explosief toeneemt, zowel landelijk, als specifiek in gemeente Súdwest-Fryslân. Er is een vergrijzings- en ontgroeningsgolf te verwachten, waarbij een aantal chronische ziekten en aandoeningen als Alzheimer navenant groeien.

Er is een aantal relatief nieuwe ontwikkelingen op het gebied van gezond ouder worden aan de gang. Gelet op de (toekomstige) bevolkingssamenstelling van onze gemeente verdient het aanbeveling om deze varianten op hun bruikbaarheid te onderzoeken en desgewenst pilotgewijs handen en voeten te geven. Binnen de transformatie van het sociaal domein is actieve aandacht voor deze ontwikkelingen. In de eerste plaats is een relatief nieuwe ontwikkeling het “Active Ageing”: het vergroten van de kansen voor ouderen op gezondheid en veiligheid en op deelname aan de samenleving met het doel de kwaliteit van leven te verbeteren (WHO - 2002). Participatie, gezondheid en veiligheid zijn dé begrippen.

In de tweede plaats is een landelijk project opgezet rond ‘Seniorvriendelijke gemeenten’ vanuit de criteria die de WHO daarvoor heeft ontwikkeld. In de derde plaats zijn er ontwikkelingen in de gedachtegang rond zogenaamde ‘Blauwe zones’, een gezondheidsbeleid vanuit een aantal leefstijlen (eten, bewegen, verbinden, reflecteren en passie).

Gewenste situatie:

In de huidige maatschappij wordt steeds meer van mensen gevraagd. Het is daarom van belang dat geïnvesteerd wordt in het mentale vermogen van de inwoners, door het versterken van beschermende factoren, als emotionele, cognitieve en sociale vaardigheden. Preventie van depressie en eenzaamheid is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen. Een stadse situatie kent daarbij over het algemeen een andere omstandigheid dan een dorpse. Mensen zijn goed in staat om inhoud te geven aan de transformatie van het sociaal domein. Mensen in een lage SES kunnen de komende periode toegroeien naar een hogere trede op de SES-ladder.

In het kader van het thema psychische gezondheid gebeurt er al het één en ander in Súdwest-Fryslân. Ten aanzien van de doelgroep ouderen zijn de volgende interventies in de afgelopen periode gedaan:

- Vraagverheldering in de Wmo-loketten
- Financiële tegemoetkoming i.h.k.v. minimebeleid (mee-doen)
- Subsidie vrijwilligers- en mantelzorgondersteuning

- Halt! U valt
- Preventief huisbezoek bij ouderen
- Project netwerkvorming kwetsbare ouderen
- Alzheimercafé
- Subsidie aan instellingen voor sociaal cultureel werk/welzijn ouderen
- Cursus In Balans
- Voorbereiding en uitvoering Automatische Externe Defibrillator (AED's)
- Depressiepreventie (o.a. In de put, uit de put)
- GALM (Groningen Actief Leven Model)
- Sport: Tinke en Dwaan, ondersteuning sportverenigingen bij het ontwikkelen van nieuwe activiteiten voor ouderen, Sneek Beweegt!

Wat gaan we doen?

17. aandacht voor de mentale veerkracht binnen de JGz en in weerbaarheidstrainingen (zowel jeugd, als volwassenen, als ouderen)
18. gebruik Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) in het sociaal domein
19. inzetten op vroegtijdige signalering en aanpak van problemen door gebiedsteams
20. faciliteren van laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten in de gebiedsclusters
21. continueren inzet ouderenadviseurs
22. actieve deelname aan het platform Wonen, Welzijn, Zorg en aan het programmateam Woningbouwprogramma met specifieke aandacht voor levensloopbestendig bouwen, ondersteunend aan de transformatie sociaal domein en gericht op het scheppen van een goed leefklimaat
23. onderzoek naar de mogelijkheden van een pilot gericht op het terugdringen van een lage Sociaal Economische Status via het model van Shafir (psychologie van de schaarste)
24. onderzoeken naar wenselijkheid en zo mogelijk inhoud geven aan 'active ageing', 'seniorvriendelijke gemeente' en 'blauwe zones'
25. verenigingen stimuleren nieuwe activiteiten te ontwikkelen voor ouderen i.s.m. de Buurtsportcoaches.

5.4 Overige speerpunten / aandachtspunten

Aandacht voor transformatie sociaal domein.

Aandacht voor clustergericht werken en daarmee acties ook clustergericht inzetten.

Aandacht voor integratie Wmo- en gezondheidsbeleid.

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

Aandacht voor deelname aan GEEF (stichting Gezondheid Expertise en Educatiecentrum Friesland (besluit van april 2014)).

Wat gaan we doen?

26. alle acties worden continu getoetst aan de ontwikkelingen binnen de transformatie sociaal domein, zodat zij versterkend werken
27. acties worden zo mogelijk clustergericht ingezet; clusterkenmerken zijn daarbij leidend
28. met ingang van 2016 (nieuwe beleidsperiode Wmo) worden het lokale gezondheidsbeleid (incl. preventie- en handavingsplan Drank- en Horeca) en het beleid maatschappelijke ondersteuning geïntegreerd in één beleidsnota
29. onderzoeken waar deelname aan GEEF ondersteunend kan zijn aan de doelstellingen binnen het gezondheidsbeleid

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

30. Veiligheid en de AED (afronding in 2014)
31. LHBT-project (Koplopergemeente) (afronding in 2014)

6. Uitvoering, verantwoording en evaluatie

6.1 Uitvoering

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

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

	specifieke aandacht voor levensloopbestendig bouwen, ondersteunend aan de transformatie sociaal domein en gericht op het scheppen van een goed leefklimaat					
23.	onderzoek naar de mogelijkheden voor een pilot gericht op het terugdringen van een lage Sociaal Economische Status via het model van Shafir (psychologie van de schaarste)	SoZa		x		
24.	onderzoeken en zo mogelijk inhoud geven aan concepten van 'active ageing', 'seniorvriendelijke gemeente' en 'blauwe zones'	OJW Sport	x	x		
25.	verenigingen stimuleren nieuwe activiteiten te ontwikkelen voor ouderen i.s.m. de buurtsportcoaches	Sport				
Overig						
26.	alle acties worden continu getoetst aan de ontwikkelingen binnen de transformatie sociaal domein	OJW	x	x	x	x
27.	acties worden zo mogelijk clustergericht ingezet; clusterkenmerken zijn daarbij leidend	OJW	x	x	x	x
28.	met ingang van 2016 (nieuwe beleidsperiode Wmo) worden het lokale gezondheidsbeleid (incl. preventie- en handhavingenplan Drank- en Horeca) en het beleid maatschappelijke ondersteuning zo mogelijk geïntegreerd in één beleidsnota	OJW Hand			x	x
29.	Onderzoeken waar deelname aan GEEF ondersteunend kan zijn aan de doelstellingen binnen het gezondheidsbeleid	OJW		x		
Doorloop						
30.	Veiligheid en de AED (afrondding in 2014)	OJW	x			
31.	LHBT-beleid (Koplopergemeente) (Lesbisch, Homo, Biseksueel, Transgender) (afrondding in 2014)	OJW	x			

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

6.2 Overzicht financiën

Het lokale gezondheidsbeleid heeft een zeer bescheiden budget tot haar beschikking. Belangrijker is het in die zin om te kijken naar aanpalende beleidsterreinen en de financiën die daarin beschikbaar zijn.

Daarnaast is er in het kader van gezondheidsbevordering ook in de markt en (semi-)publieke sector budget voorhanden. Daarbij kan gedacht worden aan fondsen, inzet vanuit de zorgverzekeraar(s) en publiek-private samenwerking (PPS).

De gemeentelijke invloed hierop is zeer beperkt, maar wel kan afstemming worden nagestreefd waardoor er in gezamenlijkheid aan collectieve gezondheidsbevordering kan worden gedaan.

Gemeentelijk speelt een grote bezuinigingstaakstelling het gezondheidsbeleid parten. Onderstaand een overzicht van posten waarop bezuinigingen zijn ingeboekt:

Overzicht financiële besparingen 2014-2016 (structureel).

Nr	Omschrijving	2014	Status	2015	Status	2016	Status
3	Uitvoeringsbudget gezondheidsbeleid	25.000		25.000		25.000	
4	Ouderenbeleid	30.000		55.000		109.000	
5	Ouderenbeleid	70.000		70.000		70.000	
10	Verslavingszorg, verslavingszorg Noord NL	6.500		6.500		6.500	
10	Harmonisatie Gymvervoer	8.500		8.500		8.500	
18/	Herijking welzijnsbeleid (prog 1+3)	250.000		400.000		550.000	
19							
	Totaal	390.000		565.000		769.000	

Overzicht financiële besparingen 2014-2016 (structureel).

Nr	Omschrijving	2014	Status	2015	Status	2016	Status
15	Jeugdgezondheidszorg	31.900		41.900		51.900	
17	Lokaal onderwijsbeleid/kinderopvang	100.000		200.000		300.000	
	Totaal	131.900		241.900		351.900	

Overzicht financiële besparingen 2014-2016 (structureel).

Nr	Omschrijving	2014	Status	2015	Status	2016	Status
20	Sportbedrijf	255.000		765.000		840.000	
21	Cultuur algemeen	62.500		69.500		76.300	
22	Cultureel kwartier			228.400		278.400	
23	Bibliotheken (voor begrotingswijziging)	200.000		300.000		400.000	
23	Bibliotheken (na begrotingswijziging)	94.000		268.000		315.000	
24	Musea	6.000		12.000		24.000	
	Totaal	417.500		1.342.900		1.533.700	

Relevant gemeentelijk:

Noemer	2014	2015	2016	2017	Vast of vrij
Gezondheidsbeleid	21.637	21.637	21.637	21.637	Meerjarig
Gezonde school en genotmiddelen	6.697	6.697	6.697	6.697	Meerjarig
Jeugdgezondheidszorg - basispakket	1.968.680	2.048.458	2.048.458	2.048.458	Vast
Jeugdgezondheidszorg - aanvullend	87.359	0	0	0	Vrij

Hiernaast gelden uiteraard nog de overige aanverwante beleidsterreinen met hun eigen budgetten (sport, minimabeleid, Wmo, etc.).

Externe bronnen: nader in kaart te brengen

Noemer	2014	2015	2016	2017	Vast of vrij
Zorgverzekeraar					
Private sector					

6.3 Monitoring en evaluatie

De controle op de uitvoering, voortgang en eventuele bijstelling van de verschillende interventies wordt gedaan door de betrokken beleidsambtenaren en instellingen met ondersteuning van GGD Fryslân. Jaarlijks wordt bekeken of de prioritering en inzet nog adequaat is. Ter ondersteuning verzamelt de GGD continue objectief cijfermateriaal. De raad wordt hieromtrent actief geïnformeerd.

7. Bijlagen

- B1 Verklarende woordenlijst*
- B2 Reactie Wmo-platform op concept-nota*
- B3 Bronnen*
- B4 Achtergrondinformatie lokaal beleid*
- B5 Zelfredzaamheidsmatrix*

B1 Verklarende woordenlijst en gebruikte afkortingen

- 3D's = de drie grote decentralisaties in het sociaal domein (Jeugdzorg, AWBZ en Participatie)
- Active Ageing = het vergroten van de kansen voor ouderen op gezondheid en veiligheid en op deelname aan de samenleving met het doel de kwaliteit van het leven te verbeteren (WHO - 2002)
- ADL = Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen = zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten. Het begrip wordt vooral in de zorg gebruikt om te bepalen in hoeverre iemand zelfredzaam is.
- AED = Automatische Elektronische Defibrillator
- AMW = Algemeen Maatschappelijk Werk
- AWBZ = is in Nederland een verplichte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektenkostenrisico's. Verzekerd voor de AWBZ zijn ingezetenen van Nederland en niet-ingezetenen van Nederland die bepaalde inkomsten in Nederland genieten. De AWBZ is één van de zogenoemde verplichte volksverzekeringen.
- Bestuurscommissie Volksgezondheid = bestuurlijk overleg Volksgezondheid van de regiogemeenten
- Blauwe Zones = plaatsen in de wereld waar mensen aantoonbaar langer leven en gezonder dan ergens anders op aarde, door een combinatie van weinig stress ervaren, het geluk delen met familie, een gevoel van doel hebben in het bestaan en een gezonde dosis aan spiritualiteit en voldoende slaap
- Buurtsportcoaches = functionarissen met als specifieke opdracht het organiseren van een sport- en beweegaanbod in de buurt en het maken van een verbinding tussen sport- en beweegaanbieders en andere sectoren zoals zorg, welzijn, jeugdzorg en kinderopvang en onderwijs
- CJG = Centrum voor Jeugd en Gezin
- Cluster = de gemeenten Súdwest-Fryslân is in het kader van gebiedsgericht werken binnen de transformatie Sociaal Domein onderverdeeld in (14) logische clusters
- COC-Friesland = komt op voor de belangen van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen en transgenders (LHBT's) en zet zich in voor gelijke rechten, emancipatie en sociale acceptatie van LHBT's in Nederland en de Fryske Mienskip in het bijzonder
- Co-creatie = is een vorm van samenwerking, waarbij alle deelnemers invloed hebben op het proces en het resultaat van dit proces, zoals een plan, advies of product, vanuit gelijkwaardigheid van de deelnemers, wederkerigheid, openheid en vertrouwen
- Combinatiefunctie = een functie waarbij een werknemer in dienst is bij één werkgever maar werkzaam is voor twee of meer sectoren in onderwijs, sport en/of cultuur
- Combinorm = NNGB (zie daar) + Fitnorm (zie daar)
- De Gezonde School = een Gezonde School werkt op een structurele manier aan de gezondheid van leerlingen, waarbij gezondheid onderdeel uitmaakt van het schoolbeleid; de school besteedt hierbij niet alleen aandacht aan educatie, maar ook aan omgeving en signalering
- De Gezonde School en Genotmiddelen = een preventieprogramma dat bijdraagt aan de weerbaarheid van jongeren op het gebied van genotmiddelen, uitgevoerd door VNN (Verslavingszorg Noord Nederland)
- Decentralisatie = gemeenten worden in 2015 verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen
- DHW = Drank- en Horecawet
- EHealth = elektronische, digitale hulpverlening (ondersteuning)
- Eigen Kracht = participatie en samenredzaamheid van burgers staan centraal; burgers houden de zeggenschap over hun eigen leven, zeker in contact met organisaties en overheden
- Extra-muralisering = behandeling van een patiënt buiten het ziekenhuis ofwel alleen dagbehandeling (mensen wonen niet intern, maar zelfstandig, of in een aangepaste woning/woonvorm)
- Fitnorm = is voor jong en oud gelijk en vereist tenminste drie keer per week gedurende minimaal 20 minuten zwaar intensieve lichamelijke activiteit
- Gebiedsgericht team = gebiedsteam is dé toegangspoort voor alle vormen van ondersteuning voor alle inwoners; het gebiedsteam heeft niet alleen een signalerende en toeleidende rol, maar biedt ook daadwerkelijk ondersteuning en coördineert de zorg (doe-team) - bron: Koersnota Veerkracht in het sociale domein
- Gezondheid =definitie van de WHO (een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek - 1948), aangevuld met die van

Huber (het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven - 2012)

- GGD = Gemeentelijke Gezondheids Dienst
- Happy Hour = is een korte periode waarin een café bepaalde dranken tegen een veel lagere dan de normale prijs verkoopt, om klanten te trekken tijdens minder drukke uren
- Informeel netwerk = een stelsel van individuen die vrijblijvend en zonder vaste structuur zorgen voor sociale binding in de wijk en die in nauw contact met elkaar staan
- Interventie = tussenkomst door personen of instanties gericht op verandering van een situatie (o.a. gezondheid of leefstijl)
- JGz - aanvullend pakket = Jeugdgezondheidszorg, door en voor elke gemeente ieder jaar naar wens ingevuld
- JGz - uniform deel / basistakenpakket = Jeugdgezondheidszorg, gelijk voor alle gemeenten
- JGz = Jeugdgezondheidszorg
- JOGG = Jongeren Op Gezond Gewicht
- Koplopergemeente = een koplopergemeente wil de emancipatie van lesbische vrouwen, homoseksuelen, biseksuelen en transgenderpersonen (LHBT) actief ondersteunen
- Leefstijl = een set van gedragingen die invloed heeft op de gezondheid, w.o. sport en bewegen, (gezonde) voeding, (niet) roken, (matige) alcoholconsumptie, (geen) druggebruik en (veilige) seks
- Leerplicht = geldt voor alle kinderen van 5 tot en met 16 jaar; direct na de leerplicht begint de kwalificatieplicht, welke eindigt als een leerling een startkwalificatie heeft gehaald of 18 jaar is geworden
- LHBT = Lesbische vrouwen, Homoseksuelen, Bi-seksuelen, Transgenderpersonen
- LIMIS = Leeuwarder Institute for Minimally Invasive Surgery, staat voor innovaties in de gezondheidszorg; missie: “zinnvolle innovatieve bijdragen leveren aan het verbeteren van de gezondheidszorg”
- Mantelzorg = zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meerdere leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie (vgl informele zorg)
- MEE = ondersteunt mensen met een beperking
- Meiinoar = noaberschap = samen; de gezamenlijke noabers (buren) in een kleine sociale, overwegend agrarische gemeenschap; binnen de noaberschap geldt de noaberplicht. Dit houdt in een verplichting, de *noabers* (in een ruime zin des woords) bij te staan in raad en daad indien dat nodig is
- Mindmap = een diagram opgebouwd uit begrippen, teksten, relaties en/of plaatjes, die zijn geordend in de vorm van een boomstructuur rond een centraal thema
- NNGB-norm = Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen, tot 18 jaar; 5 dagen per week 60 minuten matig intensieve lichaamsbeweging
- NPP = Nationaal Programma Preventie; een samenwerkingsverband met partijen buiten de zorg (als scholen, werkgevers en sportverenigingen) gericht op een gezond en vitaal Nederland
- Partoer = provinciale steunfunctie Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling (CMO); Fries bureau voor sociaal-economische vraagstukken
- Passend Onderwijs = vanaf 1 augustus 2014 komt er een nieuw stelsel voor passend onderwijs; dit verplicht scholen een passende onderwijsplek te bieden aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben; de ontwikkeling van het kind en de ondersteuning die het daarbij nodig heeft, vormt in het regulier en speciaal onderwijs het uitgangspunt
- PPS = Publiek Private Samenwerking (= PPP = public private partnership) samenwerkingsvorm tussen een overheid en een of meer private ondernemingen
- Preventie- en handavingsplan = verplichting aan gemeenten om deze op te stellen, voortvloeiend uit de Drank- en Horecawet
- Psychologie van de schaarste = het gebrek aan geld of tijd kaapt een deel van ons denkvermogen, met alle nadelige gevolgen van dien; schaarste neemt bezit van je denken, of het nu gaat om voedsel, geld, tijd, relaties, noem maar op; deze zogenaamde schaarste mentaliteit veroorzaakt dat je alleen nog maar focust op korte termijn oplossingen en het lange termijn perspectief uit het oog verliest
- Publieke gezondheid = richt zich op zaken waar burgers niet snel om zullen vragen, maar die wel nodig zijn voor een gezonde samenleving; onderwerpen waar gemeenten via hun beleid invloed op uit oefenen, zoals woonomgeving, milieu en gezondheidsbeleid
- RIBW = Regionale Instelling voor Begeleiding bij Wonen, Werken en Welzijn, gericht op mensen met psychiatrische en/of psychosociale problemen

- RMC = Regionaal Meld- en Coördinatiepunt voor voortijdig schoolverlaters (vsv-ers)
- ROS Friesland = Regionale Ondersteunings Structuur; richt zich op versterking van de samenwerking, samenhang en kwaliteit van de eerstelijns gezondheidszorg in Friesland, zonder winstoogmerk
- Senior-vriendelijke gemeente = het project Seniorvriendelijke Gemeenten richt zich op het bij elkaar brengen van alle partijen die zich bezig houden met de vraag hoe mensen in Nederland gezonder en vitaler oud kunnen worden; binnen het project bundelen overheden, kennisinstellingen, bedrijven en andere organisaties hun krachten met als doel een positieve bijdrage te leveren aan active ageing in Nederland, onder meer door het uitwisselen van kennis en ervaring, het delen van best practices, het volgen van trends en ontwikkelingen en ondersteunen van nieuwe initiatieven
- SES = Sociaal Economische Status staat voor de positie van mensen op de maatschappelijke ladder met het daaraan verbonden aanzien en prestige;
- SMW = SchoolMaatschappelijk Werk
- Sociaal domein = gaat over alles wat mensen in hun directe bestaan raakt en heeft primair betrekking op zorg, welzijn, arbeid, onderwijs, gezondheidszorg en vrije tijdsbesteding; het gaat daarbij om mensen en de wijze waarop zij in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving
- Sociale index = biedt inzicht in ontwikkelingen op de belangrijke welzijnsthema's, geeft verschillen aan tussen wijken, laat ontwikkelingen in de tijd zien en is via internet voor iedereen toegankelijk en dus ook bruikbaar voor wijkpanels, bewonersorganisaties, corporaties enzovoort
- Sociale infrastructuur = het geheel van formele en informele voorzieningen en arrangementen waarvan burgers gebruik maken bij de inrichting van hun bestaan
- Sociale kaart = een overzicht van instellingen op het gebied van welzijn, gezondheidszorg, en maatschappelijke dienstverlening
- Sport Fryslân = het sportkenniscentrum van Friesland met als doel sporten en bewegen mogelijk te maken voor alle Friezen
- Sportimpuls = een landelijke subsidieregeling die lokale sport- en beweegaanbieders financieel ondersteunt bij de opzet van activiteiten die ze ondernemen om meer mensen langdurig te laten sporten en bewegen
- Stimulanz = onafhankelijke stichting, die gemeenten ondersteunt bij het ontwikkelen en uitvoeren van een goed lokaal beleid voor de sociale zekerheid
- Stipepunten = ondersteunen en stimuleren het vrijwilligerswerk en de mantelzorg in Zuidwest Friesland
- Timpaan Welzijn = brede dienstverlener in het maatschappelijk veld
- Transitie = een structurele verandering die het resultaat is van op elkaar inwerkende en elkaar versterkende ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld economie, cultuur, technologie, instituties en natuur en milieu; in dit geval gaat het om de overgang van taken van rijk naar gemeente binnen het sociaal domein
- Tûmba = Fries centrum voor wereldburgerschap en gelijke behandeling;
- VMBO = Voorbereidend Middelbaar BeroepsOnderwijs
- Volksgezondheid = in de volksgezondheid gaat het om de gezondheidstoestand van een populatie en over de factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden
- VVE = Voor- en Vroegschoolse Educatie
- VWS = ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- WHO = World health Organization (Wereld Gezondheids Organisatie)
- Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning
- Wmo-platform = adviseert de gemeente over de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning; in het Wmo-platform Súdwest-Fryslân zitten vertegenwoordigers van cliënten én cliënten zelf
- Wpg = Wet publieke gezondheid
- WWB = Wet Werk en Bijstand (gaat op in de Participatiewet per 2015)
- WWZ = Wonen, Welzijn, Zorg
- Zelfredzaamheidsmatrix = instrument waarmee behandelaars, beleidsmakers en onderzoekers in de (openbare) gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en gerelateerde werkvelden, de mate van zelfredzaamheid van hun cliënten eenvoudig en volledig kunnen beoordelen
- ZZP = Zorg Zwaarte Pakket = een door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) afgegeven beoordeling waarmee een patiënt recht krijgt op opname in een verpleeghuis, verzorgingshuis, GGZ-instelling (Geestelijke gezondheidszorg) of GZ-instelling (Gehandicaptenzorg)

B2 reactie Wmo-platform



Secretariaat:
Mej. G. Veenstraat 21, 8701 CT Bolsward
wmoplatformswf@gemeenteswf.nl

AAN het college van burgemeester en wethouders
van de gemeente Súdwest-Fryslân
Postbus 10 000
8600 HA Sneek
verzonden per mail:
7 mei 2014

betreft gevraagd advies op nota
“lokaal gezondheidsbeleid”

Geacht college,

procedure

Op 13 maart zond u ons de nota “lokaal gezondheidsbeleid” voor advies.

D.d. 25 maart werd de nota door de opstellers toegelicht in onze algemeen bestuur-vergadering.

Daarop is de nota in elk van de vier lokale wmo-raden in onze gemeente en het seniorenplatform SWF aan de orde geweest. Deze reacties hebben wij, gebundeld, bij deze brief gevoegd.

Het is niet mogelijk gebleken om deze reacties in de ab vergadering van 29 april jl. te bespreken vanwege het tijdstip van binnenkomst van de reacties.

Het gevraagd advies, zo werd door u gesteld, diende u vóór medio mei te bereiken. Wij hebben er daarom voor gekozen om als dagelijks bestuur van het wmo-platform enkele centrale opmerkingen uit de reacties in deze brief uit-te-lichten.

De nota zal in de komende vergadering van het algemeen bestuur opnieuw worden geagendeerd.

Mochten er dan nog aanvullingen op deze brief met bijlage nodig zijn; zullen wij u daarover berichten.

centrale opmerkingen: algemeen

- de nota is een goed leesbaar en positief gesteld stuk dat inzicht geeft op zowel de “stand van zaken op diverse aspecten van gezondheid”, als de ontwikkeling van een visie om daarin verbetering te brengen. Een “stuk in beweging”, dus steeds weer aan te passen
- die beweging wordt uitgewerkt in 28 punten van uitvoering/acties. Daarbij valt het op dat 26 daarvan al in gang zijn gezet. Dat roept de vraag op in hoeverre in de uitvoering sprake is van vernieuwende en innoverende actie
- gesteld wordt in de nota dat een gezonde leefstijl wordt bevorderd door ontwikkelingsmogelijkheden; de vraag komt dan op “Tegelijk worden bibliotheken wegbezuinigd en staat de subsidiëring van culturele verenigingen onder druk. Dit lijkt in tegenspraak met elkaar “
- alle reacties uiten zorgen over de ontbrekende financiële paragraaf: hoe verstaan de in de nota genoemde ambities zich met de afbouw van subsidies, functies (ouderenconsulent, Tumba, COC Friesland) en de bezuinigingsopgave in de uitvoering van wmo-taken in de komende jaren: “in de ontwikkelvisie zijn de lijnen uitgezet voor de komende 10 jaar. Wij denken dat het inderdaad meerdere jaren duurt voor alle nieuwe ontwikkelingen zijn ingevoerd. Daarbij worden bestaande voorzieningen in hoog tempo versoberd of afgebouwd. Bijv. minder opname in verpleeg- en verzorgingshuizen, terwijl er nog geen of te weinig nieuwe woon-zorgvormen of alternatieven zijn. Dit baart onze raad zorgen”.

centrale opmerkingen: “georganiseerde vraagzijde”

- wij onderschrijven de in de nota aangegeven wenselijkheid om het gezondheidsbeleid integraal onderdeel te laten zijn van het vorm te geven participatiebeleid

- in de nota wordt veelvuldig vermeld dat een beroep moet worden gedaan op mantelzorgers en op zelfredzaamheid aan de vraagzijde. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat in veel gevallen aan de “vraagzijde” geen beroep kan worden gedaan op mantelzorgers omdat die er gewoon niet zijn of niet deskundig genoeg zijn voor de uit te voeren taken. En wat de zelfredzaamheid van de vrager zelf betreft: ook bij hem of haar ontbreekt het soms aan noodzakelijke kennis en/of kunde, zeker wanneer het om mensen in een complexe situatie gaat
- in alle reacties uit het netwerk van het wmo-platform wordt erop gewezen dat in de uitvoering van het gewenst beleid, de GT’s en de cluster-netwerken die worden voorzien in de Koersnota een centrale signalerende rol en oplossende taak moet worden toegekend
- in meerdere reacties komt naar voren dat, al dan niet op clusterniveau, succesvolle uitvoering van het gewenst beleid gepaard moet gaan met een goede “organisatie van de vraagzijde”. Aansluiting bij de GT’s, betrokkenheid van de lokale raden, inschakeling van het “breed overleg” en vooral een gericht en doelmatig communicatiebeleid over óók dit beleid is een voorwaarde
- tenslotte een citaat uit één der reacties: “als Wmo-adviesraden willen wij graag onze kennis met u delen op de diverse terreinen van zorg en welzijn”.

Onder nadrukkelijke verwijzing naar de hieronder bijgevoegde reacties, willen wij dit gevraagd advies afsluiten met de navolgende opmerkingen:

- in het concept beleidsplan “sturing, financiering en inkoop” worden de begrippen “verzilveringsstrategie” en “voorliggend veld” gezien als één van meest kansrijke manieren om behoud van kwaliteit van de zorg te borgen binnen de (financiële-) bezuinigingstaakstelling. Als ergens sprake is van een dergelijk resultaat, dan is het wel in een effectief gezondheidsbeleid
- dat het door u in deze nota voorgestane gezondheidsbeleid er één dient te zijn van sámen signaleren, sámen in de mienskip zoeken naar oplossingen voor een effectief voorliggend veld: preventie, sociale cohesie, luisteren en sámen zoeken naar
 - “Mogelijkheden om de gezondheid en vitaliteit van onze inwoners te stimuleren en vergroten. Met partners uit het veld op zoek naar innovatieve mogelijkheden om preventieve maatregelen te creëren.
 - Belangrijk uitgangspunt is dat de mens centraal staat: de menselijke maat is de norm en we *zijn en blijven sociaal*” en “goede communicatie is in dit hele proces een belangrijke *succesfactor*”.

Met deze citaten uit het coalitieakkoord 2014-2018 hebben wij, als *aanspreekpunt van de georganiseerde vraagzijde*; het wmo-platform SWF en de lokale raden sámen goede hoop op een gezonde toekomst.

Met vriendelijke groet,
 het dagelijks bestuur van het wmo-platform Súdwest-Fryslân; ,
 R.Hogendoorn, secretaris. - EG Gaarlandt, voorzitter. -

Wmo-adviesraad Nijefurd

Winkie Zeldenrust: lid

Gebleken is dat we het moeilijk vinden de nota *Lokaal Gezondheidsbeleid 2014-2017* van de gemeente SWF “sec” te beoordelen. Het gaat nog om een concept, een ontwikkelvisie in wording. Daarin wordt beleid uitgedragen dat niet ieder van ons even positief ervaart/ waardeert. Tegelijkertijd is het ons duidelijk dat de gemeente - en de GGD - voor een reuze klus staan om het nieuwe WMO beleid vorm te geven. De gevolgen van de wetswijziging van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning per 1 januari 2015 kunnen nog nauwelijks worden

ingeschat, in menselijke en in materiële zin. Toch wordt nu al een heldere meerjarenvizie verwacht die is uitgewerkt op verschillende deelterreinen. Hieronder een aantal opmerkingen van onze kant.

- De nota is nogal complex met de GGD als rode draad en met veel verwijzingen naar andere instanties. Het is ook “een stuk in beweging”, dus steeds weer aan te passen. Dat maakt het lastig de nota in deze vorm te beoordelen. De nota is ook doorspekt met een, vermoedelijk niet geheel te vermijden, ambtelijk jargon.
- De rijksoverheid delegeert een groot aantal taken naar de gemeenten zonder daar de benodigde middelen voor te verschaffen. Bezuinigen dus! Er wordt van de gemeenten verwacht dat zij alle over te dragen taken met minder geld kunnen uitvoeren. Dat zal een utopie blijken te zijn. Er komt een soort “delegeer-carroussel” op gang: De Rijksoverheid delegeert aan de gemeentelijke overheid en de gemeentelijke overheid delegeert op haar beurt aan maatschappelijke organisaties. Maatschappelijke organisaties krijgen te weinig budget en moeten taken delegeren naar????
- Blijft de gemeente wel de “vinger aan de pols” houden nadat taken overgedragen zijn aan maatschappelijke organisaties? Wordt wel toegezien op een juiste uitvoering van de overgedragen taken?
- In de nota wordt veelvuldig vermeld dat een beroep moet worden gedaan op mantelzorgers en op zelfredzaamheid aan de vraagzijde. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat in veel gevallen aan de “vraagzijde” geen beroep kan worden gedaan op mantelzorgers omdat die er gewoon niet zijn of niet deskundig genoeg zijn voor de uit te voeren taken. En wat de zelfredzaamheid van de vrager zelf betreft: ook bij hem of haar ontbreekt het soms aan noodzakelijke kennis en/of kunde, zeker wanneer het om mensen in een complexe situatie gaat.
- We raden aan par. 3.2 Huidige gezondheidssituatie in Súdwest-Fryslân nog eens goed tegen het licht te houden, in het bijzonder daar waar de psychische gezondheid wordt beschreven (p. 17-18). De opsomming van kenmerken waarmee een beeld geschetst wordt van de (psychische) gezondheid van inwoners werkt niet verhelderend maar roept juist vragen op. Twee voorbeelden :
 - T.a.v. de groep van 19 – 65 jaar: “minder gebruik van antidepressiva, terwijl wel meer depressies en minder risico op angst en depressie”.
 - T.a.v. De groep 65 + “veel minder risico op angst en depressie; wel meer depressies in de afgelopen 12 maanden; angstig/bezorgd afgelopen 12 maanden juist veel minder” gevolgd door “tevredenheid met het leven: 100% (!)”.
- Tenslotte: We vinden het de hoogste tijd dat inwoners op korte termijn beter worden geïnformeerd over het nieuwe WMO beleid. Uit gesprekken met inwoners van de gemeente blijkt dat dat zij nog maar nauwelijks een idee hebben van de reikwijdte van veranderingen en de gevolgen daarvan. Hier ligt voor de Rijksoverheid, maar ook voor de gemeentes een belangrijke taak.

MEE

Pietie Huitema

Nota Lokaal gezondheidsbeleid : Opvallend vind ik het bovenmatig alcoholgebruik bij ouderen en de eenzaamheid . Het wordt meegenomen in het beleid als speerpunt en volgens mij is het ook belangrijk om dit te communiceren naar de wijk- en gebiedsteams zodat de medewerkers goed kunnen signaleren en hier mogelijk over in gesprek kunnen gaan.

Hetzelfde kan gelden voor de speerpunten van Jeugdbeleid.

Wmo adviesraad Sneek

Algemeen

De nota geeft, na een uitgebreide inleiding, in de hoofdstukken 4 t/m 6 duidelijk aan op welke speerpunten van beleid de gemeente de komende vier jaar wil gaan inzetten.

In de nota wordt al aangegeven dat de gemeente, geconfronteerd met afnemende bekostigingsmogelijkheden t.g.v. bezuinigingen, niet op alle speerpunten vol zal kunnen inzetten. De lokale adviesraad ziet dan ook uit naar de uitvoeringsnota('s) voor de komende jaren, waarvan wordt verwacht dat de aangegeven speerpunt-acties in detail zullen zijn uitgewerkt en de financiële (on)mogelijkheden per speerpunt(-acties) duidelijk zijn aangegeven.

Voorts wil de lokale raad benadrukken dat de samenhang met de koersnota enerzijds en de clusterindeling anderzijds van uitzonderlijk groot belang is, wil er sowieso sprake zijn van een verantwoorde en goed geregisseerde uitvoering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid in de komende jaren.

Aandachtspunten

- In hoofdstuk 3 wordt onder 3.2, bladzijde 19, aandacht besteed aan de arbeidsongeschikten en werklozen.
De lokale adviesraad wil er op wijzen dat het moment waarop mensen arbeidsongeschikt en/of werkloos worden veelal buiten het gezichtsveld van de gemeente valt. Dit houdt in dat de gemeente pas zicht krijgt als er zich daadwerkelijk problemen voordoen. Dit is doorgaans na twee jaar.
Dat arbeidsongeschikten en werklozen snel geconfronteerd worden met een sterke teruggang in inkomen versterkt een terugval naar een lagere Sociaal Economische status. Als hierop eerder kan worden ingespeeld door de gemeente, zal dit naar alle waarschijnlijkheid veel, zowel fysiek als psychisch, leed kunnen besparen.
Op termijn zal zich dit vertalen in minder behoefte aan zorg en een groter potentieel aan zelfredzaamheid.
- In hoofdstuk 5 (5.3) wordt ruim aandacht besteed aan psychische gezondheid en eenzaamheid. Ook komt in dit kader zelfredzaamheid aan de orde.
De lokale adviesraad wijst er op dat met name het promoten van zelfredzaamheid sneller kan leiden tot vereenzaming: mensen die eigenlijk hulp nodig hebben en het niet durven vragen, en/of zich zelf, tegen beter weten in, proberen te redden, zullen in toenemende mate in een isolement geraken.
Kort gezegd: de afnemende zorgmogelijkheden bevorderen gedwongen de zelfredzaamheid, maar daarmee tevens het risico van vereenzaming.
- Eveneens in hoofdstuk 5.3 wordt melding gemaakt van de termen “Active Ageing” en “Blauwe zones”. Dit in het kader van een “seniorvriendelijke gemeente”. Hoewel deze termen summier worden uitgelegd, leert het natrekken van deze terminologie op internet dat het hieraan daadwerkelijk uitvoering geven “a Hell of a job” is. De lokale adviesraad is dan ook erg benieuwd naar de wijze waarop hieraan door de gemeente vorm en inhoud zal worden gegeven.

Wmo adviesraad Wûnseradiel

Marijke Baarda

Opmerkingen en vragen n.a.v. Nota Gezondheidsbeleid.

- Wij zijn het eens dat gezondheidsbeleid en uitvoering Wmo in onderlinge samenhang worden opgepakt.
- Er staat meermalen in de nota dat de veerkracht van de burgers moet worden versterkt en het vermogen om de eigen regie te voeren. Wat zouden hiervoor acties kunnen zijn, behalve adviezen via internet en de 1e lijn?
- De gemeente is verantwoordelijk voor jeugdgezondheidszorg en ouderengezondheidszorg.
- Voor de jeugd zijn er consultatiebureaus en schoolartsen. Hoe wordt de ouderengezondheidszorg vorm gegeven?
- Het is mooi dat er geld beschikbaar is voor nieuw beleid, o.a. buurtsportcoaches. Tegelijkertijd staan subsidies aan bestaande sportverenigingen onder druk of wordt de huur van sporthallen en sportterreinen verhoogd. Voorkomen moet worden dat bestaande verenigingen niet meer rond kunnen komen of de contributie fors moeten verhogen.
- Een wettelijke taak van de GGD is het bieden van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking (blz.7). Hoe komt de GGD aan deze gegevens?
- Het aanvullend pakket JGz bestaat voor SWF uit:
 - huisbezoek aan 4 gezinnen in het kader van stevig Ouderschap;
 - pedagogische thuisbegeleiding 0-12 jaar voor 20 gezinnen;
 - individuele observatie van 2 kinderen op peuterspeelzaal of kinderdagverblijf; enz.Is dit op basis van gesignaleerde behoefte of van beschikbaar budget?
- De Wmo-nota spitst zich toe op kwetsbare jongeren, kwetsbare ouderen, de mantelzorgers en vrijwilligers en zgn. maatschappelijke uitvallers. Hoe krijgt men deze mensen in beeld?
- Het onderdeel: Vrijwilligers- en mantelzorgbeleid moet nog worden ingevuld. Wanneer is dit te verwachten?
- Op blz.10 wordt gesproken over vernieuwing en verbetering van de sociale infrastructuur. Speerpunten hierbij zijn: 1. stimuleren eigen kracht en versterken van de basis. 2. Gebiedsgericht werken en 3. Vernieuwing van het ondersteuningsaanbod. Aan welke concrete zaken wordt gedacht bij deze vernieuwing van het aanbod?
- In de ontwikkelvisie zijn de lijnen uitgezet voor de komende 10 jaar. Wij denken dat het inderdaad meerdere jaren duurt voor alle nieuwe ontwikkelingen zijn ingevoerd. Daarbij worden bestaande voorzieningen in hoog tempo versoberd of afgebouwd. Bijv. minder opname in verpleeg- en verzorgingshuizen, terwijl er nog geen of te weinig nieuwe woon-zorgvormen of alternatieven zijn. Dit baart onze raad zorgen.
- Bij sportbeleid wordt extra aandacht besteed aan de kansarme jeugd, ouderen en mensen met een beperking. Hoe wordt dit concreet ingevuld?
- Op blz.12 staat dat cultuur een verbindende werking heeft en de ontwikkelingsmogelijkheden van de inwoners bevordert. Tegelijk worden bibliotheken wegbezuinigd en staat de subsidiëring van culturele verenigingen onder druk. Dit lijkt in tegenspraak met elkaar.
- SWF is koplopergemeente, samen met Leeuwarden (blz.12) en krijgt hiervoor extra geld. De uitvoering is belegd bij Tûmba en COC-Friesland. De provincie wil/moet de subsidie voor deze organisaties afbouwen. Neemt de gemeente deze subsidiërende rol over van de provincie of zijn er alternatieven?
- Een goede balans tussen stad en platteland als het gaat om wonen, werken, leefbaarheid en voorzieningen vinden wij als Wmo-adviesraad van v.m. Wûnseradiel erg belangrijk. De gemeente wil hierbij samen optrekken met wooncorporaties en zorgaanbieders. Is hiervoor al concreet beleid?
- Op blz.17 staan wat gegevens over de huidige gezondheidssituatie in SWF. Waarom neemt daalt lidmaatschap van een sportvereniging vanaf het voortgezet onderwijs? Zijn er onvoldoende voorzieningen of ontbreekt het de jeugd aan tijd of motivatie?
- Op pesten, roken, overgewicht en criminaliteit (12-19 jr.) scoort SWF hoger dan gemiddeld. Hetzelfde geldt voor overmatig drinken onder ouderen en het geven van minder mantelzorg. Wat is de oorzaak?

Er komen de komende tijd veel veranderingen op ons af. We maken ons zorgen of de gemeenten wel voldoende tijd krijgen om al deze veranderingen te pareren.

In de nota wordt gesteld dat er prioriteiten moeten worden gesteld en keuzes gemaakt. We pleiten ervoor om geen "oude schoenen" weg te doen voor men nieuwe heeft.

Het is een goede keuze om nauw samen te werken met de Gebieds Teams in oprichting, maar ook hier moet alles nog worden opgestart en worden ontwikkeld.

De gemeente en de GGD willen concrete uitwerking van speerpunten ter hand nemen in onderlinge samenwerking met betrokken partners in het veld.
Als Wmo-adviesraden willen wij graag onze kennis met u delen op de diverse terreinen van zorg en welzijn.

Wmo-adviesraad Bolsward

Aan het bestuur van het wmo-platform SWF
secr. mevrouw R. Hogendoorn
Mej. G. Veenstraat 21
8701 CT Bolsward

Bolsward, 29 april 2014

Onderwerp:
Een reactie op de nota
"Lokaal Gezondheidsbeleid"
Gemeente Súdwest-Fryslân
2014-2017.

Geacht bestuur,

Hierbij reageren wij als bestuur van de Wmo afdeling Bolsward op de nota "Lokaal Gezondheidsbeleid" van de gemeente Súdwest-Fryslân 2014-2017. Allereerst willen wij opmerken dat de nota goed leesbaar is en positief is opgesteld, waarin de samenhang m.b.t. de drie transities duidelijk is verwoord.

Het maken van zorgen.

In eerste instantie maken wij ons zorgen over wat er straks in de nota komt te staan uit het nieuwe Collegeprogramma. Hierover is nog niks hierin te lezen. Evenzeer maken wij ons zorgen over de financiële paragraaf, niet alleen over het gezondheidsbeleid, maar ook over de andere hier genoemde beleidsterreinen zoals Sport en Cultuur. Verder vrezen zij dat de enorme druk waaronder de gemeente zaken procedureel moet afhandelen in de 3 Domeinen, ten koste zal gaan van de inhoud en inhoudelijke afweging. Ook zijn wij er nog niet van overtuigd dat de aanbieders echt tot vernieuwing en samenwerking zullen komen.

Inhoudelijke reacties.

De gedachte dat een goede gezondheid voor de burger een primaire voorwaarde is om goed mee te kunnen doen in de samenleving onderschrijven wij. Logisch dat er met een kleiner budget keuzes worden gemaakt in doelgroepen. Hier wordt dan gekozen voor jeugd (kwetsbare jongeren, kwetsbare ouderen, mantelzorgers/vrijwilligers en maatschappelijke uitvallers met dreigend regieverlies. (blz. 9)

Voor ons de vraag wie dit zijn? Hoe vind je die laatste groep?

Voorschot nemen op WPG en WMO lijkt ons logisch, preventie hoort daarbij!

Ergens in het stuk lezen wij over de sociaal economische status (blz. 11) van mensen. Er zijn diverse regelingen die het mogelijk maken dat mensen met een laag inkomen kunnen meedoen in de samenleving. Toch vragen wij ons telkens weer af hoe al die mensen dit moeten weten als ze zelf niet zo assertief zijn en teksten moeilijk tot zich nemen.

“Sportverenigingen gaan we op een proactieve manier ondersteuning bieden om uiteindelijk meer leden te krijgen” staat in de tekst op blz. 12. Wij denken tegelijk ook aan de kansen en

problemen die zich voordoen in Bolsward nu 2 scholen in 2014 van start gaan met een continurooster en 2 andere scholen niet. Wat betekent dit voor het sporten?

Op blz. 16 spreekt ons aan dat bepaalde cijfers niet realistisch zijn. Concentreer je inderdaad op de speerpunten en doelrichtingen.

Op blz. 17 worden de opvallende gegevens van SWF afgezet tegen het fries gemiddelde. Wij vinden de groep 19-65 erg groot, beter was denken wij geweest deze grote groep in 2'en te verdelen. Vooral minder gebruik van antidepressiva, terwijl wel meer depressies valt ons op! Het lijkt dat de beleving van mantelzorgers om mensen heen anders is dan werkelijkheid; wat is mantelzorg voor mensen?

Wij denken dat de keuze (blz. 22) jeugd, ouderen, algemeen goed is in te zetten op bewegen. Juist bewegen is ook gunstig voor mensen met depressieklachten. Deze groep lijkt groter te worden.

Daarnaast verbindt bewegen je vaak met anderen en helpt het tegen overgewicht.

De buurtsportcoaches (blz. 24) zijn voor ons redelijk onbekend. Wij kennen alleen de activiteiten in de schoolvakanties met kinderen in SWF. PR?

Op blz. 27 lezen wij over faciliteren van laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten. Wij denken dat er op dit gebied al veel is, maar dat veel instanties van elkaar niet weten wat er allemaal heel dichtbij huis is. Er zou aandacht moeten zijn voor meer aansluiting. In die zin missen wij een kruisje bij 2014 bij punt 19. Waarom opnieuw uitvinden in 2015 wat er zelfs in 2013 al was!

Een aantal aantekeningen.

Op blz. 6 staat geschreven "Mensen kiezen zelf hun leefstijl". Wanneer je de beschikking hebt over een slechte gezondheid en/of wanneer je psychisch niet sterk bent én je hebt schaarste aan financiële middelen dan kan dat ongewild leiden tot een ongezonde leefstijl.

Op blz. 10 wordt gesproken over het zelf oplossend vermogen van de inwoner, zijn/haar sociale netwerk en de sociale gemeenschap. Niet iedereen heeft de competenties die samenhangen met "zelf oplossend vermogen". Juist de mensen die deze competenties niet hebben zullen in de "maakbare" maatschappij buiten de boot vallen.

Op blz. 10 wordt gesproken over de rol van gemeente en organisaties: vertrouwen, loslaten en ruimte bieden. Veel mensen hebben blijvende ondersteuning van professionals nodig. Wanneer de ondersteuning wegvalt, gaat het mis. Blijvende ondersteuning en dus niet loslaten is in veel gevallen noodzakelijk.

Op blz. 11 wordt vermeld, dat de gemeentelijke visie is: sporten en bewegen is een vast onderdeel van de dagelijkse tijdbesteding. De visie is prachtig, maar o.i. niet reëel.

Vanaf blz. 17 wordt de huidige gezondheidssituatie in SWF weergegeven. Dat de gezondheidssituatie in Bolsward van ouderen relatief goed is, is te wijten aan het feit dat relatief veel ouderen in Bolsward wonen in de verzorgings- en verpleeghuizen. Veel oudere inwoners van Bolsward e.o. zijn vrijwilliger in deze huizen. Ik vermoed dat veel vrijwilligers ook mantelzorger zijn, maar zich niet zo noemen.

Op blz. 27 wordt gesproken over inzetten op vroegtijdige signalering en aanpak van problemen door gebiedsteams. Juist kwetsbare mensen melden zich niet spontaan met hun problemen bij hulpinstanties. Een kanskaartactie (huis aan huis persoonlijk de kaart brengen en ophalen) zou een goede methode kunnen zijn om deze kwetsbare mensen te benaderen.

Op blz. 29 punt 4 wordt gesproken over een onderzoek vanwege de inrichting van de openbare ruimte in 2015. Nu er meer contact is tussen wijkverenigingen en de gemeente lijkt het ons een goede zaak om dit nú op te pakken. Buurtbewoners nu al betrekken bij het nut van bewegen is

belangrijk. Zaak is ook om eventuele knelpunten op korte termijn op te pakken, zodat de jeugd zich buiten kan vermaken. Extra aandacht s.v.p. voor de 12+ ers!

Op blz. 30 punt 26 wordt gesproken over een pilot t.a.v. het terugdringen van een lage SES. Een lage SES is een oorzaak van vele gezondheidsrelaterende zaken. Ons voorstel is om dit thema bespreekbaar te maken bij de 5 Breed Overleggen die er zijn in gemeente SWF in oktober 2014. Volgens dhr. Shafir blijft er minder bandbreedte over voor andere zaken als één aspect veel aandacht vraagt. Of ook wel: mensen die gebrek hebben aan geld, hebben minder aandacht voor werk, wonen, gezondheid etc.. Het lijkt mij zinvol om daar via de aanbod- én vraagzijde van het sociaal domein aandacht aan te besteden.

Met vriendelijke groeten,

Het dagelijks bestuur van de Wmo afdeling Bolsward,

De voorzitter,

De secretaris,

D. Venema.

M. Meijerink.

Seniorenplatform SWF

Aan het bestuur van het wmo-platform SWF
secre. mevrouw R. Hogendoorn
Mej. G. Veenstraat 21
8701 CT Bolsward

Bolsward, 29 april 2014

Onderwerp:

Een reactie op de Nota

Lokaal Gezondheidsbeleid

Gemeente Súdwest-Fryslân

2014-2017.

Geacht bestuur,

Hierbij reageren wij als Seniorenplatform SWF op de in het onderwerp genoemde gezondheidsnota. Onze reacties zijn toegespitst op het aangeven van de prioriteiten van uitvoering van de actiepunten die voor de senioren van belang zijn op bladzijde 29 en 30 van de gezondheidsnota.

Naar aanleiding van de volgende onderwerpen zijn wij van mening dat volgende actiepunten meteen na vaststelling van de gezondheidsnota qua prioriteitsstelling dienen te worden uitgevoerd.

Gezond gewicht.

(4). Het onderzoeken naar mogelijkheden van inrichting van openbare ruimte die uitnodigt tot bewegen t.b.v. senioren.

Verantwoord alcoholgebruik en terugdringen van roken.

Hoewel het veelvuldig drankmisbruik bij senioren is geconstateerd, wordt dit aspect niet als actiepunt weergegeven. O.i. dient een aanvullend actiepunt te worden opgenomen i.c.: "Het voorkomen van drankmisbruik bij senioren vanaf 50 jaar".

Psychische gezondheid/eenzaamheid.

(20) Het continueren inzet ouderenadviseurs.

(21) Actieve deelname aan het platform Wonen, Zorg en aan het programmateam Woningbouwprogramma met specifieke aandacht voor levensloopbestendig bouwen, ondersteunend aan de transformatie sociaal domein en gericht op het scheppen van een goede leefklimaat.

(22) Mogelijkheden onderzoeken van "active ageing" en "blauwe zones".

Overig.

(23) Alle acties worden continu getoetst aan de ontwikkelingen binnen de transformatie sociaal domein, zodat zij versterkend werken.

(24) Acties worden zo mogelijk clustergericht ingezet, clusterkenmerken zijn daarbij leidend.

(25) Met ingang van 2016 (nieuwe beleidsperiode Wmo) worden het lokale gezondheidsbeleid (incl. preventie- en handhavingsplan Drank- en Horeca) en het beleid maatschappelijke ondersteuning zo mogelijk geïntegreerd in én beleidsnota.

(26) Onderzoek naar de mogelijkheden voor een pilot gericht op het terugdringen van een lage SES via het model van Shafir (psychologie van de schaarste).

Met vriendelijke groeten,

Het dagelijks bestuur van het Seniorenplatform SWF,

De voorzitter,

De secretaris,

S. van Elzinga.

A.W.P. Hagedorn

B3 Bronnen

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

B4 Achtergrondinformatie lokaal beleid

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

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

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

Zelfredzaamheid, maatwerk en intensieve samenwerking zijn van cruciaal belang.

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

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

In het geval van interventies zijn deze in principe ‘evidence based’ (op bewijs gestoeld).

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

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

Opvoedingsondersteuning, onderdeel van de afgelopen regionale gezondheidsnota, valt deels ten prooi aan de gemeentelijke bezuinigingen (Perspectiefnota 2013 **CHECKEN OP JUISTHEID**). Het betreffende aanbod is/wordt op noodzaak en overlap van interventies gescreend.

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

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

In de onderhavige *gezondheidsnota* is deze flexibiliteit minder aan de orde en wordt wel degelijk *gezondheidsbeleid* op het niveau van doelgroepen beschreven. Wel is het goed om daarbij de afstemming in ontwikkelingen te bewaken.

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

interventies na te streven. Vaak resulteren kortdurende acties immers niet in een blijvende leefstijlverandering.

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

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

De koersnota is samen opgesteld met gemeente Littenseradiel en ook gemeente De Friese Meren zit op belangrijke onderdelen op hetzelfde spoor. Het uitgangspunt is wel om taken zoveel mogelijk zelfstandig op te pakken en uit te voeren, tenzij het beter en efficiënter is om die in een breder verband op te pakken. Door de toekomstige verantwoordelijkheid voor een groot aantal zorgtaken, in combinatie met bestaande taken, zijn de gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk voor bijna de gehele maatschappelijke ondersteuning aan de eigen inwoners. Daarmee krijgt de gemeente de mogelijkheid om een samenhangend beleid te voeren, gericht op het vergroten van de participatie en het meedoen van onze inwoners die zich in een kwetsbare positie bevinden. Een gebiedsgerichte benadering is hierbij het uitgangspunt. Daarmee zijn we op weg naar een samenleving waarin de term 'Meiinoar' (vgl. 'noaberschap') een sleutelpositie heeft. De nieuwe en bestaande taken (w.o. het gezondheidsbeleid) worden zoveel als mogelijk in samenhang benaderd om een vernieuwing en verbetering van de sociale infrastructuur te realiseren.

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

De inzet richt zich op het versterken van de basis, het zelfoplossend vermogen van de inwoner, zijn/haar sociale netwerk en de sociale gemeenschap. Tevens is er aandacht voor een brede toeleiding en vraagverheldering, vraaggericht met een brede blik, gericht op het hervinden en versterken van de eigen kracht (de Zelfredzaamheidsmatrix van GGD Nederland is een handig beschrijvend hulpmiddel - zie bijlage B5). Voor de kwetsbare inwoners blijft er een vangnet om op terug te vallen. Maatwerk is hierbij het uitgangspunt.

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

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

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

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

Speerpunt 2: Gebiedsgericht werken en toeleiding;

Speerpunt 3: Vernieuwing van het ondersteuningsaanbod.

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

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

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

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

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

Een vierde transitie die hier veel mee te maken heeft, is Passend Onderwijs. Scholen krijgen een zorgplicht en de landelijke indicatiestelling vervalt. Scholen kijken naar wat een leerling wél kan, het liefst in het regulier onderwijs. Hiertoe werken zij in de regio samen om alle leerlingen de beste onderwijsplek te bieden. Het speciaal onderwijs blijft gewoon bestaan voor leerlingen die dat echt nodig hebben. De samenhang met de transitie Jeugdzorg is uiteraard voordehand liggend.

Gebiedsgericht werken / Ontwikkelvisie

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

Pijler 4: Grote sociale verbondenheid

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

Minimabeleid "Op weg naar een moderner minimabeleid - 2012"

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

Armoedebestrijding staat al meerdere jaren nadrukkelijk op de politieke agenda, want nog steeds leven mensen in de samenleving op of onder de armoedegrens. Hierdoor dreigen deze mensen maatschappelijk gezien achterop te raken en steeds meer in een sociaal isolement terecht te komen, met alle gevolgen van dien, o.a. op het gebied van gezondheid.

De gemeente Súdwest Fryslân heeft op diverse terreinen beleid ontwikkeld om dit zo veel mogelijk te voorkomen. Specifiek op het gebied van inkomensondersteuning is het minimabeleid vormgegeven.

Er is sprake van stapeling van maatregelen, niet alleen binnen de bijstand, maar ook daarbuiten, zoals de verlaging van de huurtoeslag en zorgtoeslag en de verhoging eigen risico en premie zorgverzekering.

Voor het te voeren minimabeleid richt de gemeente Súdwest Fryslân zich op de volgende doelen:

- Burgers die (nog) niet in staat zijn om met arbeid voldoende inkomsten te genereren de mogelijkheid te bieden om mee te doen aan de samenleving (maatschappelijke participatie).
- Prioriteit voor kinderen in armoede en burgers met (dreigende) schulden.

- Het niet-gebruik van de regelingen verminderen.
- Het proces van het indienen van een individuele aanvraag vereenvoudigen.

Definitie armoede

De Provincie Fryslân hanteert de volgende definitie van het begrip armoede:

Het gaat om huishoudens, waarbij de financiële middelen zo beperkt zijn dat zij materieel, cultureel en/of sociaal uitgesloten zijn van de minimaal aanvaardbare levenspatronen in Nederland, dan wel in Fryslân (gebaseerd op de definitie van de Europese Unie).

Omdat armoede niet alleen een financieel, maar juist ook een sociaal probleem is, ligt de oplossing niet in meer of ruimere financiële regelingen, maar in een brede maatschappelijke aanpak. Daarbij moeten burgers én hun sociale omgeving zoveel mogelijk rechtstreeks en persoonlijk benaderd worden. Effectief armoedebeleid zorgt ervoor dat mensen hun leven (weer) in eigen hand nemen (armoedebestrijding in ruime zin). Het minimabeleid richt zich vooral op de financiële aspecten (armoedebestrijding in enge zin).

Op initiatief van de Taskforce Armoedebestrijding neemt de gemeente Súdwest Fryslân deel aan het Provinciaal overleg met de stichting Leergeld, stichting Urgente Noden (SUN), het Jeugdspoortfonds en het Jeugdcultuurfonds om te komen tot een herstructurering van deze stichtingen.

Het minimabeleid kent vooral regelingen die zijn gericht op het kunnen meedoen aan de samenleving. Het welbevinden van de burger is een belangrijke gezondheidsdoelstelling waar aandacht aan wordt besteed.

In het kader van een gezonde leefstijl zou er extra aandacht kunnen komen voor 'gezonde voeding met een krappe beurs' en nadrukkelijker 'gezondheid' als insteek om sporten en cultuur te bevorderen. Een belangrijk item is dat regelingen voor minima blijvend onder de aandacht gebracht moeten worden om te gebruiken. Dit wordt o.a. gedaan door alle WWB-gezinnen aan te schrijven met een vooraf ingevuld antwoordformulier, waarop wordt aangegeven waar men nog recht op heeft.

Op basis van gegevens van Stimulanz (Minimascan juli 2013) blijkt dat de gemeente ten opzichte van vergelijkbare gemeenten in Friesland en Groningen een gemiddeld aantal huishoudens met een inkomen tot 110% van het sociaal minimum heeft (11,6%).

Keet- en caravanbeleid (2012 - 2015)

In 2012 is een keet- en caravanbeleid vastgesteld met als doelstelling: een verantwoord, veilig, gezond (alcoholmatiging) jeugdketen- en caravanbeleid voor de doelgroep 12 - 23 jaar.

Uitgangspunt is dat de keten een sociale functie vervullen en aan de jongerendoelgroepen een mooie locatie vormen om samen te komen tijdens de avonduren.

Het beleid is gericht op:

- gezondheidsschade voorkomen bij jongeren van 12 - 23 jaar;
- jongeren beneden de 16 jaar drinken geen alcohol (moet aangepast worden naar 18 jaar);
- jongeren boven de 16 jaar drinken matig alcoholische dranken (moet ook aangepast worden naar 18 jaar);
- aanpakken van keten en caravans die strijdig zijn met de wetgevingen;
- alle keten en caravans in de gemeenten Súdwest-Fryslân en Littenseradiel voldoen aan de wettelijke eisen, gesteld door gemeente, provincie of rijk;
- voorkomen van maatschappelijk ongewenst gedrag c.q. overlast.

De meeste keten geven geen problemen. De bijeenkomsten hebben een familiair karakter. Over het algemeen voelen jongeren zich zelf verantwoordelijk voor het reilen en zeilen in hun keet.

Erf-eigenaren van de keet en/of ouders hebben weinig moeite met het handhaven van de orde.

Gemeentelijk beleid is ontwikkeld vanwege de gezondheid en veiligheid van jongeren, de landelijke ontwikkelingen en toenemende publicaties in de media over dit onderwerp.

De ketens en caravans voor jongeren op het platteland zijn voor de sociale contacten van grote waarde, mits veilig en verantwoord gebruikt.

In het keet- en caravanbeleid is de link aangegeven met lokaal gezondheidsbeleid: alcoholmatiging bij jongeren staat hoog op de agenda van gemeenten, GGD Fryslân en provincie Fryslân. De regionale uitvoering van het project De Nuchtere Fries en De Gezonde School en Genotmiddelen is daar een concrete uitwerking van.

In het kader van een pakketmaatregel hebben gemeenten beleid geformuleerd ten aanzien van hokken en keten en het aanbieden en borgen van de “Instructie Verantwoord Alcoholgebruik” (IVA). Per 1 juli 2012 is uitvoering en handhaving van de drank- en horecawet een verantwoordelijkheid van de gemeente. De controle in cafés, supermarkten en de keten en caravans zijn van de Voedsel en Waren Autoriteit overgegaan naar de gemeenten.

In mei 2014 wordt/is het keet- en caravanbeleid geëvalueerd. De gezondheidsrisico's die jonge bezoekers van de keten lopen zijn niet te onderschatten. Met name ook de wijziging van de leeftijd waarop alcohol mag worden gekocht en geconsumeerd van 16 naar 17 lijkt een rol te spelen in de keten. Het vastgestelde beleid is lastig te handhaven en verdient een bijstelling. Daarbij dient aandacht te zijn voor zowel gezondheidsaspecten, als handhaafbaarheid binnen de gewenste sociale functie van de keten.

Vrijwilligers- en mantelzorgbeleid

In Súdwest-Fryslân zijn zgn. Stipepunten aanwezig waar vorm en inhoud wordt gegeven aan het vrijwilligers- en mantelzorgbeleid en -ondersteuning. Vrijwilligers en mantelzorgers kunnen hier terecht met vragen en ondersteuning, maar ook vindt er een samenbrengen van vraag en aanbod plaats.

Hoe de Stipepunten worden geïntegreerd in het gebiedsgericht werken is op het moment van schrijven nog niet bekend.

Het verschil tussen vrijwilligerswerk en mantelzorg is dat het één een bewuste keuze is om te doen (vrijwilligerswerk), terwijl het andere je overkomt (mantelzorg) in de zorg voor een naaste. Dit vraagt uiteraard om een geheel eigen aanpak en ondersteuning.

Sportbeleid - beleidsnota Sport en bewegen 2013 - 2016

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

Kadernota sport en bewegen 2012 - 2020: Sportstimulering

“Hoofddoelstelling:

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

Uitgangspunten:

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

Beleidsnota 2013 - 2016: Sportstimulering:

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

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

Om dit te realiseren gaan we de subsidies doelgericht inzetten. Verder gaan we in de gebiedsclusters meer vraaggericht te werk om te zorgen voor meer effect van de sporten beweegactiviteiten. We gaan

scherp in de gaten houden of de doelstellingen ook worden gerealiseerd door regelmatig terugkerende effectmetingen uit te voeren.”

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

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

In het verleden zijn budgetten vanuit diverse beleidsterreinen samengevoegd om te kunnen dienen als co-financiering voor de combinatiefuncties (nu buurtsportcoaches). Vanuit het gezondheidsbeleid is dit deel aanzienlijk. Oorspronkelijk was sprake van een structureel afstemmingsoverleg met de buurtsportcoaches over inzet en aansluiting op de voedende beleidsterreinen. Om niet nader onderzochte redenen is dit overleg niet van de grond gekomen. Vanuit het gezondheidsbeleid wordt geadviseerd deze afstemming weer concreet op te pakken.

Financiën:

Sportbeleid € 221.105

NASB en Buurtsportcoaches € 683.580

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

Kadernota Cultuur (concept 2013)

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

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

Homo-emancipatie projectplan 2012 - 2014 (LHBT-beleid)

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

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

1. Veilig schoolklimaat
2. Veilige leefomgeving voor ouderen: zorg
3. Veilige leefomgeving: religieuze kringen
4. Veilige leefomgeving: ketensamenwerking

Uitvoering is belegd bij Tûmba en COC-Friesland.

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

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

groter beroep gedaan op informele zorg en burgerkracht. Een omgeving die ontmoeting stimuleert is daarbij een noodzakelijke randvoorwaarde.

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

Milieu / bedrijven / risicokaart

In het kader van volksgezondheid is het belangrijk om inzichtelijk te hebben welke risico's voor mens en milieu verbonden zijn aan specifieke bedrijven in de gemeente. Hiertoe wordt een landelijk/provinciaal/lokaal overzicht bijgehouden dat inzichtelijk wordt gemaakt via een zgn. risicokaart (www.risicokaart.nl).

Paracommercie / dorpshuizen / MFC's

De gemeente Súdwest-Fryslân kent een groot aantal dorpshuizen en Multifunctionele Centra. Daarnaast is er een aanzienlijk aantal verenigingsgebouwen (sport, muziek, etc.). De exploitatie van deze gebouwen wordt voor een belangrijk deel ingevuld door de diensten vanuit het horecadeel / de baromzet. In januari 2014 heeft de gemeenteraad een verordening paracommercie vastgesteld die jaarlijks een x-aantal bijeenkomsten van persoonlijke aard toestaat waarmee deze instellingen hun inkomsten kunnen vergroten. Vanuit de doelstellingen in het gezondheidsbeleid is er gereede zorg bij de concrete uitwerking van deze verordening. Het preventie- en handhavingsplan vanuit de Drank- en Horecawet gaat nader op deze materie in.

Collegeprogramma

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

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

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

In maart 2014 vonden gemeenteraadsverkiezingen plaats. Op het moment van opstellen van deze nota lokaal gezondheidsbeleid is het nieuwe coalitieakkoord nog niet bekend. Zodra dit er is, zal de relevante inhoud hiervan onderdeel uitmaken van deze nota gezondheidsbeleid.

Resumerend

Belangrijke uitgangspunten voor het gezondheidsbeleid, volgend uit de kaders en relevant lokaal beleid, zijn:

- Bepalingen in de Wet publieke gezondheid
- Bepalingen uit de Drank- en Horecawet
- 5 speerpunten uit de landelijke beleidsnota: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik

- Uitgangspunten provinciaal beleid: Deelplan GGD 2013-2016 Ruimte voor gezondheid, te weten: integrale aanpak, zelf beslissen over leefstijl, samen voor gezondheid in dorp en wijk, sociale veiligheid, kennis- en expertisecentrum, Noord-Nederlandse samenwerking, jeugd
- Uitgangspunten Wmo- en welzijnsbeleid: zelfredzaamheid, maatwerk en intensieve samenwerking; toespitsing op kwetsbare jongeren, kwetsbare ouderen, mantelzorgers en vrijwilligers en maatschappelijke uitvallers; evidence-based interventies, met ruimte voor practice based; behoud het goede en maak keuzes voor focus
- Uitgangspunten Koersnota Veerkracht in het sociale domein: samenhangend beleid, gericht op het vergroten van de participatie en het meedoen van inwoners die zich in een kwetsbare positie bevinden, via een gebiedsgerichte benadering en een sleutelpositie voor “Meiinoar”; preventieve interventies zorgen ervoor dat het met inwoners waarmee het goed gaat ook in de toekomst goed blijft gaan; stimuleren eigen kracht en versterken van de basis
- Uitgangspunten Ontwikkelvisie: samenhangende aanpak van de drie transities in het sociaal domein; transformatie van de huidige sociale infrastructuur via versterking van de basis en zelfoplossend vermogen, gebiedsteam t.b.v. vraagverheldering en toeleiding en vangnet specialistische zorg met maatwerk; gebiedsgericht werken via gebiedsteams per 1-1-2015
- Uitgangspunten Minimabeleid: de burger staat centraal (eigen kracht is uitgangspunt), vereenvoudiging door middel van deregulering en laagdrempeligheid, maximaal inzetten op armoedebestrijding in enge zin, prioriteit voor kinderen in armoede, voorkomen is beter dan genezen, aansluiten op wat er al is en het ontwikkelen van nieuwe instrumenten
- Uitgangspunten sportbeleid (Sport en bewegen 2013-2016): eigen verantwoordelijkheid van inwoners om wel of niet te sporten en/of te bewegen; extra aandacht voor (kansarme) jeugd, ouderen en mensen met een beperking; inspelen op landelijke en provinciale sportstimuleringsregelingen; stimuleren en ondersteunen inzet van vrijwilligers; stimuleren samenwerking tussen sportaanbieders; stimuleren sport en bewegen op scholen; samenwerking stimuleren d.m.v. inzet van Buurtsportcoaches als spin in 't web
- Uitgangspunten kadernota Cultuur: cultuur als bindend middel voor sociale cohesie
- Uitgangspunten projectplan homo-emancipatie: als Koplopergemeente (t/m 2014) toewerken naar een veilig schoolklimaat, een veilige leefomgeving voor ouderen in de zorg, een veilige leefomgeving in religieuze kringen, via ketensamenwerking
- Uitgangspunten convenant Wonen, Welzijn, Zorg: samenhang fysieke leefomgeving, (sociale) veiligheid en zorg; participatie in integrale programma's, zowel intern als extern
- Uitgangspunten Collegeprogramma 2010-2014: balans tussen stad en platteland; synergie door gezamenlijke middeleninzet; integraal veiligheidsplan met uitvoeringsprogramma's met concrete thema's als aandacht voor jongeren, alcohol en drugs, veiligheid op wegen en maatschappelijk gedrag van jeugd; maatschappelijk gedrag als onderdeel van scholing; ondersteuning van Stipepunten en mantelzorgers
- Uitgangspunten van inhoud en reikwijdte: wetswijziging Wpg tweede tranche verplicht gemeenten duidelijk aan te geven wat de *doelstellingen* zijn op het terrein van de publieke gezondheid, welke *acties* er ondernomen worden en welke *resultaten* de gemeente wenst te behalen.

B5 Zelfredzaamheidsmatrix

Zelfredzaamheid-Matrix 2013

S. Lauriks, M.C.A. Buster, M.A.S. De Wit, S. van de Weerd, G. Tigchelaar, en T. Fassaert.



DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Financiën	Geen inkomsten. Hoge, groeiende schulden.	Onvoldoende inkomsten en/of spontaan of ongepast uitgeven. Groeiende schulden.	Komt met inkomsten aan basis behoeften tegemoet en/of gepast uitgeven. Eventuele schulden zijn tenminste stabiel en/of bewindvoering/inkomensbeheer.	Komt aan basis behoeften tegemoet zonder uitkering. Beheert eventuele schulden zelf en deze verminderen.	Inkomsten zijn ruim voldoende, goed financieel beheer. Heeft met inkomsten mogelijkheid om te sparen.
Dagbesteding	Geen dagbesteding en veroorzaakt overlast.	Geen dagbesteding maar geen overlast.	Laagdrempelige dagbesteding of arbeidsactivering.	Hoogdrempelige dagbesteding of arbeidstoeleiding of tijdelijk werk en/of volgt opleiding voor startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).	Vast werk en/of volgt opleiding hoger dan startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).
Huisvesting	Dakloos en/of in nachtopvang.	Voor wonen ongeschikte huisvesting en/of huur/hypotheek is niet betaalbaar en/of dreigende huisuitzetting.	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend en/of in onderhuur of niet-autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en (huur)contract met bepalingen en/of gedeeltelijk autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en regulier (huur)contract en/of autonome huisvesting.
Huiselijke relaties	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden gaan niet goed met elkaar om en/of potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen.	Relationele problemen tussen leden van het huishouden zijn niet (meer) aanwezig en/of woont alleen.	Communicatie tussen leden van het huishouden is consistent open. Leden van het huishouden ondersteunen elkaar.
Geestelijke gezondheid	Een gevaar voor zichzelf of anderen en/of terugkerende suïcide-ideatie. Ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door geestelijke stoornis.	Aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/anderen. Moeilijkheden in het dagelijks functioneren door symptomen en/of geen behandeling.	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn en/of enkel matige functioneringsmoeilijkheden door geestelijke problemen en/of behandeltrouw is minimaal.	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven en/of marginale beperking van functioneren en/of goede behandeltrouw.	Symptomen zijn afwezig of zelfzaam. Goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten. Niet meer dan de dagelijkse besommingen of zorgen.
Lichamelijke gezondheid	Heeft direct medische aandacht nodig. Een noodgeval/kritieke situatie.	Een (direct/ chronische) medische aandoening die regelmatig behandeling vereist wordt niet behandeld. Matige beperking van (lichamelijke) activiteiten tgv een lichamelijke gezondheidsprobleem.	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld maar behandeltrouw is minimaal. De lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot een lichte beperking in mobiliteit en activiteit.	Erkent behoefte aan hulp voor de (chronische) medische aandoening. Goede behandeltrouw.	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen.



DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Verslaving	Voldoet aan criteria voor ernstig misbruik/ verslaving. Resulterende problemen zijn zo ernstig dat institutionalisering of hospitalisatie noodzakelijk is.	Voldoet aan criteria voor verslaving. Preoccupatie met gebruiken en/of bemachtigen van middelen. Onthoudingsverschijnselen of afkick-ontwijkend gedrag zichtbaar. Gebruik resulteert in ontwijken of verwaarlozen van essentiële activiteiten van het dagelijks leven.	Gebruik binnen de laatste 30 dagen. Aanwijzingen voor aan middelengebruik gerelateerde sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen. Gebruik interfereert niet met essentiële activiteiten van het dagelijks leven en/of behandeltrouw is minimaal.	Client heeft gedurende de laatste 30 dagen gebruikt maar er zijn geen sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen ten gevolge van het gebruik zichtbaar. Geen aantoonbaar voortdurend of gevaarlijk middelengebruik en/of goede behandeltrouw.	Geen middelengebruik/ misbruik in de laatste 30 dagen.
Activiteiten Dagelijks Leven	Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe activiteiten.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in de meeste maar niet alle basis behoeften van het dagelijks leven en de zelfzorg is op peil, maar één of meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in alle basis behoeften van het dagelijks leven en alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).	Geen problemen van deze aard en functioneert goed op alle gebieden.
Sociaal netwerk	Gebrek aan noodzakelijke steun van familie/ vrienden en geen contacten buiten eventuele foute vriendenkring of ernstig sociaal isolement.	Familie/ vrienden hebben niet de vaardigheden/ mogelijkheden om te helpen en nauwelijks contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Blijvend, belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties.	Enige steun van familie/ vrienden en enige contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties.	Voldoende steun van familie/ vrienden en weinig contacten met eventuele foute vrienden.	Gezond sociaal netwerk en geen foute vrienden.
Maatschappelijke participatie	Niet van toepassing door crisissituatie en/of in 'overlevingsmodus'.	Maatschappelijk geïsoleerd en/of geen sociale vaardigheden en/of gebrek aan motivatie om deel te nemen.	Nauwelijks participeren in maatschappij en/of gebrek aan vaardigheden om betrokken te raken.	Enige maatschappelijke participatie (bijv. adviesgroep, steungroep) maar er zijn hindernissen zoals mobiliteit, discipline, of kinderopvang.	Actief participeren in de maatschappij.
Justitie	Zeer regelmatig (maandelijks) contact met politie en/of openstaande zaken bij justitie.	Regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie en/of lopende zaken bij justitie.	Incidenteel (eens per jaar) contact met politie en/of voorwaardelijke straf of - in vrijheidstelling.	Zelden (minder dan eens per jaar) contact met politie en/of strafblad.	Geen contact met politie. Geen strafblad.

© GGD Amsterdam, Lauriks, Buster, De Wit, Van de Weerd, Tigchelaar & Fassaert, 2012. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervaardigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs. De gebruiker mag deze uitgave niet voor willekeurige commerciële doeleinden gebruiken, aanpassen, of overbrengen. Contact: zm@ggd-amsterdam.nl