

Gezondheidsbeleid Friese Waddeneilanden 2013 - 2017

VLIELAND AMELAND SCHIERMONNIKOOG TERSCHELLING

VLIELAND

Vastgesteld door de raad van de gemeente Vlieland op 25 november 2013

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Visie van VAST	6
Hoofdstuk 2: Friese nota 'Ruimte voor Gezondheid'	7
2.1 Inleiding.....	8
2.2 Doel	8
2.3 Hoofdpijnen.....	8
Hoofdstuk 3 Evaluatie gezondheidsbeleid	10
3.1 Stand van zaken lokaal gezondheidsbeleid	10
3.2 Gezondheidsbeleid 2004-2008	10
3.3 Gezondheidsbeleid 2009-2012	10
3.4 Gezondheidsbeleid 2013-2017	11
Hoofdstuk 4 Gezondheidssituatie Waddeneilanden	12
4.1 Gezondheidsmonitor GGD Fryslân	12
4.2 Waar is de gezondheidsmonitor voor te gebruiken?	12
4.3 Resultaten gezondheidsmonitoren	12
Hoofdstuk 5 Wettelijke taken	14
5.1 Inleiding.....	14
5.2 Ouderen(gezondheids)zorg	14
5.3 Prenatale voorlichting	15
Hoofdstuk 6 Speerpunten VAST	17
6.1 Inleiding.....	17
6.2 Speerpunten VAST	17
6.3 Monitoring en evaluatie.....	20
Hoofdstuk 7 Financiën	21
Bijlage 1 Uitwerking hoofdpijnen Friese nota/deelplan GGD 'Ruimte voor gezondheid' 2013-2016 ten behoeve van de nota's gemeentelijke gezondheidsbeleid	23
Bijlage 2 Cijfers gezondheidssituatie ten behoeve van het gemeentelijk gezondheidsbeleid op de Friese Waddeneilanden	28
Tabel 1	28
Tabel 2	28
Tabel 3	28
Bijlage 3 Notitie Alcohol- en drugsbeleid VAST Opgesteld in kader van samenwerking VAST / Zomer 2013.....	33
Bijlage 4 Evaluatie Gezondheidsbeleid per 2012	41
Bijlage 5 Derde Friese nota 'Ruimte voor gezondheid' 2013-2016	44

Inleiding

De Wet Publieke Gezondheid (Wpg) regelt de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid. Op grond van de wet zijn gemeenten verplicht om elke vier jaar hun ambities en beleid op het gebied van de publieke gezondheid vast te leggen in een gemeentelijke nota. Dit moet dan gebeuren binnen twee jaar na het verschijnen van de landelijke beleidsnota op dit terrein (2013).

In de provincie Friesland hebben de gemeenten er voor gekozen om samen met de GGD één nota Gezondheidsbeleid te schrijven. Deze Friese nota 'Ruimte voor Gezondheid' is door de bestuurscommissie GGD in november 2012 vastgesteld. De nota (bijlage 5) geeft de hoofdlijnen voor de komende vier jaren weer en vormt de basis van het lokale gezondheidsbeleid.

De vier Friese Waddeneilanden Vlieland, Ameland, Schiermonnikoog en Terschelling hebben besloten gezamenlijk in VAST-verband de nota voor het lokale gezondheidsbeleid nader uit te werken.

De nota 'Gezondheidsbeleid Friese Waddeneilanden 2013-2017' is het resultaat van de samenwerking tussen de Friese Waddeneilanden en GGD Fryslân. Uitgangspunt is om de publieke gezondheid te verbinden met andere beleidsterreinen zoals wonen, onderwijs en welzijn. Er is tevens getracht waar mogelijk verbindingen te leggen tussen de gezondheidstaken op grond van de Wpg en de nieuwe taken die gemeenten krijgen opgelegd in het kader van de transities AWBZ, Jeugdzorg en de Participatiewet.

De Wet publieke gezondheid stelt eisen aan hetgeen in de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid moet worden opgenomen. Zie hiervoor bijlage 1 van de Friese nota "Ruimte voor gezondheid". Aan deze eisen wordt in deze nota voldaan.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt onze visie op het gemeentelijk gezondheidsbeleid beschreven. De inhoud van de Friese nota "Ruimte voor gezondheid" geven we in het kort weer in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 vormt een terugblik op de afgelopen beleidsperiode: Wat is er in die periode aan de speerpunten gedaan en welke resultaten zijn behaald? Hoofdstuk 4 geeft een beeld van de gezondheidssituatie van de inwoners van de Friese Waddeneilanden.

In hoofdstuk 5 geven we aan hoe we op de eilanden omgaan met de wettelijke taken. In hoofdstuk 6 komen de speerpunten voor de komende periode aan de orde: Welke zaken krijgen prioriteit en hoe willen wij daar samen of als individuele gemeente mee aan de slag gaan? Ook komen hier de monitoring en evaluatie aan de orde. Tot slot worden in hoofdstuk 7 de benodigde en beschikbare financiële middelen benoemd.

Hoofdstuk 1 Visie van VAST

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu heeft in haar Kernrapport 2010 aangegeven wat publieke gezondheid voor gemeenten oplevert:

“Gezondheid levert de samenleving veel op. De stap van gezond naar beter vergt investeringen in preventie en zorg. Daar staan grote maatschappelijke baten tegenover. De meeste burgers vinden hun gezondheid het aller belangrijkste. Voor de samenleving als geheel zijn gezonde burgers cruciaal (menselijk) kapitaal. Lichamelijke en psychische beperkingen kunnen leiden tot het buitensluiten van groepen burgers. Gezondheid is van invloed op de schoolprestaties en de loopbaan van mensen en beïnvloedt de arbeidsparticipatie, het arbeidsverzuim en de arbeidsproductiviteit. Een betere volksgezondheid draagt bij aan de economische groei en speelt een onmisbare rol bij de vermindering van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Gezondheid is ook een belangrijke factor voor andere vormen van maatschappelijke participatie, waaronder vrijwilligerswerk en mantelzorg. Een goede volksgezondheid en een hoogontwikkelde, welvarende samenleving zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Preventie en zorg dragen bij aan de economie en zij geven uitdrukking aan maatschappelijke waarden die Nederlanders hoog in het vaandel hebben. Investeren in gezondheid is mogelijk, wenselijk en onontbeerlijk. Van gezond naar beter wordt uiteindelijk iedereen beter!”

Uit het bovenstaande blijkt duidelijk dat er gemeentelijk beleid nodig is dat inspeelt op meerdere factoren, teneinde gezondheidsproblemen effectief te kunnen beïnvloeden. Beleid dat niet alleen is gericht op het individu, maar ook op de omgeving. Het gaat dan bijvoorbeeld om beïnvloeding van de leefstijl (zoals bewegen, alcoholgebruik of voeding), de gezondheidszorg (beschikbaarheid en toegankelijkheid), de fysieke omgeving (milieu, veiligheid, woonomgeving) en de sociale omgeving (sociale steun en leefbaarheid). Ook maatregelen vanuit andere beleidsterreinen zoals onderwijs, ruimtelijke ordening, sociale zaken of milieu kunnen een bijdrage leveren aan de doelen van de volksgezondheid. Uiteraard geldt dit ook omgekeerd. Een beleidsterrein kan eveneens positieve gevolgen hebben voor de publieke gezondheid: bijvoorbeeld minder schooluitval is gunstig voor de prestaties en dus eigen kracht van de leerling.

In de Friese nota ‘Ruimte voor gezondheid’ zijn ten aanzien van de visie de sleutelwoorden ‘eigen kracht, vraaggericht werken, integrale aanpak en stads- en wijkgericht werken’ opgenomen. Voor de VAST-eilanden komen we in het verlengde daarvan tot de volgende visie:

- Inwoners zo lang mogelijk volwaardig mee laten doen aan de samenleving. Een goede gezondheid is hiervoor een basisvoorwaarde;
- Een gezonde levensstijl van de inwoners bevorderen. Daarbij is preventie het leidmotief;
- De basis, het zelf oplossend vermogen van de inwoners bevorderen;
- Het realiseren van een vangnet voor inwoners die zorg echt nodig hebben;
- Samenhang aanbrengen bij de beleidsontwikkeling rond de drie transities Participatiewet, Jeugdwet en AWBZ naar Wmo en deze verbinden met het gezondheidsbeleid.

Het is belangrijk om een beeld te hebben van de gewenste verhouding tussen gemeente en haar inwoners. De rol van de gemeente kan een minder sturende en daarmee een faciliterende rol zijn, dan wel een meer sturende c.q. een regisserende rol. De gemeentelijke rol heeft voornamelijk te maken met de ondersteuningsbehoefte van de burger. Als het goed gaat past een bescheiden rol voor de gemeente. In het geval van meervoudige (gezondheids)problemen heeft de gemeente een meer actieve, kaderstellende en regisserende rol en biedt ze zorg en ondersteuning aan inwoners die niet mee kunnen doen.

Onderstaande piramide koppelt de inzet van de gemeente aan het niveau van ondersteuning. Op basis daarvan is te zien dat de gemeente investeert in basisvoorzieningen voor een hele grote groep inwoners en dat ze op het niveau van ondersteuning en zorg maatwerk levert voor een beperkte groep.



Hoofdstuk 2: Friese nota 'Ruimte voor Gezondheid'

2.1 Inleiding

De Friese gemeenten hebben met de vaststelling van de nota 'Ruimte voor Gezondheid' afgesproken te kiezen voor een aantal hoofdlijnen en deze uit te werken op lokaal beleidsniveau. Zoals een integrale aanpak met een collegebreed draagvlak en een dorpsgerichte inzet.

De Friese nota levert met deze hoofdlijnen de basis ingrediënten voor de gemeentelijke nota's. De inkleuring geschiedt per gemeente. De beleidskeuzes zijn immers afhankelijk van het gemeentelijk gezondheidsprofiel, maar ook van bijvoorbeeld het draagvlak voor samenwerking tussen burgers en organisaties.

2.2 Doel

De Friese nota Ruimte voor Gezondheid is opgesteld door GGD Fryslân in samenwerking met de Friese gemeenten. De nota is op 24 januari 2013 door het Algemeen Bestuur van de Veiligheidsregio Fryslân vastgesteld voor de komende vier jaren:

- a) als beleidsplan voor de publieke gezondheidstaken van de GGD;
- b) als basis voor de op te stellen nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De kaders zijn o.a. de Wet Publieke gezondheid, de gezondheidssituatie in Fryslân en het meerjarenbeleidsplan van de Veiligheidsregio. In de nota zijn eveneens de wettelijke taken van de gemeenten en GGD ten aanzien van de publieke gezondheid opgenomen.

2.3 Hoofdlijnen

Gezondheid levert de samenleving veel op. Vanuit het gezamenlijke belang voor de publieke gezondheid is afgesproken waar de Friese gemeenten en de GGD in de komende 4 jaar samen aan werken. Via elk van deze hoofdlijnen wordt gewerkt aan de gezondheidswinst voor de Friese inwoners in het algemeen en aan één of meer speerpunten van VWS in het bijzonder. Zie voor een uitwerking van de hoofdlijnen bijlage 1.

Kort samengevat komen de hoofdlijnen op het volgende neer:

- **Een integrale aanpak**

Complexe volksgezondheidsproblemen zijn niet alleen vanuit de sector volksgezondheid op te lossen. Zo kan de inrichting van de openbare ruimte een belangrijke bijdrage leveren aan de bewegingsstimulering. Ook andere publieke en private partners kunnen een rol vervullen.

Maar ook andersom kan gezondheid bijdragen aan maatschappelijke opgaven waar de gemeente voor staat, bijvoorbeeld het voorkomen van schooluitval;

- **Zelf beslissen over leefstijl**

Gezondheid moet weer iets van mensen zelf worden. Voorwaarde is hiervoor dat burgers beschikken over voldoende basisvaardigheden zoals lezen, schrijven en sociale vaardigheden. Voor de gezondheid van mensen is het bijvoorbeeld van belang dat ze adviezen van een behandelaar begrijpen en etiketten kunnen lezen. Daarnaast is goede voorlichting over gezonde leefstijl van belang. Het stimuleren van een gezonde leefstijl is met name gericht op de speerpunten van VWS met extra aandacht voor jeugd;

- **Gezond(e) dorp of wijk**

Er zijn voldoende aanwijzingen dat een 'community based' benadering effectief is. Lokale samenwerking is vooral gewenst in wijken of dorpen met een hoge concentratie van sociale en/of gezondheidsproblemen. Er komt steeds meer informatie beschikbaar over de wijkgerichte gezondheidsaanpak waarbij gemeenten een cruciale rol krijgen toebedeeld. De doelen, doelgroepen en problemen van een dergelijke aanpak zijn daarentegen zeer divers: zorgverleners ondersteunen leefstijlverandering, de basiszorg moet worden heringericht om de toegankelijkheid, probleemverheldering en het zorgaanbod bij meervoudige problematiek te verbeteren, wijkgericht werken samen met kwetsbare bewoners, het buurtzorgconcept, jeugdzorg dichtbij de burger organiseren, gekoppeld aan de CJG's.

Het is inherent aan de geografische kenmerken van de Friese Waddeneilanden dat er gebiedsgericht gewerkt wordt. In een aantal Friese gemeenten wordt geëxperimenteerd met de wijk- en dorpsgerichte aanpak. De resultaten worden gedeeld met de overige Friese gemeenten;

- **Sociale veiligheid**

Aandacht voor gezondheidseffecten van het lokale veiligheidsbeleid, specifiek voor kwetsbare groepen;

- **Kennis - en expertisecentrum / Noord-Nederlandse samenwerking / Jeugd**

Deze drie hoofdlijnen komen of terug bij de uitwerking van de eerste vier hoofdlijnen (Kennis en expertisecentrum en Jeugd,) of wordt door de GGD op andere wijze opgepakt (Noord-Nederlandse Samenwerking).

Hoofdstuk 3 Evaluatie gezondheidsbeleid

3.1 Stand van zaken lokaal gezondheidsbeleid

In het verleden, tot het jaar 2003, nam gemeentelijk gezondheidsbeleid op de Friese Waddengemeenten een zeer bescheiden plaats in. Als gevolg van wetswijzigingen is daar verandering in gekomen. Vanaf 2003 zijn gemeenten namelijk verplicht om vierjaarlijks een nota gezondheidsbeleid te formuleren en deze door de raad vast te laten stellen. Eerst wettelijk op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid, inmiddels op grond van de opvolger van de Wcpv: de Wet Publieke Gezondheid.

Aandachtspunt in dat kader is dat gezondheidsbeleid zoveel mogelijk gebaseerd moet zijn op concrete, op de gemeente toegespitste gegevens. Veelal echter zijn er alleen cijfers beschikbaar op het niveau van de Waddeneilanden en niet per eiland. In voorkomende gevallen hebben de vier eilanden daarom beleid geformuleerd vanuit de eigen kennis van de lokale situatie.

3.2 Gezondheidsbeleid 2004-2008

Voor de jaren 2004-2008 hebben de Friese Waddeneilanden elk afzonderlijk beleid opgesteld. De geformuleerde ambities (hoofddoelstellingen) verschillen echter niet zo veel. Er is overlap en dat geldt ook voor de subdoelstellingen. Duidelijk is dat er al heel veel op het gebied van volksgezondheid werd gedaan en dat gezondheidsbeleid niet nieuw was. De eerste nota laat vooral zien dat gemeentelijk gezondheidsbeleid intersectoraal beleid betreft en dat de Waddeneilanden reeds vanuit tal van sectoren een bijdrage leverden aan de gezondheid van haar inwoners of aan gezondheidsbeleid in zijn algemeenheid.

De beschikbare middelen en de beperkte omvang van het ambtelijk apparaat dwongen de vier eilanden hun ambities voor de periode tot 2008 te beperken. De gemeenschappelijke ambities voor 2004-2008 waren onder meer:

- Integrale sluitende aanpak voor de jeugd tot 19 jaar;
- Preventie-activiteiten gericht op alcohol en drugsgebruik door jeugd;
- Ontwikkelen van een toekomstvisie voor ouderenbeleid;
- Instandhouden van de eerstelijnszorg op de eilanden;
- Stimuleren van een gezonde leefstijl en verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met een beperking of chronische ziekte;
- Optimale kansen op gezondheid voor iedereen;
- Verkleinen gezondheidsverschillen met name voor mensen met een lage sociaaleconomische status;
- Stimuleren van een gezonde leefomgeving bij de bevolking.

Ook in de uitwerking van de ambities was sprake van gemeenschappelijke subdoelstellingen:

- Opvoeding en weerbaarheid jeugd;
- Roken;
- Schadelijk alcoholgebruik;
- Leefstijl met accenten op bewegen en voeding (overgewicht/breedtesport);
- In stand houden voorzieningen op de eilanden;
- Vorming van Zorg- en adviesteam;
- Invoering Verwijsindex op alle vier eilanden;
- Invoering Sociaal Teams;
- Aandacht voor netwerken (GGD, Sociale Diensten, walgemeenten);
- Participatie van burgers.

3.3 Gezondheidsbeleid 2009-2012

De ambities en doelen uit (de nota) gezondheidsbeleid 2004-2008 zijn niet allemaal in de planperiode gerealiseerd. Sommige knelpunten waren begin 2008 nog niet opgelost en er werd nog steeds aan gewerkt. Daarom hebben drie Waddengemeenten: Ameland, Terschelling en Schiermonnikoog er voor gekozen geen nieuwe nota, respectievelijk geen nieuw beleid volksgezondheid voor de periode 2009-2012 vast te stellen. De raad van de gemeente Vlieland heeft wel een 2^{de} nota vastgesteld aan de hand van een analyse en

advies van de GGD Fryslân en met inbreng van de organisaties werkzaam op het eiland op het gebied van zorg, welzijn, onderwijs en sport.

Een overzicht van de per eiland vastgestelde ambities, uitgevoerde actiepunten en de resultaten per 2012 (voor zover van toepassing) is terug te vinden in bijlage 4.

3.4 Gezondheidsbeleid 2013-2017

De Waddeneilanden hebben er voor gekozen in het kader van VAST gezamenlijk een 'derde' nota volksgezondheid op te stellen.

Hoofdstuk 4 Gezondheidssituatie Waddeneilanden

4.1 Gezondheidsmonitor GGD Fryslân

De Wet Publieke Gezondheid bepaalt dat gemeenten elke vier jaar hun voornemens met het lokaal gezondheidsbeleid vastleggen in de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid. Dit beleid moet volgens de Wpg gebaseerd zijn op inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking.

Om een actueel beeld te krijgen van de gezondheid en leefgewoonten van de Friese bevolking, voert GGD Fryslân eens in de vier jaar een gezondheidsonderzoek onder jongeren, volwassenen en ouderen uit. De Friese gezondheidsmonitoren geven vervolgens antwoord op vragen als: hoeveel Friezen roken en drinken alcohol, hoe staat het met het overgewicht in Fryslân en hoeveel Friezen voelen zich eenzaam?

4.2 Waar is de gezondheidsmonitor voor te gebruiken?

De uitkomsten van de gezondheidsmonitoren van GGD Fryslân geven dus een beeld van de gezondheidssituatie. Deze cijfers kunnen gebruikt worden als indicatie van het bestaan van bepaalde gezondheidsproblemen en voor het signaleren van trends. De cijfers zijn regionaal, landelijk en in de tijd met elkaar te vergelijken. De uitkomsten vormen samen een signaleringsinstrument dat te gebruiken is om beleids- en besluitvorming te sturen en prioriteiten vast te stellen. Daarnaast zijn de monitoren te gebruiken om te kijken of vastgesteld beleid op koers ligt. Er kan gekeken worden in hoeverre een gesteld doel bereikt is. Er kan echter niet aangetoond worden of een verandering in de gezondheidssituatie het gevolg is van ingezet beleid. Dit komt doordat het niet mogelijk is om ontwikkelingen in de gezondheidssituatie volledig toe te schrijven aan het ingezette beleid. Er zijn immers allerlei factoren van invloed op de gezondheid van de Friese bevolking die niet gemeten worden in de monitoren. Wanneer het effect van een beleidsmaatregel aangetoond moet worden, zijn de cijfers uit de gezondheidsmonitoren dus niet voldoende om te kunnen zeggen of beleid effectief is.

4.3 Resultaten gezondheidsmonitoren

• De Friese gezondheidssituatie¹

Het grootste deel van de Friese bevolking vindt de eigen gezondheid goed of zelfs uitstekend. Dat is een belangrijk gegeven, gezien de positieve invloed die een goede gezondheid heeft op het leven en de maatschappij. Een kind dat nu geboren wordt, heeft een levensverwachting van 80,5 jaar, waarvan 64 jaar in goede gezondheid.

Er zijn hardnekkige verschillen in gezondheid tussen hoog- en laagopgeleide mensen. Mensen in de laagste sociaaleconomische klasse leven gemiddeld zeven jaar korter en genieten maar liefst veertien jaar minder van een leven zonder lichamelijke beperkingen. Op iedere leeftijd zien we dat mensen met een lage opleiding ongezonder leven en vaker te maken hebben met gezondheidsproblemen, zoals overgewicht, chronische aandoeningen en beperkingen en eenzaamheid.

Een aantal chronische ziekten, zoals diabetes en COPD, komt steeds vaker en op steeds jongere leeftijd voor. Deze ziekten worden in toenemende mate veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Niet alleen lichamelijke aandoeningen, maar ook psychische aandoeningen, zoals depressie, hebben een relatie met de leefstijl en leefomgeving van mensen.

Het percentage mensen met overgewicht stabiliseert de laatste jaren, maar wel op een hoog ongezond niveau. Overgewicht is van alle generaties. Mensen met overgewicht kampen vaker met chronische aandoeningen en psychische problemen. Een integrale aanpak van overgewicht veronderstelt een aanpak die ook andere gezondheidsproblemen in positieve zin beïnvloedt.

Hoewel minder jongeren alcohol drinken, blijft alcoholgebruik onder jongeren een punt van aandacht. Zeker gezien het feit dat jongeren die overmatig alcohol drinken, vaker ongewenst gedrag vertonen, zoals het gebruik van drugs, zich schuldig maken aan vandalisme en criminaliteit.

Jongeren met depressieve gevoelens vormen niet een heel grote groep. Deze gevoelens hangen echter wel samen met factoren waar iets aan is te verbeteren. Zo worden de jongeren met depressieve gevoelens vaker gepest, hebben ze minder vrienden en voelen ze zich eenzaam. Ook kunnen ze vaak minder goed met hun ouders praten en hebben ze vaker een onvrijwillige seksuele ervaring gehad.

¹ Uit: 'Ruimte voor gezondheid, derde Fries nota gemeentelijk gezondheidsbeleid/deelplan GGD 2013-2016

Psychische aandoeningen vormen een groot deel van de totale ziektelast onder de volwassen bevolking. Het gaat dan niet alleen om depressie, maar ook om dementie, angststoornissen, suïcide en verslavingsproblematiek. Belangrijke symptomen van psychische aandoeningen zijn depressieve gevoelens, interesseverlies in dagelijkse activiteiten, slapeloosheid en concentratieverlies. Bijna een kwart van de Friezen zegt wel eens depressief te zijn geweest.

In Friesland is de totale babysterfte vergelijkbaar met het Nederlands gemiddelde. De sterfte rondom de geboorte ligt in Friesland gemiddeld genomen iets hoger dan het Nederlands gemiddelde; de sterfte in het eerste levensjaar iets lager. De hogere babysterfte in Nederland in vergelijking met andere Europese landen is zorgelijk. De lokale (acute) verloskundige zorg en eensluitende informatie en voorlichting aan risicogroepen over gezond zwanger worden, gezond zwanger zijn en risico's voor een gezonde zwangerschap zijn verondersteld als de aspecten die bijdragen aan een vermindering van de babysterfte.

Het Ministerie van VWS vraagt in de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' aandacht voor gezondheidsrisico's in de omgeving. Bestaande en nieuwe risico's die zich voordoen in de fysieke omgeving van mensen zoals straling, binnenmilieu, rampen en de uitbraak van infectieziekten vragen om een alerte houding. Een groene omgeving, zo blijkt uit onderzoek, heeft een positieve relatie met de ervaren gezondheid, gezondheidsklachten en sociale veiligheid van mensen. Deze relatie staat los van factoren als opleiding of inkomen. Fries onderzoek bevestigt deze relatie: Friezen die ooit depressief of angstig zijn geweest, of eenzaam zijn, ervaren het groen in hun omgeving vaker als onvoldoende en voelen zich vaker onveilig.

In bijlage 3 van de Friese nota "Ruimte voor gezondheid" is een uitgebreid overzicht te vinden van de gezondheidssituatie van de Friese bevolking.

• Jeugd

De cijfers in de eerste tabel (bijlage 2) zijn afkomstig uit de monitor jeugdgezondheid. Via deze monitor is informatie verzameld van gezondheidsonderzoeken onder schoolgaande kinderen en jongeren in de schooljaren 2008-2009, 2009-2010 en 2010-2011.

Ameland en Terschelling hebben aangegeven de cijfers van Go Jeugd graag op het niveau van het eiland te willen hebben. De reden hiervoor is om met de vervolgacties zo veel mogelijk bij deze cijfers op het niveau van het eigen eiland aan te sluiten. Vanwege de kleine aantallen is het niet mogelijk om betrouwbare cijfers op het niveau voor Vlieland en Schiermonnikoog te geven. Deze cijfers zijn dus op Fries niveau.

Wat valt op?

- Ameland: het percentage ouders met indicatie 'stevig ouderschap' is hoog;
- Terschelling: het percentage kinderen in groep 2 met een ontwikkelingsachterstand (motoriek en spraak/taal) is hoog;
- Het percentage kinderen in groep 2 met overgewicht is hoog op zowel Terschelling als Ameland. Het percentage kinderen met overgewicht in groep 7 is in Terschelling hoger dan het Fries gemiddelde. Op Ameland is het percentage VMBO'ers met ernstig overgewicht hoog;
- Op Terschelling is opvoedingsondersteuning volgens de JGZ veel vaker nodig dan in de rest van Friesland. Dit geldt zowel voor groep 2, groep 7 als voor het VMBO.

De tweede tabel (bijlage 2) heeft betrekking op de gezondheidssituatie van de Friese jeugd van 12 t/m 18 jaar en die van de Waddeneilanden. De cijfers zijn gebaseerd op het Gezondheidsonderzoek Jeugd 2012 ('GO Jeugd'). De gezondheidssituatie van de jeugd van de Waddeneilanden blijkt nauwelijks af te wijken van het Fries gemiddelde.

• Volwassenen en ouderen

De cijfers voor volwassenen en ouderen die in de derde tabel staan (eveneens te vinden in bijlage 2), zijn gebaseerd op de gezondheidsenquêtes die GGD Fryslân heeft afgenomen in 2010 en 2012.

Op dit moment beschikt de GGD alleen over de cijfers voor 11 onderwerpen van de gezondheidsenquête 2012. Voor deze onderwerpen zijn cijfers uit 2012 in de tabel opgenomen. Hierbij staat (2012) achter het onderwerp. De overige cijfers zijn afkomstig uit de monitor van 2010.

Wat valt op?

Volwassenen en ouderen wijken qua gezondheidssituatie nauwelijks af van het Fries gemiddelde. Dit met uitzondering van bewegen: Minder volwassenen op de Waddeneilanden voldoen aan de norm gezond bewegen (tenminste vijf dagen per week 30 minuten matig intensieve lichaamsbeweging).

Hoofdstuk 5 Wettelijke taken

5.1 Inleiding

Gemeenten hebben een aantal wettelijke taken op het gebied van de publieke gezondheid. Een aantal van deze taken is verplicht neergelegd bij de GGD. Daarnaast hebben gemeenten een aantal wettelijke taken vrijwillig bij de GGD neergelegd. Tot slot zijn er nog wettelijke taken, die niet bij de GGD zijn ondergebracht. Hieronder volgt een overzicht. Meer informatie is te vinden in hoofdstuk 5 van bijlage 1, de nota "Ruimte voor gezondheid".

Wettelijke taken, verplicht door de GGD uitgevoerd

- Advies (inzicht in de gezondheidssituatie, beleidsadvisering van gemeenten, medisch milieukundige zorg (o.a. risicobeoordeling fysieke leefomgeving), technische hygiënezorg (o.a. inspecties kinderopvang);
- Zorg (Infectieziektenbestrijding, bijv. TBC of soa's);
- Crisis (GGD en GHOR (Geneeskundige Hulpverlenings Organisatie in de Regio) staan samen onder leiding van één Directeur Publieke Gezondheid;
- Gezondheidsbevordering (preventieprogramma's en publieksinformatie);

Wettelijke taken, door de gemeenten bij de GGD neergelegd:

- Jeugdgezondheidszorg: De GGD voert de JGZ 0-19 jaar voor gemeenten uit;
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: De GGD voert vangnet- en bemoeizorg uit, doet aan casemanagement en ondersteunt de sociaal teams;
- Lijkschouw: GGD Fryslân is de enige publieke organisatie in Fryslân die over de benodigde expertise voor de taak beschikt.

Overige wettelijke taken, door gemeenten uit te voeren:

- Prenatale voorlichting
Sinds 1 januari 2012 zijn gemeenten wettelijk verantwoordelijk voor prenatale voorlichting. Goede prenatale voorlichting bereidt aanstaande ouders voor op wat komen gaat en maakt duidelijk waar ze naar toe kunnen voor zorg, hulp of ondersteuning. Mogelijke problemen voor het (aanstaande) kind en het gezin worden in een vroeg stadium onderkend en aangepakt.
- Ouderengezondheidszorg
Ter uitvoering van deze taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - het ramen van de behoeften aan zorg;
 - de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als co morbiditeit (meerdere ziekten die verband met elkaar houden);
 - het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

5.2 Ouderen(gezondheids)zorg

Een toekomstgericht zorgbeleid moet meer dan ooit aandacht besteden aan goede ouderenzorg. Het opvangen van de vergrijzing is één van de belangrijkste uitdagingen waar onze samenleving óók op de Friese Waddeneilanden voor staat.

De Friese Waddeneilanden willen dat hun ouderen zichzelf in alle vrijheid maximaal kunnen redden, deel kunnen nemen aan maatschappelijke activiteiten en (zo veel als mogelijk) zelfstandig kunnen leven en wonen. Om dit te realiseren willen de Friese Waddeneilanden de gevolgen van de afname in het vermogen zich aan te passen en het eigen leven te organiseren zo goed mogelijk voorkomen, signaleren en compenseren of (gedeeltelijk) overnemen. De visie op de ouderenzorg op de Friese Waddeneilanden gaat uit van de eigen regie/kracht en zelfmanagement van ouderen. En daarnaast van een geïntegreerde aanpak, waarin medische en langdurige zorg en ondersteuning, welzijn, en wonen centraal staan.

In het algemeen geldt voor de Friese Waddeneilanden dat de vergrijzing de komende 30 jaar flink toeneemt. Dit leidt naar alle waarschijnlijkheid tot een toename van de vraag naar zorg en verpleging op de eilanden. De Friese Waddeneilanden willen hierbij dat de verzorging en verpleging, inclusief collectieve voorzieningen (zoals maaltijdvoorziening, alarmering, zorg op afstand, Wmo-voorzieningen) zoveel mogelijk geïntegreerd op de eilanden geboden blijven worden. Hierbij kunnen, afhankelijk van de lokale situatie, nuances per eiland worden aangebracht. Daar waar op de eilanden geen sprake is van een intramurale instelling, wordt deze voorziening extramuraal, via samenwerking en afstemming tussen de centrale partners (thuiszorg, huisartsen, mantelzorgers, welzijnswerk), uitgevoerd. Hierbij wordt toekomstgericht nadrukkelijk geanalyseerd op welke wijze hierbij het aspect wonen meer/beter aan de aspecten zorg en welzijn gekoppeld kan worden. Daar waar op de eilanden sprake is van een apart verpleeghuis wordt deze intramurale voorziening (AWBZ) verbonden met zorg (Wmo), wonen en welzijn. Hierbij is inhoudelijk ook de samenwerking tussen de centrale partners (verpleeginstelling, thuiszorg, huisartsen, mantelzorgers, welzijnswerk) van groot belang. Daarnaast is het gerelateerd aan wonen en zorg van belang verbinding te maken tussen verpleeghuis (AWBZ) en 'zorgwoningen' (Wmo). Alles is er op gericht om vanuit de eigen kracht van de partners op de eilanden de ouderen, ook degenen met fysieke of psychische beperkingen, de mogelijkheid te bieden op de eilanden goed/prettig te kunnen blijven wonen, waarbij de ouderen zo lang mogelijk mee kunnen doen aan c.q. participeren in de eilander samenlevingen.

Gerelateerd aan de ouderzorg zijn er een aantal landelijke beleidsmatige ontwikkelingen:

- Scheiden wonen en zorg;
- Beweging naar extramuralisatie (ZZP 1, 2 en 3 komen niet meer voor intramurale indicatie in aanmerking);
- Transitie van AWBZ naar Wmo;
- Grotere rol voor mantelzorgers en vrijwilligers.

Gelet op de eilandsituatie en de kleinschaligheid is het voor de Friese Waddeneilanden van groot belang vanuit een gebiedsgerichte aanpak (afgestemd en gecoördineerd aanbod van zorg in een klein gebied) samenwerking tussen professionals in de (ouderen)zorg (huisartsen, thuiszorg, verpleeghuis (indien aanwezig), fysiotherapie, Wmo, met regie vanuit de gemeente, te stimuleren en te initiëren. Hierbij is er een nadrukkelijke link met de beleidsterreinen welzijn (Wmo) en wonen. Op alle eilanden wordt hiervoor, inclusief de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers, een eigen opzet gerealiseerd die in grote lijnen overeenkomt en die afhankelijk van de situatie per eiland passende verschillen laat zien. Vanuit deze gebiedsgerichte structuren proberen de eilanden in het licht van de bovengenoemde beleidsmatige ontwikkelingen de ouderenzorg toekomstbestendig door te ontwikkelen. De vraag van ouderen en het in samenhang leveren van maatwerk staat hierbij centraal. De financiering van deze aanpak vraagt om een specifieke uitwerking, waarbij indien mogelijk de Wmo-budgetten van de gemeente en de AWBZ-budgetten worden gekoppeld.

- Voor de planperiode richten de vier Waddengemeenten zich specifiek op maatregelen die de zorg dichtbij kunnen realiseren. Daarbij kan per eiland differentiatie ontstaan, afhankelijk van de behoefte.
- Tevens streven de Waddengemeenten naar (waar mogelijk) ontschotting van de verschillende budgetten.

5.3 Prenatale voorlichting

Het bieden van prenatale voorlichting is conform de Wet Publieke Gezondheid sinds 2012 een taak van de gemeenten. Dit als aanvulling op de voorlichting die de huisarts, verloskundige of gynaecoloog geeft. De speerpunten van gemeentelijk gezondheidsbeleid zoals deze in onderhavige notitie zijn opgenomen hebben een directe relatie met zwanger worden, een gezonde zwangerschap en gezondheid voor moeder en kind na de geboorte. Het zijn daardoor relevante thema's in de prenatale voorlichting.

De gemeente heeft rondom de prenatale voorlichting de volgende taken en verantwoordelijkheden:

- Bepalen van het aanbod en de doelgroep;
- Afspraken met aanbieders over uitvoering en samenwerking;
- Zorgen voor afstemming.

Om deze taken en verantwoordelijkheden op de Friese Waddeneilanden tegen reële kosten goed te kunnen behartigen is het belangrijk dat de prenatale voorlichting op de eilanden door lokale partners wordt uitgevoerd. Vanuit dit perspectief hebben de gemeenten op de Friese Waddeneilanden de organisatie en uitvoering van de prenatale voorlichting opgezet. Afhankelijk van de lokale partners die de voorlichting, aanvullend op de huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, verzorgen hebben de gemeenten afspraken gemaakt. Belangrijk hierbij is dat de opzet van de prenatale voorlichting als gemeentelijke verantwoordelijkheid verbinding heeft met de huisartsen en verloskundigen op de eilanden. Het doel hiervan

is om met de gemeentelijke prenatale voorlichting aan te sluiten bij de voorlichting vanuit medische perspectief van de huisartsen en verloskundigen en te zorgen dat via de huisartsen/verloskundigen de zwangeren in het algemeen worden geattendeerd op de prenatale voorlichting. Ook wordt beoogd de specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld tienermoeders, zwangeren met psychische problemen, onzekerheid, weinig steun in omgeving, etc.) via de huisartsen/verloskundigen door te geleiden naar de prenatale voorlichting.

De komende periode wordt vooral ingezet op doorontwikkeling en de positionering van de prenatale voorlichting binnen de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) op de eilanden. De precieze invulling kan daarbij per eiland verschillen.

De prenatale voorlichting is gericht op:

- Bevorderen van een gezonde leefstijl voor, tijdens en na de zwangerschap (voeding, roken, alcohol en andere drugs, beweging, depressie);
- Begeleiden van zwangeren waar risicofactoren gesignaleerd zijn (wisselwerking met huisartsen/verloskundigen);
- Voorbereiding op ouderschap (borstvoeding, opvoeding);
- Ondersteuning van het mama café (Terschelling) / moedergroepen (Ameland).

Hoofdstuk 6 Speerpunten VAST

6.1 Inleiding

Het Rijk benoemt een aantal speerpunten, die kansrijk zijn in het bevorderen van de gezondheid van de bevolking en de preventie van ziekten. Dit zijn:

- Schadelijk alcoholgebruik;
- Roken;
- Overgewicht: voeding en bewegen;
- Depressie, waaronder weerbaarheid, pesten;
- Diabetes; wordt meegenomen in de acties met betrekking tot gezond gewicht.

Deze speerpunten moeten volgens de Wet Publieke Gezondheid door de gemeenten “in acht genomen worden”. Er mag van afgeweken worden, mits goed gemotiveerd.

De gezondheidssituatie op de Waddeneilanden legitimeert dat deze speerpunten de komende jaren gehandhaafd worden voor het lokale gezondheidsbeleid.

Het doel van deze speerpunten is het stimuleren van een gezonde leefstijl:

- Verminderen van middelengebruik, o.a. alcohol, drugs, energiedrankjes;
- Verminderen, stabiliseren van (over)gewicht;
- Verminderen depressie.

Hierbij geven wij extra aandacht aan de jeugd.

Om deze doelen te bereiken hanteren wij de volgende uitgangspunten:

- We kiezen voor een lokale aanpak, waarbij per eiland passende gedifferentieerde activiteiten kunnen worden opgezet;
- We willen inwoners bewust maken van een gezonde leefstijl en hen stimuleren tot gezond gedrag. Hierin hebben zij overigens ook een eigen verantwoordelijkheid;
- We willen vraaggericht werken en burgers en organisaties actief betrekken bij het beleid en het uitvoeren van activiteiten. Dat betekent actief meedoen bij de signalering van behoeften, planning, ontwikkeling en uitvoering;
- We kiezen voor een planmatige aanpak, niet een enkele activiteit, maar een integrale benadering (mede in relatie tot de ontwikkelingen in het sociaal domein);
- Bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid kiezen we zoveel mogelijk voor bewezen effectieve interventies. Deze interventies zijn te vinden op <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/> ;
- Gezondheidsbeleid maakt vaak integraal deel uit van andere beleidsterreinen, zoals de Wmo, sport- en jeugdbeleid en werk & inkomen. Maatregelen genomen op het ene terrein (zoals bijvoorbeeld aanpak schoolverzuim) heeft gevolgen voor de gezondheid van jeugd (verhogen eigen kracht leerlingen). Hier houden we rekening mee bij het ontwikkelen van beleid.

Genoemde doelen en uitgangspunten leiden tot een aantal speerpunten voor de komende jaren.

Belangrijk is wel te realiseren dat door een vraaggerichte, gebiedsgerichte aanpak de speerpunten voor de komende jaren niet worden ‘dichtgetimmerd’.

6.2 Speerpunten VAST

Jeugd

De jeugd is een belangrijke doelgroep als het gaat om preventie van gezondheidsproblemen.

Voor de specifieke gezondheidssituatie van de jeugd op Ameland en Terschelling, zie bladzijde 11.

De volgende activiteiten kunnen een bijdrage leveren aan het voorkomen van gezondheidsproblemen:

- Opvoedondersteuning door middel van Triple P. Bijscholing Triple-P voor medewerkers CJG en leerkrachten. Begeleiding moedergroepen (0-12), oudergroepen (12-16) en pedagogische thuisbegeleiding;
- Invullen contactmoment 14+;

- Gezonde School Fryslân: samenwerken aan Gezondheid en Veiligheid op school. Gezonde School is een programma om een planmatige en structurele aanpak van gezondheidsonderwerpen te realiseren. De GGD begeleidt de school bij het ontwikkelen van een beleidsplan/ activiteitenplan door samen een keuze te maken van relevante thema's en prioriteiten te stellen. Onderdeel van Gezonde School Fryslân is de (les)methode Gezonde School en genotmiddelen. Dit project biedt lessen over genotmiddelen zoals alcohol en is bedoeld voor de hoogste klassen van het basisonderwijs, het voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs.

Verminderen middelengebruik

Jongeren op de Friese Waddeneilanden drinken, net als jongeren in de rest van Friesland en Nederland, veel, vaak en al op erg jonge leeftijd. Overmatig drinken, meer dan vijf drankjes in korte tijd, komt regelmatig en ook al op jonge leeftijd voor. Alcohol is schadelijk voor de gezondheid. Voor jongeren geldt dat nog veel meer dan voor volwassenen. Alcohol belemmert de hersenontwikkeling en dat kan leiden tot leerproblemen. Het beïnvloedt gedrag en leidt regelmatig tot ongelukken, vandalisme, drugsgebruik, vechtpartijen en onveilig vrijen. Alcoholgebruik op jonge leeftijd betekent bovendien een hogere kans op verslaving.

Wanneer het gaat over middelengebruik, bedoelen we het gebruik van alcohol, drugs, roken en energiedrankjes. Hoewel er in het publieke debat vaak grote ongerustheid is over drugsproblematiek, is deze in omvang feitelijk veel beperkter dan alcoholproblematiek. De primaire focus is dan ook alcoholgebruik. Daarbij willen wij vooral het alcoholgebruik onder jongeren verminderen, omdat hier de meeste winst valt te behalen. Activiteiten gericht op de omgeving van jongeren (horeca, school, sportverenigingen, supermarkten, ouders, etc.), blijken dan het meest effectief te zijn. Door het creëren van een alcoholvrije en alcoholbewuste omgeving, daalt het alcoholgebruik onder jongeren, stijgt de bewustwording bij hen en hun ouders/opvoeders en verandert uiteindelijk de norm.

De preventie van alcohol en drugs is een zaak van lange adem. De 4 VAST-eilanden hebben de afgelopen jaren al veel aandacht besteed aan het beleidsterrein alcohol en drugs en dan met name ten aanzien van de eilander jeugd. Het accent van de activiteiten heeft vooral in de sfeer gelegen van voorlichting en educatie. Ook het alcoholgebruik bij volwassenen en ouderen geeft vanwege de sterke relatie met ongewenst gedrag aanleiding tot een meer beleidsmatige aanpak.

In 2013 is in VAST-verband een notitie opgesteld waarin interventies zijn opgenomen voor de jaren 2013 en 2014 (bijlage 4). Doelstelling voor de komende twee jaren is te streven naar integrale aanpak en het percentage mensen dat verantwoord alcohol gebruikt te laten stijgen met 10%. Ook is het voornemen om integraal beleid te ontwikkelen om schadelijk alcoholgebruik terug te dringen bij zowel de eilander jeugd als bij de zomeroverlastgevende jeugd.

Daarnaast participeren de Friese Waddeneilanden in 'De Nuchtere Fries', een provinciaal platform dat zich bezighoudt met de aanpak van alcohol- en drugsgebruik onder de Friese jeugd. Het platform is een samenwerking tussen de Friese gemeenten, GGD Fryslân, Verslavingszorg Noord Nederland, Politie Fryslân, Koninklijke Horeca Nederland en Provincie Fryslân.

Ook het kabinet pakt drinkende jongeren strenger aan. Op 1 januari 2013 is de aangepaste Drank- en Horecawet ingegaan. De regels voor de verkoop van alcohol aan jongeren onder de 16 zijn strenger geworden. Jongeren onder de 16 jaar zijn strafbaar als ze alcohol bij zich hebben op straat of op andere plekken in de openbare ruimte. Bijvoorbeeld in een kroeg, winkelcentrum, stationshal of park. Het maakt niet uit of jongeren beneden de 16 zwak alcoholische drank of sterke drank bij zich hebben. Ze zijn in beide gevallen strafbaar. Gemeenten zijn vanaf 1 januari 2013 verantwoordelijk voor de handhaving hiervan. Het is effectief gebleken lokale handhaving vanuit het perspectief van preventie te versterken. Dit biedt kansen om niet alleen te straffen, maar om daarbij tegelijk jongeren en alcoholverstrekkers bewust te maken van (en te betrekken) bij de risico's van alcohol- en drugsgebruik. Hierin kan het Platform Nuchtere Fries een rol vervullen. Per 1 januari 2014 verandert de wetgeving opnieuw. Dan mogen jeugdigen onder de 18 jaar geen alcohol, dus ook geen wijn en bier, meer kopen in winkels, slijterijen en horecagelegenheden. Ook wordt het in bezit hebben van alcohol op straat voor hen strafbaar.

Gemeenten hebben dus meer mogelijkheden gekregen om overmatig alcohol van jongeren tegen te gaan en verstoring van de openbare orde als gevolg van alcoholgebruik te voorkomen. De belangrijkste wetswijzigingen: nieuwe regels voor de paracommercie, een nieuwe rol voor de burgemeester, nieuwe

verordenende bevoegdheden van gemeenteraden, mogelijkheden voor sancties voor de detailhandel, strafbaarstelling van jongeren en decentralisatie van het toezicht naar gemeenten. Daarnaast worden gemeenten verplicht minimaal elke vier jaar met een preventie- en handavingsplan alcohol te komen. In het plan staan de doelstellingen, de acties en de resultaten die de gemeente wenst te realiseren.

- In 2014 een preventie en handavingsplan alcohol opstellen en deze vast laten stellen door de raad;
- Participatie in de 'Nuchtere Fries' blijven onderschrijven;
- Interventies in de notitie 'Alcoholbeleid Friese Waddeneilanden' nader uitwerken.

Overgewicht: voeding en bewegen

Het percentage mensen met overgewicht stabiliseert de laatste jaren, maar wel op een hoog ongezond niveau. Overgewicht is van alle generaties. Mensen met overgewicht kampen vaker met chronische aandoeningen en psychische problemen. Een integrale aanpak van overgewicht veronderstelt een aanpak die ook andere gezondheidsproblemen in positieve zin beïnvloedt.

Preventie van overgewicht bij jongeren is van groot belang, gelet op de gezondheidsrisico's op volwassen leeftijd (o.m. hart- en vaatziekten, diabetes, verhoogd cholesterol, klachten knieën en rug). Gezond eten en bewegen moet met name voor de jeugd gemakkelijker en aantrekkelijker worden gemaakt. Slechts een lokale, intersectorale aanpak lijkt een daling van overgewicht bij jongeren te kunnen bewerkstelligen.

Met name de volwassenen bewegen minder dan het Fries gemiddelde. De gezondheidseffecten van overgewicht bij volwassenen zijn meer dan bekend. Sportstimulering en bewegen in de buurt is daarom belangrijk. De gemeenten hebben in het verleden het sporten eilandbreed gestimuleerd met realisatie van de verschillende sportaccommodaties. Daarnaast hebben alle vier de eilanden gebruik gemaakt van de rijkssubsidieregeling om een Buurtsportcoach (combinatiefunctionaris) in te kunnen zetten. Hiermee stimuleert de gemeente beoefening van de breedtesport als middel tegen overgewicht. Verder faciliteren de gemeenten het gebruik van gemeentelijke sportaccommodaties door een huur te berekenen, die lager is dan de kostprijs van de betreffende accommodatie.

Gemeenten stimuleren bovendien dat kansarme kinderen/jongeren zich aanmelden bij het Jeugdsportfonds. Publieke en private partijen zullen nauwer samen moeten werken. De gemeente wil in deze een regierol vervullen. Mogelijke interventies Gezond Gewicht zijn te vinden via www.loketgezondleven.nl (thema: overgewicht).

- Het thema voeding en beweging opnemen in jeugdbeleid Sluitende Aanpak en in het actieplan van de buurtsportcoach;
- De gemeente wil het gevoerde beleid ten aanzien van huurtarieven sportaccommodaties continueren.

Depressie/weerbaarheid

Depressie komt in Nederland veelvuldig voor. Naar schatting leidt 5% van de bevolking in meer of mindere mate aan depressie. Bijna een kwart van de Friezen zegt wel eens depressief te zijn geweest. Kenmerk ervan is een verlies van levenslust of een zwaar terneergeslagen stemming gedurende het grootste deel van de dag. Deze stemming houdt minstens twee weken aan.

Jongeren met depressieve gevoelens vormen niet een heel grote groep. Deze gevoelens hangen echter wel samen met factoren waar iets aan is te verbeteren. Zo worden de jongeren met depressieve gevoelens vaker gepest, hebben ze minder vrienden en voelen ze zich eenzaam. Ook kunnen ze vaak minder goed met hun ouders praten en hebben ze vaker een onvrijwillige seksuele ervaring gehad.

Psychische aandoeningen vormen een groot deel van de totale ziektelast onder de volwassen bevolking. Het gaat dan niet alleen om depressie, maar ook om dementie, angststoornissen, suïcide en verslavingsproblematiek. Belangrijke symptomen van psychische aandoeningen zijn depressieve gevoelens, interesseverlies in dagelijkse activiteiten, slapeloosheid en concentratieverlies.

Niet alleen lichamelijke aandoeningen, maar ook psychische aandoeningen, zoals depressie, hebben een relatie met de leefstijl en leefomgeving van mensen. Sporten en bewegen helpen bijvoorbeeld tegen depressies. De gemeenten gaan het ontstaan van depressies tegen door sportbeoefening te stimuleren. Isolément en vereenzaming worden aangepakt door de uitvoering van betreffende WMO-prestatievelen in handen te leggen van de plaatselijke welzijnsstichting.

Ook het vergroten van de weerbaarheid is een manier om psychische klachten te voorkomen.

Pestproblematiek dient in relatie met de samenlevingscultuur op diverse niveaus aangepakt te worden (bijvoorbeeld via het maatschappelijk werk en een weerbaarheidsprogramma in het onderwijs). Bij psychosociale problemen en ongunstige opgroeiomstandigheden is meestal opvoedingsondersteuning of hulp nodig. Deze hulp kan worden geboden door een Triple-P geschoolde verpleegkundige, een maatschappelijk werker of door een pedagoog.

- De gemeente wil de bewustwording over de ziekte vergroten door zowel professionals als vrijwilligers een training 'signaleren niet-pluis-gevoel' aan te bieden;
- De gemeente wil het sporten en bewegen waar mogelijk zowel in groepen als individueel stimuleren.

6.3 Monitoring en evaluatie

De Bestuurscommissie GGD heeft opdracht gegeven aan GGD Fryslân om het proces rond de Friese nota's te monitoren. De planning hiervoor is globaal als volgt:

- Eind 2013: vaststellen van de indicatoren voor de monitoring;
- Eind 2014: tussentijdse rapportage aan de Bestuurscommissie en advies over actie/bijstelling;
- 2016: eindrapportage en advies met betrekking tot de volgende tranche.

Hoofdstuk 7 Financiën

Programma Gezondheid: Bijdragen per gemeente (bron: begroting 2014 Veiligheidsregio)			
Gemeenten	Inwoners 01-01-2013	Bijdrage OGZ 2014	Bijdrage JGZ 2014
Vlieland	1.110	€ 7.513	€ 26.150
Ameland	3.525	€ 23.857	€ 83.044
Schiermonnikoog	961	€ 6.504	€ 22.640
Terschelling	4.798	€ 32.473	€ 113.034

Vlieland				
Activiteit	Begroting			
	2013	2014	2015	2016
Bijdrage GGD Volksgezondheid (OGZ)		7.513	7.513	7.513
Bijdrage GGD Volksgezondheid (JGZ)		26.150	*p.m.	p.m.
Aanvullend pakket JGZ, o.a. logopedie, contactmoment 14+	3.500	3.500	3.500	3.500
Uitvoering nota gezondheidsbeleid bijv. Alcohol- en Drugsbeleid	5.000	5.000	5.000	5.000
Bijdrage AMW/SMW	16.600	16.600	*p.m.	p.m.
Ouderenbeleid (VESV, flankerend ouderenbeleid, meer bewegen voor ouderen)	5.100	5.100	5.100	5.100
Diverse subsidies maatschappelijk werk (bijv. steunpunt huiselijk geweld)	800	800	*p.m.	p.m.
Diverse subsidies Wmo	800	800	p.m.	p.m.
CJG	3.900	3.900	3.900	3.900
ZAT / Sociaal Team	2.500	2.500	2.500	2.500
*p.m: aangezien de impact van de rijksbezuinigingen nog niet bekend is en de transities nog moeten worden geëffectueerd wordt deze post in eerste instantie pro memorie begroot				

Ameland				
Activiteit	Begroting			
	2013	2014	2015	2016
Bijdrage GGD Volksgezondheid (OGZ+JGZ)		106.901		
Aanvullend pakket JGZ (o.a. pedagogische begeleiding, moedergroepen)	9.500	9.500	9.500	9.500
Bijdrage AMW	35.000	35.000	35.000	35.000
Bijdrage SMW	10.000	10.000	10.000	10.000
Ondersteuning Verslavingszorg	1.500	1.000	--	--
Nota jeugdbeleid	5.000	5.000	5.000	5.000
CJG	12.000	12.000	12.000	12.000
Steunpunt vrijwilligers/mantelz.*	10.000	10.000	10.000	10.000
Sportmanager/buurtportcoach (deel koppeling met gezondheid)	20.000	20.000	20.000	20.000
Koppeling gezondheid en Wmo	5.000	5.000	5.000	5.000

Schiermonnikoog				
Activiteit	Begroting			
	2013	2014	2015	2016
Bijdrage GGD Volksgezondheid (OGZ+JGZ)	27.253	29.145	29.580	30.025
Bijdrage Jeugdzorg Partoer	0	9.465	0	0
Bijdrage AMW	30.530	30.530	30.990	31.455
St. Aanzet	800	860	860	860
St. Slachtofferhulp Vrouwenopvang Fryslân	240	240	240	240
Fier Fryslân	380	380	380	380
Bijdrage schoonmaakkosten	1.550	1.550	1.550	1.550
Bijdrage tandartsapparatuur	4.150	4.360	4.360	4.360

Terschelling				
Activiteit	Begroting			
	2013	2014	2015	2016
Bijdrage GGD Volksgezondheid (OGZ+JGZ)	141.688	145.507	145.507	145.507
Aanvullend budget HVD	10.000	9.000	9.000	9.000
Bijdrage AMW	32.153	32.153	32.153	32.153
Bijdrage SMW	14.972	14.972	14.972	14.972
Notitie Jeugd en alcohol	1.960	2.750	2.750	
Jeugdbeleid Sluitende Aanpak	12.300	11.070	11.070	11.070
Centrum Jeugd en Gezin	27.308	27.308	27.308	27.308
Steunpunt Mantelzorg + DvdM	4.850	4.365	4.365	4.365
Buurtcoach	37.000	37.000	37.000	37.000
Werkbudget buurtcoach	5.000	4.500	4.500	4.500
Mamacafé	500	500	500	500
Prenatale voorlichting	1.000	850	850	850
Stichting Aanzet	2.250	1.125	0	0
Fier Fryslân	1.899	1.899	1.899	1.899

Bijlage 1 Uitwerking hoofdlijnen Friese nota/deelplan GGD 'Ruimte voor gezondheid' 2013-2016 ten behoeve van de nota's gemeentelijke gezondheidsbeleid

1. Een integrale aanpak

Complexe volksgezondheidsproblemen zijn niet alleen vanuit de sector volksgezondheid op te lossen. Zo kan de inrichting van de openbare ruimte een belangrijke bijdrage leveren aan de bewegingsstimulering. Ook andere publieke en private partners kunnen een rol vervullen.

Maar ook andersom kan gezondheid bijdragen aan maatschappelijke opgaven waar de gemeente voor staat, bijvoorbeeld het voorkomen van schooluitval.

Het realiseren van een integrale aanpak vraagt om heel diverse werkwijzen en strategieën. In programma's als JOGG en Jeugd & Alcohol krijgt de integrale aanpak al vorm.

Doelstellingen

- In gemeenten is college breed aandacht voor volksgezondheid
- Publieke en private partijen binnen en buiten de gezondheidszorg werken samen, voor meer gezondheid.

Acties

GGD Fryslân werkt de komende vier jaar op bovengemeentelijke en gemeentelijke schaal aan de doelstellingen. Dat betekent het volgende:

- Adviseren en ondersteunen van gemeenten bij de integrale aanpak;
- Het organiseren en bieden van een platform om ervaringen uit te wisselen en te delen;
- Bieden van de functie van kennis- en expertisecentrum op het gebied van integraal beleid;
- Voeren van regie/projectleiding en namens gemeenten afspraken maken met externe (publieke en private) samenwerkingspartners;
- Nadere verdieping in thema's die invloed hebben op gezondheid, o.a. 'ruimte/omgeving';
- Opbouwen van een netwerk met beleidsmedewerkers en experts van andere beleidsterreinen;
- Werken aan publiek-private samenwerking, in ieder geval op provinciaal niveau;
- Leveren van een integraal advies en ondersteuning aan gemeenten; dat betekent dat binnen de GGD de expertise wordt gebundeld en ingezet voor advies en ondersteuning aan gemeenten;
- Agendasetting voor integraal gezondheidsbeleid op bestuurlijk niveau, o.a. via Bestuurscommissie GGD.

Resultaten

GGD Fryslân:

- Startnotitie waarin de begrippen en aanpak zijn verhelderd; bronnen zijn
 - diverse (brief)rapporten rivm
 - proefschrift en publicaties
 - handreiking gezonde gemeente, rivm
- Een 'toolkit' integraal beleidsadvies
- Een denktank/ kenniscentrum binnen de GGD, waarin kennis is verzameld vanuit disciplines epidemiologie, beleid, jeugdgezondheidszorg, mmk, infectiepreventie, gezondheidsbevordering, crisis.
- Een inzicht in de meest kansrijke maatregelen in het kader van de speerpunten van het gezondheidsbeleid van de Friese gemeenten.
- Lerende netwerken van gemeenten (gefaciliteerd door de GGD)
- Een kennisatelier per jaar, over een integraal beleidsthema (bv. Natuur, participatie en gezondheid)
- Een inzicht in de (mogelijke) bijdrage van private partners aan volksgezondheid

2. Zelf beslissen over leefstijl

Gezondheid moet weer iets van mensen zelf worden. Voorwaarde is hiervoor dat burgers beschikken over voldoende basisvaardigheden zoals lezen, schrijven en sociale vaardigheden. Voor de gezondheid van

mensen is het bijvoorbeeld van belang dat ze adviezen van een behandelaar begrijpen en etiketten kunnen lezen.

Daarnaast is goede voorlichting over gezonde leefstijl van belang.

Het stimuleren van een gezonde leefstijl is met name gericht op de speerpunten van VWS met extra aandacht voor jeugd.

De Friese gemeenten hebben de afgelopen jaren, mede op grond van het Masterplan Gezond Leven, vorm en uitvoering gegeven aan beleid ter bevordering van een gezonde leefstijl : bewegen, weerbaarheid, gezond gewicht, middelengebruik en seksuele gezondheid. Een herijking van dit Masterplan waardoor burgers zelf beslissen over hun leefstijl is op zijn plaats.

Doelstellingen

- Inwoners van de Friese gemeenten, met name kinderen, ouders en jongeren, zijn beter in staat om bewuste en gezonde keuzes te maken ten aanzien van de eigen leefstijl.
- De (sociale en fysieke) leefomgeving van onze inwoners nodigt uit tot gezond leven.

Acties

GGD Fryslân werkt de komende vier jaar op gemeentelijke en bovengemeentelijke schaal aan de doelstellingen:

- Een herijking van het Masterplan. Nieuwe principes van waaruit een gezonde leefstijl wordt bevorderd zijn in elk geval gezondheidsvaardigheden, eigen kracht, inzetten sociaal netwerk, sociale marketing. Programma's ter bevordering van een gezonde leefstijl worden ondersteund door social media als communicatievorm, daar waar dat een meerwaarde biedt.

Deze herijking moet leiden tot een Masterplan 2.0 en komt tot stand in samenwerking met ketenpartners en gemeenten.

- Eenmaal per jaar organiseert de GGD in samenwerking met gemeenten een bijeenkomst waarin kennis over leefstijl en het 'zelf beslissen' concept wordt gedeeld.
- Adviseren en ondersteunen van gemeenten bij de implementatie van de speerpunten van VWS volgens de principes van het herijkte Masterplan
- Bieden van de functie van kennis- en expertisecentrum op het gebied van gezondheidsbevordering en leefstijl;
- Voeren van regie/projectleiding en namens gemeenten afspraken maken met externe (publieke en private) samenwerkingspartners;
- Leveren van een integraal advies en ondersteuning aan gemeenten; dat betekent dat binnen de GGD de expertise wordt gebundeld en ingezet voor advies en ondersteuning aan gemeenten;
- GGD Fryslân blijft uitvoering geven aan reeds ingezette programma's ter bevordering van de gezondheid:
 - GGD is in elk geval in 2013 projectleider van de Nuchtere Fries en brengt deskundigheid in op het terrein van preventie van genotmiddelen gebruik.
 - GGD stimuleert de verdere uitrol van de Gezonde School methode in Friese gemeenten. Hiervoor onderhoudt de GGD contacten met ketenpartners voor een gezamenlijk en complementair aanbod aan effectieve interventies.
 - GGD onderzoekt of het mogelijk is de Gezonde School Methode ook toe te passen in voorschoolse voorzieningen.
 - GGD functioneert in Friese netwerken, die vanuit diverse invalshoeken een gezonde leefstijl bevorderen. De samenwerking tussen preventie en curatie is hier een aspect, maar ook de samenwerking tussen de publieke en private sector.
 - GGD professionals in het CJG brengen gezonde leefstijl actief onder de aandacht van kinderen/jongeren en hun ouders door toepassing van gesprekstechnieken (motivational interviewing). Dit gebeurt in het bijzonder door de implementatie van een contactmoment 14+.
 - GGD monitort de leefstijl van de Friese bevolking en signaleert trends in ongezonde leefstijl.

Op lokale schaal heeft de gemeente mogelijkheden om bij te dragen aan een gezonde leefstijl, waarbij mensen zelf de regie in handen hebben. Bijvoorbeeld door:

- integraal beleid te ontwikkelen ter bevordering van een omgeving die uitnodigt tot een gezonde leefstijl. Dit kan door de inrichting van de openbare ruimte of het toegankelijk maken van sport voor lage inkomens. De keuze voor een gezonde leefstijl wordt de makkelijkste keuze;
- lokale samenwerking te stimuleren (preventie zorg/ curatieve zorg; publieke sector/ private sector), waar voor iedere partner een belang in zit.
- aan te sluiten bij landelijke initiatieven, zoals JOGG, Sportimpuls;

- voorwaarden te creëren, waardoor mensen de eigen regie daadwerkelijk kunnen pakken. Bijvoorbeeld door gezondheidsvaardigheden te versterken.

Resultaten

GGD Fryslân:

- Notitie Masterplan 2.0 waarin hernieuwde oriëntatie op aanpak gezonde leefstijl.
- Een onderzoeksopzet naar de effectiviteit van social media in gezondheidsbevordering.
 - GGD interventies zijn gecheckt op het herijkte Masterplan.
 - GGD voert regie over bovenlokale netwerken met daarin kernpartners (instellingen en gemeenten) die een belang hebben bij een gezonde leefstijl.
 - Gezonde School is op x scholen geïmplementeerd
 - Contactmoment 14+ is geïmplementeerd

Gemeente

- Implementatie van (delen van) het Masterplan 2.0
- Principes 'Zelf beslissen' lokaal toepassen, bijvoorbeeld door interventies van aanbieders hierop te toetsen.

3. Gezond(e) dorp of wijk

Er zijn voldoende aanwijzingen dat een 'community based' benadering effectief is. Lokale samenwerking is vooral gewenst in wijken of dorpen met een hoge concentratie van sociale en/of gezondheidsproblemen. Er komt steeds meer informatie beschikbaar over de wijkgerichte gezondheidsaanpak waarbij gemeenten een cruciale rol krijgen toebedeeld. De doelen, doelgroepen en problemen van een dergelijke aanpak zijn daarentegen zeer divers: zorgverleners ondersteunen leefstijlverandering, de basiszorg moet worden heringericht om de toegankelijkheid, probleemverheldering en het zorgaanbod bij meervoudige problematiek te verbeteren, wijkgericht werken samen met kwetsbare bewoners, het buurtzorgconcept, jeugdzorg dichtbij de burger organiseren, gekoppeld aan de CJG's.

Sommige Friese gemeenten werken al met een wijkgerichte (gezondheids)aanpak. Voorbeelden zijn: Amaryllis in Leeuwarden, Jogg in Smallingerland, Achtkarspelen Fit.

De gemeente Dongeradeel heeft zich aangemeld voor het uitvoeren van een dorpsgerichte gezondheidsaanpak. Daar wordt mee gestart.

Doelstellingen

- Uitvoeren van een dorpsgerichte gezondheidsaanpak in een Friese gemeente (Dongeradeel) waardoor gezondheidswinst voor de inwoners wordt bewerkstelligd.
- Op basis van de ervaringen in Dongeradeel de resultaten implementeren in 3 andere Friese gemeenten.

Acties

GGD Fryslân werkt de komende vier jaar aan de doelstellingen. Dat betekent het volgende:

- Bieden van inzicht in de gezondheidssituatie van de betreffende dorpen en/of wijken, door gebruik te maken van (eigen) epidemiologische en registratiegegevens, maar ook door deze te koppelen aan andere gezondheidsinformatie (van o.a. Ros (wijk scan), welzijnsorganisaties, eerstelijnsgezondheidszorg en de Zorgverzekeraar/Zorgbelang).
- Adviseren en ondersteunen van gemeenten bij de wijkgerichte gezondheidsaanpak
- Het organiseren en bieden van een platform om ervaringen uit te wisselen en te delen;
- Nadere verdieping in de wijkgerichte gezondheidsaanpak
- Bieden van de functie van kennis- en expertisecentrum op het gebied van de wijkgerichte gezondheidsaanpak
- Binnen de GGD de expertise bundelen en inzetten voor advies en ondersteuning aan gemeenten;
- Na evaluatie implementeren van resultaten in 3? nieuwe gemeenten

Resultaten

GGD Fryslân:

- Startnotitie waarin de begrippen en aanpak zijn verhelderd. Bronnen zijn o.a.
 - advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: "Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving" (december 2012)
 - rapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg "Randvoorwaarden Gezonde zorg: geïntegreerde en effectieve ondersteuning door zorgverleners bij leefstijlverandering" (2011)

- publicatie van de Provinciale Raad Gezondheid Brabant 'Niemand over de schutting. Over wijkgericht werken samen met kwetsbare personen' (maart 2012)
- Tenminste 3 (nieuwe) gemeenten hebben ervaring met een dorpsgerichte/wijkgerichte gezondheidsaanpak
- Een denktank/ kenniscentrum binnen de GGD, waarin kennis is verzameld vanuit disciplines epidemiologie, beleid, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering, etc.
- Een inzicht in de meest kansrijke maatregelen in het kader van de speerpunten van het gezondheidsbeleid van de Friese gemeenten.
- Lerende netwerken van gemeenten bezig met de wijkgerichte gezondheidsaanpak (gefaciliteerd door de GGD)
- Een kennisatelier per jaar, over de dorps- wijkgerichte gezondheidsaanpak
- Agendasetting voor het gezonde dorp/ de gezonde wijk op bestuurlijk niveau, o.a. via Bestuurscommissie GGD

4. Sociale veiligheid

Het begrip veiligheid heeft een objectieve component (bv. het meten van criminaliteitscijfers in een wijk of buurt) en een subjectieve component (de veiligheidsbeleving van de buurtbewoners; dit is minder goed te vangen in feitelijke cijfers). Criminaliteitscijfers kunnen in een buurt sterk dalen zonder dat burgers zich veiliger voelen. Andersom kan dit ook het geval zijn. Sociale veiligheid is een begrip dat dit fenomeen handen en voeten geeft. Sociale veiligheid is te omschrijven als *“de bescherming of het zich beschermd voelen tegen gevaar dat veroorzaakt wordt door of dreigt van de kant van menselijk handelen (in de openbare ruimte)”*.

Sociale veiligheid is een belangrijke factor die invloed heeft op de gezondheid van een mens. Uit wetenschappelijke literatuur en gezondheidsonderzoeken van GGD Fryslân blijkt dat burgers die zich minder gezond voelen, meer sociale onveiligheid ervaren. Andersom gaat het ook op: mensen die aangeven zich gezond te voelen, geven aan dat ze een grotere sociale veiligheid ervaren.

Doelstelling

- Aandacht voor gezondheidseffecten van het lokale veiligheidsbeleid, specifiek voor kwetsbare groepen

Acties

GGD Fryslân werkt de komende vier jaar op bovengemeentelijke en gemeentelijke schaal aan de doelstellingen. Dat betekent het volgende:

- Als onderdeel van de Veiligheidsregio Fryslân adviseren en ondersteunen van gemeenten bij het vormgeven van hun veiligheidsplan, met name wat betreft de effecten op de gezondheid van de kwetsbare groepen.
- In kaart brengen van de prioritaire kwetsbare (risico)groepen waar het beleid op zal moeten worden gericht en de trends die zich daarbij gaan voordoen in de Friese gemeenten. Deze analysefase uitvoeren in samenwerking met de beleid coördinerende centrumgemeente Leeuwarden op het gebied van maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en openbare geestelijke gezondheidszorg en 1 andere kleinere gemeente. Voor deze combinatie kiezen omdat risicogroepen in grote en kleine gemeenten verschillen.
- Samen met deze gemeenten gegevens inventariseren die in het kader van sociale veiligheid bij kwetsbare groepen relevant zijn. Dit niet alleen om de omvang en ernst van de problemen in kaart te brengen, maar ook om het beleid te kunnen blijven monitoren en evalueren
- Bundeling van expertise binnen de GGD waardoor een integraal advies aan gemeenten mogelijk wordt.
- Bieden van de functie van kennis- en expertisecentrum op het gebied van sociale veiligheid
- Nadere verdieping in sociale veiligheid
- Agendasetting voor sociale veiligheid op bestuurlijk niveau, o.a. via Bestuurscommissie GGD.

Resultaten

GGD Fryslân:

- Startnotitie waarin de begrippen en aanpak zijn verhelderd. Bron is o.a. door Movisie ontwikkelde Toolkit voor gemeenten 'Werken aan sociale veiligheid', te vinden op: <http://www.movisie.nl/smartsite.dws?ch=def&id=138502>

- Een denktank/ kenniscentrum binnen de GGD, waarin kennis is verzameld vanuit disciplines epidemiologie, beleid, jeugdgezondheidszorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, infectiepreventie, gezondheidsbevordering, crisis.
- Inzicht in alle prioritaire risicogroepen per gemeente.
- Duidelijkheid over het door gemeenten gewenste ondersteuningsaanbod van de GGD
- Tenminste 3 gemeenten zijn samen met de GGD aan de slag met de ontwikkeling/uitvoering van het gemeentelijk beleid, inzake sociale veiligheidsaspecten
- Tenminste 3 gemeenten hebben sociale veiligheidsaspecten ingebed in hun integrale veiligheidsbeleid.
- Een kennisatelier over sociale veiligheid per jaar
- Agendasetting voor sociale veiligheid op bestuurlijk niveau, o.a. via Bestuurscommissie GGD.

Bijlage 2 Cijfers gezondheidssituatie ten behoeve van het gemeentelijk gezondheidsbeleid op de Friese Waddeneilanden

Tabel 1

In deze tabel vindt u cijfers die komen uit de monitor jeugdgezondheid. De informatie is verzameld tijdens gezondheidsonderzoeken bij schoolgaande kinderen en jongeren in de schooljaren 2008-2009, 2009-2010 en 2010-2011. De cijfers zijn voor Ameland en Terschelling op gemeentelijk niveau en voor Schiermonnikoog en Vlieland op Fries niveau weergegeven. Vanwege de kleine aantallen jeugdigen zijn de cijfers op gemeentelijk niveau voor Vlieland en Schiermonnikoog namelijk niet betrouwbaar.

Tabel 2

De tweede tabel heeft betrekking op de gezondheidssituatie van de Friese jeugd van 12 t/m 18 jaar en de jeugd van de Friese Waddeneilanden. De cijfers zijn gebaseerd op het Gezondheidsonderzoek Jeugd 2012, GO Jeugd 2012. Wanneer het cijfer van de Waddeneilanden significant afwijkt van het Fries gemiddelde, staat dit aangegeven in de rechter kolom. Bij een significante afwijking is er sprake van een daadwerkelijk verschil dat niet op toeval berust.

Tabel 3

De Friese cijfers voor volwassenen en ouderen die u in de derde tabel vindt, zijn gebaseerd op de Gezondheidsmonitoren die GGD Fryslân heeft afgenomen in 2010 en 2012. Voor 11 onderwerpen zijn cijfers uit 2012 in de tabel opgenomen. Hierbij staat (2012) achter het onderwerp. De overige cijfers zijn afkomstig uit de monitor van 2010.

Door de recente landelijke harmonisatie van de Gezondheidsmonitor van GGD 'en en de samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek(CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is een deel van de cijfers van de Friese Gezondheidsmonitor 2012 nu al bekend. Alle resultaten van de Gezondheidsmonitor 2012 worden uitgebracht in september 2013.

De resultaten per gemeente uit de Gezondheidsmonitoren en GO Jeugd zijn statistisch vergeleken met de provinciale resultaten. Rood gekleurde cijfers wijken in negatieve zin significant af van het Friese gemiddelde, groen gekleurde cijfers wijken in positieve zin significant af van het Friese gemiddelde. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de bevolking van Friesland zijn de gegevens uit de monitor gewogen².

² Er is gewogen naar geslacht, leeftijd, respons en omvang van de steekproef per gemeente. Wegen betekent het toekennen van een vermenigvuldigingsfactor aan alle afzonderlijke respondenten op basis van de daadwerkelijke leeftijdsverdelingen en geslachtsverdeling in de gemeente. Dit omdat mannen en vrouwen en verschillende leeftijdsgroepen verschillend kunnen responderen. In de enquête GO Jeugd is eveneens gewerkt met een correctie voor achtergrondkenmerken.

Tabel 1: Resultaten monitor jeugdgezondheid

Cijfers Zorg voor Jeugd			
	Terschelling	Ameland	Fryslân
Opgroeien en Opvoeden			
Percentage ouders met indicatie 'stevig ouderschap' (2009-2011)	1	14	9
Risicofactor: Laag opleidingsniveau Moeder	15	12	16
Risicofactor: Eenoudergezin	6	4	8
Risicofactor: Niet westers	--	3	7
Ontwikkelingsachterstand (Groep 2, basisonderwijs)			
Motoriek	15	10	9
Spraak/taal	13	4	9
Algemeen	9	2	5
Leefstijl			
Matig en ernstig overgewicht, Groep 2 basisonderwijs	12	12	10
Matig en ernstig overgewicht, Groep 7 basisonderwijs	17	9	15
Matig overgewicht klas 1 VMBO	11	6	15
Ernstig overgewicht klas 1 VMBO	3	6	3
Lid van sportclub, Groep 7 basisonderwijs	72	85	78
Lid van sportclub, Klas 1/2 Voortgezet onderwijs	65	72	68
Psychosociale problematiek (Oordeel JGZ)			
Groep 2 basisonderwijs			
Licht, opvoedingsadvies	21	16	26
Matig, opvoedingsondersteuning	18	3	7
Ernstig, gespecialiseerde hulpverlening	2	-	2
Groep 7 basisonderwijs			
Licht, opvoedingsadvies	28	12	20
Matig, opvoedingsondersteuning	14	10	10
Ernstig, gespecialiseerde hulpverlening	2	2	6
Klas 1 VMBO			
Licht, opvoedingsadvies	36		20
Matig, opvoedingsondersteuning	14		9

Tabel 2: Resultaten GO Jeugd 2012 – Waddeneilanden

Gezondheid	Percentage	Afwijking van Fries gemiddelde
Ervaren gezondheid (heel goed)	89	
Belemmering door ziekte/aandoening bij dagelijkse bezigheden (sterke mate)	13	
Indicatieve score psychosociale problematiek	23	
Slachtoffer pesten afg 3 maanden	18	
Dader pesten afg 3 maanden	21	
Slachtoffer cyberpesten ooit	41	

Zorg	Percentage	Afwijking van Fries gemiddelde
Contact huisarts afg 3 maanden	38	
Mantelzorg geven	3	

Leefstijl	Percentage	Afwijking van Fries gemiddelde
Ontbijten 5 of meer keer per week	89	
Dagelijks fruit	27	
Dagelijks groente	40	
Overgewicht	10	
Voldoet aan NNGB (7 dagen per week 1 uur bewegen)	10	
Voldoet aan de fitnorm	64	
Lid van een sportvereniging	72	
(semi) inactief (niet meer dan 4 dagen per week 1 uur bewegen)	3	Lager dan Fries gemiddelde
Tv kijken (7 dagen per week)	49	
Computeren/internet (7 dagen per week)	46	
Gebruik energydrink	59	
Roken	15	
Rookt dagelijks	6	
Ooit alcohol gedronken	60	
Alcohol gedronken in de afgelopen 4 weken	43	
5 of meer drankjes per gelegenheid gedronken in de afgelopen 4 weken	33	
Ooit aangeschoten geweest	43	
Aangeschoten geweest in de afgelopen 4 weken	23	
Ooit cannabis gebruikt	11	
Cannabis gebruikt in de afgelopen 4 weken	6	
Ooit harddrugs gebruikt	3	
Geslachtsgemeenschap	26	
Gebruikt altijd een condoom	67	
Ongewenste seksuele ervaring	7	

Sociale omgeving	Percentage	Afwijking van Fries gemiddelde
Thuisituatie (erg leuk)	82	
Moeite met rondkomen inkomen ouders	6	
Wordt wel eens bezuinigd	41	
Schoolsituatie (erg leuk/leuk)	47	Lager dan Fries gemiddelde
Thuis door ziekte afgelopen 4 weken	37	
Spijbelen afgelopen 4 weken	4	
Ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, minimaal 1	83	
Ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, meer dan 4 keer	14	
Geestelijke mishandeling	6	
Lichamelijke mishandeling	4	
Slachtoffer van criminaliteit in afgelopen 12 maanden	17	
Dader van criminaliteit in afgelopen 12 maanden	11	
Onveilig voelen overdag	4	
Onveilig voelen 's avonds'/'s nachts	10	

Tabel 3 : Resultaten Gezondheidsmonitoren volwassenen/ouderen 2010 en 2012

	19-64		65+	
	Waddeneilanden	Fryslân	Waddeneilanden	Fryslân
Algemene gezondheid				
Ervaren gezondheid goed/uitstekend (2012)	84	84	70	70
Lichamelijke gezondheid				
Overgewicht matig/ernstig (2012)	59	56	78	72
Moeite met 1 of meer OESO indicatoren (2012) ³	9	9	26	25
Minimaal 1 chronische aandoening (2012)	43	51	71	75
Minimaal voor 1 chronische aandoening onder behandeling van arts (2012)	36	36	76	76
Mobiliteit beperkt bij minimaal 1 activiteit	<1	4	19	23
ADL-beperkt bij minimaal 1 van de drie ADL-activiteiten	1	2	11	14
Leefstijl				
Voldoet aan de norm gezond bewegen (2012) ⁴	54	67	62	70
Voldoet aan de fitheidsnorm (2012) ⁵	19	20	40	44
Voldoet aan geen van beide normen (2012)	44	31	33	28
Voldoet niet aan de groentenorm	63	76	61	67
Voldoet niet aan de fruitnorm	55	67	48	37
Voldoet niet aan de ontbijtnorm	19	19	20	16
Niet sporters (0-11x p.j.)	37	35	55	60
Onregelmatige sporters (12-59x pj)	29	24	22	18
Regelmatige sporters (≥60x p.j.)	34	41	23	22
Drinkt alcohol (2012)	84	86	65	72
Zware drinkers	21	19	3	5
Roken (2012)	22	27	9	11
Huiselijk geweld				
Ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld	10	8		
Zorg				
Mantelzorg geven (2012) ⁶	17	12	11	13
Mantelzorg ontvangen			11	10
Geestelijke gezondheid				
Depressie ooit	24	25	22	18
Angstig/bezorgd ooit	26	24	20	22
Eenzaam matig tot zeer ernstig	43	37	52	43

³ Gehoor-, zicht- en mobiliteitsbeperkingen

⁴ Tenminste vijf dagen per week 30 minuten matig intensieve lichaamsbeweging

⁵ Drie maal per week tenminste 20 minuten zwaar intensieve lichaamsbeweging

⁶ Minimaal drie maanden of minimaal 8 uur per week

Bijlage 3 Notitie Alcohol- en drugsbeleid VAST Opgesteld in kader van samenwerking VAST / Zomer 2013

Voorwoord

In 2010 is door studenten van de Hanzehogeschool onderzoek gedaan naar het drinkgedrag van de bevolking van de Friese Waddeneilanden. Uit de rapportage onder de sleutelpersonen kwamen een aantal culturele aspecten naar voren:

- Drinken is maatschappelijk geaccepteerd en getolereerd;
- Er is weinig verschil tussen leeftijdsgroepen als het gaat om het drinkgedrag (wel in patroon);
- Van huis uit krijgen veel kinderen al mee dat (aanzienlijk) alcoholgebruik 'normaal' is;
- Na borrelen, een sluitborrel nemen is een gewoonte.

In de informatie die de sleutelpersonen aan de onderzoekers meegaven zit iets tegenstrijdigs: veel drinken (niet voldoen aan de norm van het RIVM inzake verantwoord alcoholgebruik) wordt niet als een probleem ervaren, of de norm wordt als te streng gezien. Aan de andere kant vinden de sleutelfiguren dat er toch wel iets moet gebeuren.

De resultaten van het onderzoek door de studenten is voor de VAST-gemeenten (gemeenten vier Friese Waddeneilanden) mede aanleiding geweest om het gevoerde alcoholbeleid en dan met name dat het alcoholbeleid rond de (eilander) jeugd nog eens onder de loep te nemen. Deze notitie 'alcohol Friese Waddeneilanden' is tot stand gekomen in overleg en in samenwerking met GGD Fryslân, Verslavingszorg Noord Nederland en de ambtenaren volksgezondheid VAST.

Deze notitie is primair gericht op de eilander bevolking. Verbeterpunten om overlast als gevolg van het gebruik van alcohol en drugs door toeristen te beperken is in deze notitie niet meegenomen. Aan dat beleidsonderdeel wordt separaat gewerkt. Intentie is in dat kader integraal beleid te ontwikkelen.

Inleiding

De schadelijke invloed van drank en drugs op jongeren wordt steeds meer in beeld gebracht. Het is duidelijk dat het gebruik van alcohol en drugs onder jongeren een gezondheidsrisico vormt. Het aantal jongeren dat alcohol gebruikt is overigens vele malen groter dan het aantal dat drugs gebruikt. Daarnaast is het een gegeven dat de maatschappelijke acceptatie van drugsgebruik laag is, terwijl de maatschappelijke acceptatie van het drinken van alcohol hoog is.

Het is de vraag in hoeverre gemeenten invloed kunnen uitoefenen op het alcohol- en drugsgebruik van jongeren. De ruimte voor lokaal beleid is beperkt door landelijke wet- en regelgeving. Effectieve maatregelen zoals het optrekken van de leeftijdsgrens voor het mogen kopen van alcohol, beperking van alcoholreclame, prijsverhogingen en verkrijgbaarheid van drank zijn zaken die op landelijk niveau geregeld moeten worden. Daarbij lijkt het gezondheidsbelang het vaak af te leggen tegen het economisch belang.

De preventie van alcohol en drugs is een zaak van lange adem. Om het gebruik onder jongeren terug te dringen is een verandering van attitude nodig: van zowel ouders als jongeren. Dat kost tijd. Vooral het gebruik van alcohol is moeilijk te veranderen als gevolg van de maatschappelijke tolerantie. Ouders kunnen het alcohol en drugsgebruik van hun kinderen beïnvloeden. Ze kunnen dit doen door het stellen van grenzen, het maken van afspraken met hun kinderen en door hun eigen voorbeeldgedrag. Ook de gemeente speelt als meest nabije overheid een belangrijke rol. De gemeente dient te zorgen voor een veilige leef- en opgroeiomgeving. Ook kan de gemeente ouders ondersteunen bij de opvoeding. De gemeente kan werken aan (verdere) bewustwording en toewerken naar wijziging van het beeld dat jongeren van alcohol hebben en de 'waardering' daarvan. Het is een eerste stap in een lang proces.

Schets situatie

Uit de Gezondheidsenquête van 2010 komt naar voren dat 83% van de Friezen alcohol drinkt. Kijken we naar het 'zwaar drinken'⁷ dan blijkt het volgende:

Onder volwassenen en ouderen blijkt het percentage zware drinkers bij volwassenen op de Waddeneilanden 21,2% te zijn, terwijl dit in Fryslân op 19% ligt (dit verschil is niet significant). Bij ouderen lijkt er geen sprake te zijn van noemenswaardige verschillen tussen de Waddeneilanden en Fryslân; de aantallen op de Waddeneilanden zijn zo klein dat hier geen betekenis aan kan worden gegeven.

Uit landelijke cijfers en uit de Gezondheidsenquête 2010 blijkt dat sinds 2005 het percentage zware drinkers onder ouderen toeneemt (zie tabel 1). Daarbij valt landelijk op dat deze groep relatief steeds vaker een beroep doet op hulpverlening.

Tabel 1

Zware drinkers	Totaal 2005	Totaal 2010
55-64 jaar	7.2% (mannen 8,7%; vrouwen 5,6%)	15.5% (M 19,4%; V 10,5%)
65-74 jaar	2.4% (mannen 2,1%; vrouwen 2,8%)	5.9% (M 6,2%; V 5,5%)
75 plus	0.6% (mannen 0,2%; vrouwen 0,9%)	2.5% (M 3,0%; V 2,3%)

In 2010 is er een onderzoek geweest onder sleutelfunctionarissen op de eilanden hetgeen een kwalitatief beeld over het alcoholgebruik aldaar oplevert. Uit dat onderzoek komt naar voren dat de cultuur op de eilanden invloed heeft op het drinkgedrag van de bewoners:

- Drinken is maatschappelijk geaccepteerd en getolereerd.
- Weinig verschil tussen leeftijdsgroepen als het gaat om het drinkgedrag (wel in patroon).
- Van huis uit krijgen veel kinderen al mee dat (aanzienlijk) alcoholgebruik 'normaal' is.
- Als je niet drinkt heb je meer uit te leggen dan als je wel drinkt.
- Na borrelen, een sluitborrel nemen is een gewoonte.

Een en ander zou volgens de sleutelfunctionarissen te maken kunnen hebben met de volgende aspecten: geïsoleerdheid, toerisme, horeca-aanbod, verkrijgbaarheid, café als ontmoetingsplaats (het sociale leven in de kroeg), groepsverbanden (actief verenigingsleven), groepsgevoel en financiële mogelijkheden.

GO Jeugd 2008

Onderzoek onder jongeren van 12 -18 jaar:

Wel eens gedronken	: 64% (Fryslân 63%)
Actueel gebruik (4 wk)	: 50% (Fryslân 51%)
5 drankjes of meer (4 wk)	: 40% (Fryslân 38%)
Ooit aangeschoten	: 39% (Fryslân 41%)
Aangeschoten (4 wk)	: 25% (Fryslân 24%)

In geen opzicht wijken de cijfers van de jeugd op de Waddeneilanden significant af van de provinciale cijfers. Wellicht dat men hieruit enig optimisme kan 'halen' voor wat betreft de ontwikkelingen binnen de groep volwassenen en ouderen. Maar voor definitieve conclusies is het nu nog te vroeg.

⁷ Onder zwaar alcoholgebruik wordt het drinken van minimaal één keer per week tenminste vier glazen (vrouwen) of tenminste zes glazen (mannen) verstaan

Conclusies

Op grond van voorgaande is het gerechtvaardigd om meer inspanningen te richten op de bevolking van de Waddeneilanden. Deze inspanningen zullen erop gericht moeten zijn de opvattingen van de bevolking te beïnvloeden in die zin dat de tolerantie t.o.v. het drinken van alcohol opschuift in de richting van verantwoord alcoholgebruik (richtlijnen Trimbos-instituut). Een integrale aanpak zoals die in de Handreiking Gezonde Gemeente van het RIVM wordt aanbevolen lijkt kans op succes te hebben. Hierbij moet als eerste gekeken worden naar de activiteiten die nu al worden uitgevoerd en de maatregelen die zijn genomen.

Integrale aanpak:

1. Inrichting van de fysieke omgeving
2. Regelgeving en handhaving
3. Voorlichting en educatie
4. Signalering en advies
5. Ondersteuning

Huidige activiteiten/interventies op de Friese Waddeneilanden

De vier Friese Waddeneilanden hebben de afgelopen jaren beleidsmatig reeds aandacht besteed aan het onderwerp 'jeugd en alcohol'. Onderstaand de verschillende interventies per eiland.

Vlieland

- Voorlichting door politie over vandalisme, alcohol en drugs aan groep 7 en 8 primair onderwijs;
- Het project de Gezonde School en Genotmiddelen komt aan de orde in het lesaanbod van de vakken levensbeschouwing, natuur en techniek van het primair onderwijs;
- Informatie- adviesgesprekken door GGD aan ouders en kinderen van groep 7 van het primair onderwijs;
- Het project de Gezonde School en Genotmiddelen is geïntegreerd in lesaanbod van het leergebied mens en natuur van het voortgezet onderwijs;
- Deelname aan de voorlichtingsactie 'Nuchtere Fries' (ouders en jongeren in leeftijd 12 tot 16 jaar): zoals bijvoorbeeld het verzenden van de burgemeestersbrief in de maand december;
- Incidenteel voorlichting alcohol/drugs door Verslavingszorg Noord Nederland in het voortgezet onderwijs;
- De gemeente heeft het Fries Convenant Alcohol en Jeugd ondertekend;
- Het zogenaamde "piekuur" in de verschillende horeca gelegenheden is afgeschaft;
- Basisonderwijs: 5 minuten gesprek ouders/leerlingen groep 7.

Ameland

- Informatie- adviesgesprekken ouders in groep 7 basisschool;
- Informatie- en adviesgesprekken ouders en leerlingen klas 1 en 2 voortgezet onderwijs> alcoholgebruik jongeren en leeftijdsgebonden psychosociale problemen;
- Het project de Gezonde School en Genotmiddelen --> project is geïntegreerd in lesaanbod van het leergebied mens en natuur van het voortgezet onderwijs;
- Spreekuur VNN (1x per 2 weken) bij beide huisartsen (signalering, informatie, advies en zo mogelijk hulp);
- Gemeente heeft Fries Convenant ondertekend;
- Vragenlijst alcoholgebruik en psychosociale problemen klas 3 voortgezet onderwijs (VMBO).

Schiermonnikoog

- Barcode. Hieraan wordt al invulling gegeven via de cursussen, op basis waarvan de Verklaring Sociale Hygiëne wordt verkregen;
- IVA . Hieraan wordt al invulling gegeven;

- Gebruik KIVPA vragenlijst. Vroegsignalering gebeurt nu al optimaal via ZAT-team;
- Het programma De Gezonde School en Genotmiddelen heeft een structureel karakter gekregen.

Terschelling

- Informatie- adviesgesprekken door GGD aan ouders en kinderen groep 7 basisschool;
- Voorlichting door politie jeugdzaken over vandalisme, alcohol en drugs aan groep 7 en 8 po;
- Informatie- en adviesgesprekken GGD aan leerlingen klas 1 en 2 voortgezet onderwijs (VMBO);
- Uitvoering project De Gezonde School en Genotmiddelen voortgezet onderwijs (VMBO);
- Vragenlijst alcoholgebruik en psychosociale problemen klas 3 voortgezet onderwijs (VMBO);
- De gemeente heeft Fries Convenant alcohol en jeugd ondertekend;
- Voorlichtingsactie 'Nuchtere Fries', ouders en jongeren in leeftijd 12 tot 16 jaar;
- Gevoerde gemeentelijke alcoholbeleid maakt vast onderdeel van de werkgroep jeugdbeleid Sluitende aanpak;
- Vast sluitingsuur kroegen en cafés om 02.00 uur.

De conclusie is dat de Friese Waddeneilanden al veel activiteiten uit (laten) voeren. Veel van deze activiteiten liggen in de sfeer van de voorlichting en educatie. Belangrijk, maar niet voldoende als je kijkt naar de adviezen die staan in de handreiking Gezonde Gemeente. Winst is er mogelijk te halen door bijvoorbeeld activiteiten te ontplooiën in de sfeer van regelgeving en handhaving en ondersteuning en ook in de sfeer van het publieke draagvlak.

Elke gemeente zou kunnen nagaan welke van de onderstaande interventies (nog) niet worden uitgevoerd en zou kunnen bepalen of en wanneer deze interventie(s) zullen worden ingevoerd.

Doelstellingen

Met een integrale aanpak op het gebied van alcoholgebruik wordt beoogd het percentage mensen op de Friese Waddeneilanden dat verantwoord alcohol gebruikt met 10% te laten stijgen (uitgangssituatie gezondheidsenquête 2010). Dat zou bereikt kunnen worden door:

- Maatschappelijke normen te beïnvloeden met behulp van sociale marketing, oftewel het continu agenderen van het onderwerp 'risico's van alcoholgebruik' in alle relevante gemeentelijke sectoren, organisaties en media of onder de aandacht brengen van de voordelen en het belang van verantwoord alcoholgebruik.
- Normen in de omgeving beïnvloeden door verspreiding van basisinformatie over de risico's van alcoholgebruik.
- De beschikbaarheid van alcohol verlagen door het aantal verkooppunten en hun openingstijden te beperken, met name op scholen en tijdens evenementen.
- Controle uitoefenen door leeftijdsgrenzen voor alcoholverkoop na te leven en de regels voor doorschenken en openbare dronkenschap te handhaven.

Dit wordt uitgewerkt in concrete activiteiten/interventies (zie interventies).

Mogelijke interventies

Welke interventies kunnen aanvullend worden uitgevoerd:

1. Chatservice (zie proef Trimbos).
2. Webzorg.
3. Vroegsignalering en interventies gericht op risicodrinkers.
4. Vroegsignalering alcoholproblematiek adolescenten.
5. Publicaties in huis-aan-huisbladen.
6. Aanscherping APV en vergunningen
7. Uitvoeren Barcode (indien van toepassing).
8. Publiek-private samenwerking

Bovenstaande interventies zullen per gemeente moeten worden uitgewerkt Hieronder enige informatie over de voorgestelde interventies.

1. Chatservice

Sinds 1 november 2010 is de pilot chatservice alcohol en drugs actief. Nu al kan gesproken worden van een succes. Sinds februari 2012 doen alle reguliere instellingen voor verslavingszorg mee. De pilot krijgt dan ook een vervolg. Elke werkdag tussen 15.00 - 18.00 uur beantwoordt een medewerker van de preventie-afdelingen van een instellingen voor verslavingszorg of het Trimbos-instituut alle mogelijke vragen over alcohol en drugs via de chatservice. De pilot chatservice is een initiatief van het Trimbos-instituut in samenwerking met instellingen van verslavingszorg. De chatservice is bereikbaar via het aanklikken van een banner op de website www.drugsinfo.nl of de website van een instelling voor verslavingszorg. In verband met de bekendmaking van deze chatservice bij de bevolking van de Waddeneilanden zal op elk eiland publiciteit moeten worden gegeven aan het bestaan ervan. Dit kan plaatsvinden door middel van een redactioneel artikel, dat verzorgd kan worden door VNN.

Kosten: geen

2. Webzorg

Webzorg biedt internetbehandeling voor mensen met psychische problemen, een drankprobleem of problemen met hasj of wiet. In Nederland is Webzorg de enige instelling voor [E-mental Health](#) die de mogelijkheid biedt voor internet therapie voor [gecombineerde problematiek](#). Binnen één behandeling kun je zowel je psychische als alcohol- of cannabisproblematiek aanpakken. Webzorg is een initiatief van [Verslavingszorg Noord Nederland](#) en richt zich op mensen met lichte tot matige problematiek die bewust voor therapie via internet kiezen. De behandeling bij Webzorg vindt plaats binnen een beveiligde internetomgeving. Vanaf de [aanmelding](#) krijg je een behandelaar toegewezen, die je tijdens de gehele behandeling begeleidt. Tijdens de behandeling via internet is er een aantal keren telefonisch contact met je behandelaar. Als je meerdere klachten hebt, bijvoorbeeld zowel van een depressie als problemen met alcohol, dan kunnen beide problemen behandeld worden. Het voordeel van internetbehandeling is dat je in je eigen omgeving en wanneer het jou uitkomt, aan je problematiek werkt.

Contactgegevens:

Webzorg

Postbus 8003, 9702 KA Groningen

Telefoon 050 522 59 22

E-mail: info@webzorg.nl

Ingeval Webzorg niet anoniem wordt uitgevoerd, dan zijn de kosten voor rekening van De Friesland Zorgverzekeraar (als men daar tenminste verzekerd is). Iemand die anoniem wil worden behandeld betaalt € 975,- voor de behandeling. Om Webzorg bekend te maken bij de eilandbevolking is het belangrijk om via een redactioneel artikel informatie te geven. Dit kan door VNN worden aangeleverd.

Kosten: geen

3. Healthcare interventies

Dit zijn bijvoorbeeld vroegsignalering en korte interventies gericht op risicodrinkers. Daarnaast is het belangrijk dat eerstelijnsfunctionarissen, zoals huisartsen en praktijkondersteuners geschoold zijn of worden in het vroegtijdig signaleren van alcoholproblemen. In het verlengde hiervan kunnen eerder genoemde zorgverleners, maar ook anderen gebruik maken van de consultatiefunctie van VNN. Een zorgverlener die, om tot een goede diagnose te komen, dan wel tot een adequate vorm van begeleiding of hulpverlening voor een patiënt, kan voor het raadplegen van een deskundige terecht bij een (vaste) medewerker van VNN.

Training eerstelijnsfunctionarissen eilanden:

Training alcohol, drugs, verslaving en verslaafd gedrag

Uitgaande van een training van 2 dagdelen.
Ochtendprogramma: basiskennis alcohol en drugs en signaleren.
Middagprogramma: gesprekstechnieken.
Groepsgrootte minimaal 10/ maximaal 25 deelnemers.

Kosten:

Training voorbereiding, uitvoering en certificaat voor de deelnemers inclusief materiaal en BTW	€ 1540,-
extra reis en verblijfskosten	€ 100,-
Totaal	€ 1640,-

4. Vroegsignalering alcoholproblematiek adolescenten

Het vroegtijdig signaleren en bespreken van problematisch alcoholgebruik van en met leerlingen VMBO klas 3. In 2009 is door een werkgroep van JGZ en Gezondheidsbevordering een instrument ontwikkeld dat in samenhang met reguliere vragenlijsten kan worden gehanteerd voor opsporing van beginnende alcoholproblematiek bij adolescenten. Dit houdt in dat indien een leerling niet zou worden opgeroepen naar aanleiding van de reguliere vragenlijst, er met toepassing van specifieke criteria aanvullend kan worden beoordeeld op gebied van alcoholproblematiek. Is dat het geval, dan wordt deze leerling alsnog opgeroepen voor een gesprek. Met leerlingen die 'opvallen' door hun alcoholgebruik zal een gesprek worden gevoerd. Dit gesprek is qua structuur en inhoud voorbereid in samenwerking met Verslavingszorg Noord Nederland en wordt gehouden in de sfeer van de motiverende gespreksvoering.

Kosten: 30 minuten tijd voor een JGZ-verpleegkundige. De verwachting is dat GGD Fryslân het besluit neemt tot opname ervan in het aanvullend pakket.

Kosten: op grond van de nu bekende cijfers zal dit ca € 32, -- per gesprek bedragen.

5. Publicaties in huis-aan-huisbladen

Periodiek kunnen artikelen worden geplaatst vanuit de gemeente over alcoholgebruik en alcoholmatiging, ter ondersteuning van het gemeentelijk beleid. Dit is uit te voeren met medewerking / onder redactie van VNN en HVD.

Bovenstaande dient ter vergroting van de publieke bewustwording; meer informatie en voorlichting verstrekken om meer draagvlak te creëren voor evidence based interventies. Deze maatregelen leiden niet zozeer tot gedragsverandering als wel tot een grotere bewustwording.

Kosten: geen

6. Regelgeving, aanscherping APV en vergunningen

De kracht van goede regelgeving zit niet zozeer in het stellen van regels als wel in de naleving en de handhaving ervan. Hier valt nog winst te behalen. Een regel als artikel 20 van de Drank en Horecawet (DHW), op grond waarvan het verboden is om zwakalcoholhoudende dranken te verkopen aan jongeren onder de 16 jaar, houdt alleen stand als daadwerkelijk gecontroleerd wordt of de jongere 16 jaar of ouder is. De verkoop van alcohol aan jongeren onder de leeftijdsgrens kan al fors afnemen door een kleine intensivering van de handhaving. Het effect wordt nog groter als deze intensivering gepaard gaat met extra communicatie over deze handhaving. Dat zorgt er namelijk voor dat de subjectieve pakkans toeneemt (de individuele inschatting van de kans dat iemand na overtreding van een regel bij een controle wordt gepakt). De subjectieve pakkans is medebepalend voor het uiteindelijke nalevinggedrag. Op grond van de nieuwe Drank- en Horecawet heeft de burgemeester (de gemeente) een grotere rol (decentralisatie van bevoegdheden). Hierin zitten ook veel mogelijkheden om het alcoholgebruik onder jongeren terug te dringen. Het Platform jeugd en alcohol heeft een werkgroep ingesteld die de mogelijkheden voor de gemeenten heeft samengesteld. Het Platform zal op haart beurt gemeenten ongevraagd adviseren.

Kosten: geen

7. Barcode

Barcode - omgaan met alcohol en drugs in de horeca - is een cursus bedoeld voor horecamedewerkers. De inhoud van de cursus sluit aan op de inhoud van Sociale Hygiëne. Horecamedewerkers leren wat zij kunnen doen om problemen met alcohol en drugs te voorkomen. Barcode is voor alle horecamedewerkers: barman, toiletmedewerker of portier. Ook de betrokkenheid van de horecaondernemer of manager is belangrijk bij de cursus Barcode: hij is verantwoordelijk voor het alcohol- en drugsbeleid binnen de horecaonderneming. Van belang is dat hij het personeel ondersteunt bij het in praktijk brengen van wat het personeel tijdens Barcode geleerd heeft. Met de cursus Barcode worden horecamedewerkers aangesproken op hun rol als professional in de horeca. Ze krijgen algemene informatie over drugs en alcohol en wetgeving, maar ook praktische handvatten om te handelen bij drugsgebruik, dealen, overmatig alcoholgebruik en alcoholgebruik door minderjarigen. Het horecapersoneel speelt dus een belangrijke rol bij voorkomen van problemen door alcohol- en drugsgebruik.

Kosten: de cursus Barcode wordt uitgevoerd door VNN. De kosten zijn € 1000, -- per Barcode (per groep van 10 personen) + reis- en verblijfkosten (ca. € 150,-).

8. Publiek-private samenwerking

Gemeenten zouden kunnen onderzoeken in hoeverre een samenwerking tussen de publieke en private sector mogelijk is. Onderwerp van gesprek is het alcoholgebruik, maar het is denkbaar dat ook het onderwerp 'drugs', al dan niet in combinatie van alcohol op de agenda komt te staan. Per gemeente zou kunnen worden uitgewerkt welke actoren hierin een rol kunnen vervullen. Mogelijke deelnemers zijn: Gemeente, Horeca (evt. KHN), Politie, VNN, GGD.

Kosten; PM (moet aangegeven worden door de participerende organisaties).

Evaluatie

Er zal een vorm van evaluatie moeten plaatsvinden teneinde te kunnen vaststellen of de interventies effect hebben gehad en op welke wijze. Deze evaluatie (vorm en inhoud en met of bij wie) zal al in de voorbereidingsfase moeten worden vastgesteld.

Planning

Vorbereiding	Zomer en najaar 2013
Uitvoering	Periode 2013 en 2014
Evaluatie	Voorjaar 2015
Rapportage	Najaar 2015

Gebruikte literatuur:

- Een onderzoek naar het drinkgedrag van de bevolking van de Friese Waddeneilanden (Geeske Kooistra en Anneke Stok) 2010
- Lekker Friz, integraal alcohol en drugsbeleid voor jongeren in de gemeenten Leudal, Nederweert en Weert 2011-2014

Bijlage 4 Evaluatie Gezondheidsbeleid per 2012

VLIELAND

In de huidige notitie zijn de uitgangspunten van het huidige gemeentelijk gezondheidsbeleid geformuleerd:

- A. Optimale kansen op gezondheid voor iedereen
- B. Verkleinen van gezondheidsverschillen
- C. Toegankelijkheid van voorzieningen

In de aanpak van de hoofddoelstellingen worden de categorieën jeugd, hun ouders c.q. de volwassenen en de ouderen onderscheiden. Voor de afgelopen vier jaar is een keuze gemaakt uit een beperkt aantal beleidsmaatregelen :

- 1. alcoholgebruik, onder jongeren, ouders en ouderen
- 2. overgewicht, te weinig bewegen, eetgedrag
- 3. communicatie en eenzaamheid onder ouders-opvoeders en ouderen
- 4. organisatie van netwerken
- 5. overige onderwerpen: o.a. binnenklimaat scholen

Ambitie / Speerpunt / Doel	Actie	Resultaat per 2012
Alcoholgebruik, onder jongeren, ouders en ouderen.	De gemeente Vlieland neemt deel aan het Convenant Jeugd en Alcohol. In het gemeentelijk horeca convenant zijn met de Vlieland horeca nadere afspraken gemaakt.	Op de scholen wordt extra voorlichting gegeven. Aan de campagnes van De Nuchtere Fries wordt deelgenomen. Bijvoorbeeld: De happy hours afgeschaft. De 4 eilanden VAST hebben de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het beleidsterrein alcohol en drugs en dan met name ten aanzien van de eilander jeugd. Het accent van de activiteiten heeft vooral in de sfeer gelegen van voorlichting en educatie. In VAST-verband is een notitie opgesteld waarin interventies zijn opgenomen voor de jaren 2013 en 2014.
Overgewicht c.q. eetstoornis, te weinig bewegen,	Op Vlieland zijn voldoende mogelijkheden voor sporten en bewegen.	Het onderwijs kijkt kritisch naar het aanbod van frisdranken en versnaperingen op scholen en bevordert actief het eten van fruit.

eetgedrag.	De voorlichting over voeding (in brede zin) wordt georganiseerd en ondersteund.	
Communicatie en eenzaamheid onder ouders-opvoeders en ouderen.	Met het opheffen van de Vlielandse afdeling van de ANBO is een nieuwe seniorenvereniging (VESV) opgericht.	Door de VESV en het verzorgingstehuis De Uiterton worden activiteiten georganiseerd om ouderen te activeren. Het digitale CJG wordt steeds meer benut worden om zowel de jongvolwassenen als de ouders/verzorgers te bereiken en op weg te helpen bij diverse vraagstukken. Zie ook bij Organisatie van netwerken.
Organisatie van netwerken.	Gecombineerd met het Centrum voor Jeugd en Gezin dient steeds meer een doelgerichte zorgstructuur te ontstaan. De gemeente verzorgt de coördinatie van ZAT en Sociaal Team. In samenwerking met de 8 gemeenten in Noordwest Friesland wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een sociale kaart. Een belangrijk instrument in de afstemming en coördinatie van zorg is bovendien de Verwijsindex Risicjongeren (VIR). De Verwijsindex maakt deel uit van het CJG. Voor Friesland is er de Verwijsindex Fryslân, die gekoppeld is aan de landelijke Verwijsindex. De Verwijsindex is alleen toegankelijk voor professionals die met jongeren werken. Als deze professionals zich zorgen maken over een jongere, geven zij een signaal af in de Verwijsindex.	Met de komst van het digitale Centrum voor Jeugd en Gezin is de jeugdgezondheidszorg nog meer afgestemd op opvoedingsaspecten. www.cjgvlieland.nl Deze website is in 2012 gelanceerd en wordt continu verbeterd. De bezoekersaantallen stijgen. De telefoonlijn CJG functioneert. Het Zorg Advies Team (ZAT- voor sociaal-psychische problemen van 0-19 jarigen) en het Sociaal Team (voor sociaal psychische problemen voor 19+) functioneren goed en komen met regelmaat bijeen. De Vlielandse deelnemers van het ZAT nemen vanaf 2012 volledig deel aan de landelijke Verwijsindex.

	Er wordt gestreefd naar het realiseren en in stand houden van voorzieningen die het welzijn en welbevinden van de inwoners van Vlieland bevorderen. Inzet daarbij is het activeren van burgers om in de maatschappij actief te participeren. Het vertrekpunt is de eigen kracht van de burger. Dit vraagt om ondernemend burgerschap. Welke faciliteiten kunnen we als gemeente bieden om een en ander goed te laten functioneren voor onze bevolking? Het doel is om een optimale en efficiënte samenwerking binnen de welzijnssector en de sociale zekerheid te bereiken.	Vlieland beschikt over verschillende stichtingen en verenigingen. Veel inwoners zijn actief als vrijwilliger. Een gestructureerd netwerk van vrijwilligers is in ontwikkeling en heeft een nieuwe aanpak gekregen. Daartoe is bijvoorbeeld de TV-bank in het leven geroepen. De activiteiten zijn toegenomen.
Rots en Water (weerbaarheid)	Leerkrachten trainingen aanbieden.	Diverse leerkrachten hebben met succes het programma doorlopen. De leerlingen en ouders op basis hiervan begeleid.
Binnenklimaat	Maatregelen treffen.	Het binnenklimaat op de scholen is aangepakt en gebracht tot een aanvaardbaar niveau (binnen de reële mogelijkheden van de huidige locaties).

Bijlage 5 Derde Friese nota 'Ruimte voor gezondheid' 2013-2016

Ruimte voor gezondheid

Derde Friese nota gemeentelijk gezondheidsbeleid/deelplan GGD 2013 – 2016



november 2012

Voorwoord

Met enige trots presenteer ik hierbij de Friese nota 'Ruimte voor gezondheid', het deel-meerjarenbeleidplan van GGD Fryslân, dat tevens onderdeel is van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid.

Trots omdat dit plan tot stand is gekomen in nauwe samenwerking van GGD en de Friese gemeenten. Gezamenlijk staan we immers voor de publieke gezondheid in Friesland. Het is gelukt om samen tot een aantal speerpunten voor de komende jaren te komen. We willen inzetten op een integrale aanpak, omdat gebleken is dat integraal gezondheidsbeleid effectief beleid is. We willen inzetten op het stimuleren van een gezonde leefstijl bij de Friese burgers en daarbij vooral inzetten op de eigen verantwoordelijkheid en kracht van mensen. Een gezonde leefstijl draagt in belangrijke mate bij aan gezondheidswinst. En we willen dichtbij mensen werken, dus 'samen voor gezondheid in wijk en dorp'. Daarbij hebben we extra aandacht voor jeugd. Een gezonde jeugd heeft immers de toekomst. Als het ons lukt om in de komende jaren op deze thema's gezamenlijk op te trekken, dan moet het ook lukken om een belangrijke stap te zetten in het behalen van gezondheidswinst. En dat is van belang, want de meeste mensen vinden hun gezondheid het allerbelangrijkste.

De nota 'Ruimte voor gezondheid' komt voort uit het meerjarenbeleidplan van de Veiligheidsregio Fryslân, dat in maart 2012 is vastgesteld door het bestuur van de Veiligheidsregio. In dit meerjarenbeleidplan zijn de missie, visie, ambities en strategische beleidsdoelstellingen voor de komende beleidsperiode benoemd. Op basis hiervan heeft de bestuurscommissie GGD een aantal nadere uitgangspunten specifiek voor de GGD meegegeven, namelijk extra aandacht voor jeugd, continuering van de landelijke speerpunten en een integrale aanpak.

Daarnaast hebben de gemeenten de GGD gevraagd om een derde Friese nota gemeentelijk gezondheidsbeleid voor te bereiden. Gemeenten moeten iedere vier jaar een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid opstellen, binnen twee jaar na het verschijnen van de landelijke nota van VWS. Dit betekent concreet dat gemeenten hun lokale nota in mei 2013 moeten vaststellen. Een deel van het gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt uitgevoerd door de GGD, en daarmee is het deelplan GGD onderdeel van de gemeentelijke nota's. Na vaststelling van het deelplan GGD kunnen gemeenten hier hun eigen gemeentelijke paragraaf aan toevoegen.

GGD en gemeenten hebben daarom ook samen opgetrokken bij de totstandkoming van dit deelplan. Met name de adviesgroep gemeentelijk gezondheidsbeleid heeft hier een belangrijke rol in gespeeld. Deze adviesgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de regionale ambtelijke overleggen gezondheid in Friesland, en is het platform waar het gemeentelijke gezondheidsbeleid en het GGD-beleid, als collectief gemeentelijk gezondheidsbeleid, bij elkaar komen. Het is goed te constateren dat op deze wijze constructief wordt samengewerkt.

Er zijn twee bijeenkomsten belegd om het eerste concept van deze Friese nota te bespreken. Tijdens de eerste bijeenkomst hebben vertegenwoordigers (bestuurlijk en ambtelijk) van de Friese gemeenten gezamenlijk over de hoofdlijnen van de nota van gedachten gewisseld. De nota is op basis van deze bijeenkomst op een aantal punten aangepast. Voor de tweede bijeenkomst zijn de belangrijkste ketenpartners van de GGD uitgenodigd om hun reacties te vernemen en om samenwerkingsmogelijkheden te bespreken. Een plan is mooi, en papier is geduldig. De praktijk zal echter moeten uitwijzen of wij in staat zijn gebleken om de plannen om te zetten in acties. Ik heb daar alle vertrouwen in.

Wim Kleinhuis,
directeur Veiligheidsregio Fryslân



Inhoud

Voorwoord

1. Inleiding
 2. Het belang van publieke gezondheid voor gemeenten
 3. Kaders
 - 3.1 Wet Publieke Gezondheid
 - 3.2 WPG in relatie tot andere wettelijke taken van gemeenten
 - 3.3 Gezondheidssituatie in Fryslân
 - 3.4 Meerjarenbeleidsplan Veiligheidsregio Fryslân
 - 3.5. Keuzes bestuurscommissie GGD
 4. Hoofdlijnen voor de komende vier jaar
 5. Activiteiten van GGD Fryslân in 2013-2016
 - 5.1. Wettelijke taken van de GGD
 - 5.1.1. Advies
 - 5.1.2. Zorg
 - 5.1.3. Crisis
 - 5.1.4. Gezondheidsbevordering
 - 5.2. Wettelijke taken van gemeenten, neergelegd bij de GGD
 - 5.2.1. Jeugdgezondheidszorg
 - 5.2.2. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
 - 5.2.3. Lijkschouw
 - 5.3. Wettelijke taken van gemeenten
 - 5.3.1. Prenatale voorlichting
 - 5.3.2. Ouderengezondheidszorg
 - 5.4. Overige taken GGD
 - 5.4.1. Arrestantenzorg
 - 5.4.2. Reizigersvaccinatie
- Bijlage 1 Eisen aan de gemeentelijke nota volgens de Wet Publieke Gezondheid
- Bijlage 2 Kernpunten Nota 'Gezondheid dichtbij' van VWS, mei 2011
- Bijlage 3 Gezondheidssituatie in Fryslân

1. Inleiding

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de publieke gezondheid van hun inwoners. GGD Fryslân voert voor gemeenten wettelijke taken op dit gebied uit.

Publieke gezondheid richt zich op gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Gezondheidsbescherming gaat over maatregelen die, zonder rechtstreekse betrokkenheid van de burgers, systematisch en routinematig worden genomen.

Ziektepreventie betreft maatregelen die specifiek gericht zijn op het voorkomen van bepaalde gezondheidsproblemen. Gezondheidsbevordering bestaat uit maatregelen die gericht zijn op de fysieke en maatschappelijke omgeving en de leefwijzen van individuen en groepen

Eens in de vier jaar stellen gemeenten een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast. Hierin zijn de ambities en activiteiten beschreven ten aanzien van het lokale gezondheidsbeleid. In Friesland zijn we inmiddels aan een derde nota toe. Idealiter zou de derde nota gemeentelijk gezondheidsbeleid gebaseerd moeten zijn op een evaluatie van de tweede nota. Helaas ontbreken deze gegevens op dit moment. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat gemeenten hun tweede nota afzonderlijk hebben opgesteld en vastgesteld. In sommige gemeenten is zelfs de looptijd van de tweede nota nog niet verstreken.

Omdat er nu een gezamenlijke derde Friese nota ligt, wordt het eenvoudiger om de resultaten te monitoren en te evalueren. Meteen na vaststelling van de Friese nota gaat de GGD hier een traject voor uitzetten.

In deze nota wordt eerst ingegaan op het belang dat gemeenten hebben bij publieke gezondheid (2). Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de kaders beschreven, die bepalen waaraan gemeenten en GGD de komende vier jaar willen gaan werken.

In hoofdstuk 4 worden de gezamenlijke ambities en activiteiten van de Friese gemeenten en haar GGD voor de komende jaren uitgewerkt.

Tot slot worden in hoofdstuk 5 per wettelijke taak de ambities en activiteiten van GGD Fryslân t.a.v. de publieke gezondheid beschreven. Dit vanzelfsprekend in opdracht van de Friese gemeenten.

2. Het belang van publieke gezondheid voor gemeenten

“Gezondheid levert de samenleving veel op.

De stap van gezond naar beter vergt investeringen in preventie en zorg. Daar staan grote maatschappelijke baten tegenover. De meeste burgers vinden hun gezondheid het allerbelangrijkst, en alleen daarom al goud waard.

Voor de samenleving als geheel zijn gezonde burgers cruciaal menselijk kapitaal. Lichamelijke en psychische beperkingen leiden tot het buitensluiten van groepen burgers wier participatie aan onze samenleving en economie van levensbelang is. Gezondheid is van invloed op de schoolprestaties en de loopbaan van mensen en beïnvloedt de arbeidsparticipatie, het arbeidsverzuim en de arbeidsproductiviteit. Een betere volksgezondheid draagt bij aan de economische groei en speelt een onmisbare rol bij de vermindering van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Gezondheid is ook een belangrijke factor voor andere vormen van maatschappelijke participatie, waaronder vrijwilligerswerk en mantelzorg. Een goede volksgezondheid en een hoogontwikkelde, welvarende samenleving zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Niet de zorguitgaven maar een verslapping van het volksgezondheidsbeleid is de echte schadepost voor de samenleving. Preventie en zorg dragen bij aan de economie en, wat misschien nog wel belangrijker is, zij geven uitdrukking aan maatschappelijke waarden die Nederlanders hoog in het vaandel hebben. Investeren in gezondheid is mogelijk, wenselijk en onontbeerlijk. Van gezond naar beter wordt uiteindelijk iedereen beter! “

Uit: Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter © 2010, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Investeren in gezondheid loont. Recent onderzoek wijst uit dat een ongezonde leefstijl in veertig procent van de kankergevallen de oorzaak is, zoals in het geval van longkanker door roken. Het is mogelijk minder uit te geven aan zorgkosten door te investeren in preventie. Een in verhouding kleine investering in preventie zal leiden tot een structurele kostenbesparing en gezondheidswinst.

Ter illustratie enkele mogelijke effecten van gezond leven op de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen:

- Onderwijs: minder schooluitval, hoger slagingspercentage
- Ruimte en wonen: gezonde groene omgeving, hogere waarde vastgoed
- Milieu: meer lopen en fietsen, minder vervuiling
- Economie: beter vestigingsklimaat voor bedrijven vanwege de gezonde beroepsbevolking
- Veiligheid: lopen en fietsen stimuleert een verkeersveilige situatie rondom scholen
- Toerisme: groene en gezonde gemeente als marketingargument
- Sport: meer sportparticipatie door verbreding en aanvulling van taken buiten het sportaanbod.

Andersom werkt het ook: gemeenten die investeren in meer groen worden daarvoor op meerdere fronten beloond. De omgeving is niet alleen mooier, het heeft ook een positief effect op de gezondheid van de inwoners omdat zij zich prettiger voelen en/of meer gaan bewegen. Via deze weg leidt het investeren in meer groen dan ook tot lagere kosten van zorg en ziekteverzuim.

De gezondheidseffecten van meer groen zijn op twee terreinen heel duidelijk. Ten eerste hebben mensen in een groene omgeving minder te kampen met depressies en angststoornissen. Ten tweede helpt meer groen bij de preventie van overgewicht (onder andere in relatie tot diabetes).

Gemeenten zijn niet alleen verantwoordelijk voor de gezondheid maar ook voor het welbevinden en de maatschappelijke participatie van hun inwoners. Maatschappelijke participatie wordt een sleutelbegrip bij het hanteren van een nieuwe definitie van gezondheid, die steeds meer gangbaar wordt: 'Gezondheid is het vermogen tot adequate aanpassing en zelfmanagement bij maatschappelijke, lichamelijke en emotionele uitdagingen.' (British Medical Journal, 2011)

Een dergelijke definitie heeft consequenties voor de benadering van gezondheid en zorg: mensen worden niet meer gezien als een optelsom van de risico's die hun leefstijl met zich meebrengt. Uitgangspunt is wat mensen wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Ziekte en zorg, gezondheid en gedrag worden geplaatst in de context van mens en maatschappij. De gehele mens staat centraal, rekening houdend met de sociale en fysieke omgeving waarin ze leven, wonen en werken.

De gemeente is de bestuurslaag die het dichtste bij de burger staat. Gemeenten zijn in staat om maatwerk te leveren, in te spelen op de leefwereld van de burgers en rekening te houden met de specifieke lokale omstandigheden. Gemeenten zijn ook in staat om gezondheid te verbinden met ander belangrijke beleidsdoelstellingen, bijvoorbeeld op het terrein van Wmo-beleid, jeugdbeleid, ruimtelijke ordening, werk, welzijn en veiligheid.

3. Kaders

Verschillende kaders bepalen waaraan gemeenten en GGD Fryslân de komende vier jaar willen gaan werken. In dit hoofdstuk worden deze kaders beschreven. Achtereenvolgens komen aan de orde: de Wet Publieke Gezondheid (3.1), de WPG in relatie tot andere gemeentelijke taken (3.2), de gezondheidssituatie in Fryslân (3.3), het Meerjarenbeleidsplan Veiligheidsregio Fryslân (3.4) en de keuzes van de bestuurscommissie GGD (3.5).

3.1 Wet Publieke Gezondheid

Gemeenten moeten, conform de Wet Publieke Gezondheid (WPG), binnen twee jaar na het verschijnen van de landelijke preventienota (mei 2011) een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststellen (2013). In bijlage 1 is opgenomen aan welke eisen een dergelijke nota moet voldoen.

Met de totstandkoming van deze nota voldoen de gemeenten voor een belangrijk deel aan deze verplichting. De Friese gemeenten kunnen ervoor kiezen de andere aspecten van hun gezondheidsbeleid op te nemen in een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid of in hun beleidsplan Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).

Gemeenten zijn volgens de WPG primair (bestuurlijk) verantwoordelijk voor de volgende taken:

- Algemene bevorderingstaken (artikel 2), epidemiologie, gezondheidsbevordering, medische milieukunde, en de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg.
- Jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5).
- Ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a).
- Infectieziektebestrijding (artikel 6).

Volgens artikel 14 van de WPG hebben gemeenten de taak een GGD in stand te houden voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Dat wil overigens niet zeggen dat alleen de GGD deze taken uitvoert.

Gemeenten hebben tevens de wettelijke taak om, voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg, advies te vragen aan de GGD (artikel 16).

In de WPG is eveneens opgenomen dat gemeenten bij hun gezondheidsbeleid geacht worden aan te sluiten bij de landelijke prioriteiten zoals opgenomen in de landelijke nota 'Gezondheid Dichtbij' (zie bijlage 2 voor de kernpunten van deze nota). In de landelijke nota wordt gekozen voor een voortzetting van de speerpunten van de voorgaande periode, te weten: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. In de nota wordt het accent gelegd op bewegen als belangrijk middel om de genoemde problemen aan te pakken. Daarnaast wordt de jeugd als belangrijke doelgroep gezien voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid, met specifieke aandacht voor weerbaarheid. De landelijke overheid gaat er vanuit dat ook gemeenten er voor kiezen om gezondheid meer iets van hun inwoners zelf te maken. Beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid sluit aan bij de uitgangspunten van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De uitgangspunten van de landelijke nota zijn:

- Inzetten op spelen, bewegen en sporten
- Jeugd benoemen als belangrijke doelgroep voor het lokaal gezondheidsbeleid
- Stimuleren van publiek private samenwerking op lokaal niveau
- Verbindingen leggen tussen verschillende beleidsterreinen en gezondheid: verknopen van gezondheid met ander belangrijke beleidsdoelstellingen, bijvoorbeeld op het terrein van jeugdbeleid, ruimtelijke ordening, welzijn en veiligheid
- Een bijdrage leveren aan het realiseren van 'gezondheid in de buurt' door:
 - o inzicht te krijgen in de lokale gezondheidsproblematiek
 - o in de woonvisies rekening te houden met voorzieningen op gebied van zorg en bewegen in de buurt
 - o afspraken te maken met verzekeraars en zorgverleners: zowel over het vormgeven van voorzieningen en netwerken dicht in de buurt als over afstemming van taken op het gebied van preventie

De landelijke uitgangspunten kunnen ook worden gebruikt als uitgangspunten voor het gemeentelijke beleid.

3.2 WPG in relatie tot andere wettelijke taken van gemeenten

De WPG en de taken die daaraan verbonden zijn, staan niet op zichzelf. De gemeente heeft verschillende andere wettelijke taken die de WPG taken raken, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de ontwikkelingen rond de decentralisatie van overheidstaken. Het verbinden van deze taken in beleid en uitvoering kan niet alleen effectief, maar ook efficiënt zijn.

De WPG is gericht op het bevorderen van de algemene gezondheid en het voorkomen van ziekten bij risicogroepen (primaire en selectieve preventie). Hiermee gaat de wet vooraf aan de Wmo, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De Wmo richt zich op de participatie van alle burgers in de samenleving. De wet richt zich voor een belangrijk deel op mensen die ziekteverschijnselen vertonen en daardoor moeite hebben met participeren in de samenleving. Vaak maakt deze groep gebruik van de care (verpleging en verzorging). De care wordt gefinancierd met Awbz-middelen. De Zorgverzekeringswet is gericht op de curatieve zorg, de behandeling en het genezen van ziekten.

De gemeente is zowel verantwoordelijk voor de uitvoering van de WPG als van de Wmo. De uitvoering van deze twee wetten kan niet los van elkaar worden gezien. Participatie en gezondheid liggen in elkaars verlengde en beïnvloeden elkaar in hoge mate.

Daarnaast is het van belang dat gemeenten verbindingen leggen tussen gezondheid en andere beleidsterreinen zoals sportbeleid, jeugdbeleid, ruimtelijke ordening, welzijn en veiligheid.

3.3 Gezondheidssituatie in Fryslân

Het grootste deel van de Friese bevolking vindt de eigen gezondheid goed of zelfs uitstekend. Dat is een belangrijk gegeven, gezien de positieve invloed die een goede gezondheid heeft op het leven en de maatschappij. Een kind dat nu geboren wordt, heeft een levensverwachting van 80,5 jaar, waarvan 64 jaar in goede gezondheid.

Er zijn hardnekkige verschillen in gezondheid tussen hoog- en laagopgeleide mensen. Mensen in de laagste sociaaleconomische klasse leven gemiddeld zeven jaar korter en genieten maar liefst veertien jaar minder van een leven zonder lichamelijke beperkingen. Op iedere leeftijd zien we dat mensen met een lage opleiding ongezonder leven en vaker

te maken hebben met gezondheidsproblemen, zoals overgewicht, chronische aandoeningen en beperkingen en eenzaamheid.

Een aantal chronische ziekten, zoals diabetes en copd, komt steeds vaker en op steeds jongere leeftijd voor. Deze ziekten worden in toenemende mate veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Niet alleen lichamelijke aandoeningen, maar ook psychische aandoeningen, zoals depressie, hebben een relatie met de leefstijl en leefomgeving van mensen.

Het Rijk benoemt een aantal speerpunten, die kansrijk zijn in het bevorderen van de gezondheid van de bevolking en de preventie van ziekten. Dit zijn roken, alcoholgebruik, overgewicht (bewegen/voeding), depressie en diabetes. De gezondheidssituatie van de Friese bevolking legitimeert dat Friese gemeenten deze speerpunten de komende jaren handhaven voor het lokale gezondheidsbeleid.

Het percentage mensen met overgewicht stabiliseert de laatste jaren, maar wel op een hoog ongezond niveau. Overgewicht is van alle generaties. Mensen met overgewicht kampen vaker met chronische aandoeningen en psychische problemen. Een integrale aanpak van overgewicht veronderstelt een aanpak die ook andere gezondheidsproblemen in positieve zin beïnvloedt.

Hoewel minder jongeren alcohol drinken, blijft alcoholgebruik onder jongeren een punt van aandacht. Zeker gezien het feit dat jongeren die overmatig alcohol drinken, vaker ongewenst gedrag vertonen, zoals het gebruik van drugs, zich schuldig maken aan vandalisme en criminaliteit.

Jongeren met depressieve gevoelens vormen niet een heel grote groep. Deze gevoelens hangen echter wel samen met factoren waar iets aan is te verbeteren. Zo worden de jongeren met depressieve gevoelens vaker gepest, hebben ze minder vrienden en voelen ze zich eenzaam. Ook kunnen ze vaak minder goed met hun ouders praten en hebben ze vaker een onvrijwillige seksuele ervaring gehad.

Psychische aandoeningen vormen een groot deel van de totale ziektelast onder de volwassen bevolking. Het gaat dan niet alleen om depressie, maar ook om dementie, angststoornissen, suïcide en verslavingsproblematiek. Belangrijke symptomen van psychische aandoeningen zijn depressieve gevoelens, interesseverlies in dagelijkse activiteiten, slapeloosheid en concentratieverlies. Bijna een kwart van de Friezen zegt wel eens depressief te zijn geweest.

In Friesland is de totale babysterfte vergelijkbaar met het Nederlands gemiddelde. De sterfte rondom de geboorte ligt in Friesland gemiddeld genomen iets hoger dan het Nederlands gemiddelde; de sterfte in het eerste levensjaar iets lager. De hogere babysterfte in Nederland in vergelijking met andere Europese landen is zorgelijk. De lokale (acute) verloskundige zorg en eensluidende informatie en voorlichting aan risicogroepen over gezond zwanger worden, gezond zwanger zijn en risico's voor een gezonde zwangerschap zijn verondersteld als de aspecten die bijdragen aan een vermindering van de babysterfte.

Het Ministerie van VWS vraagt in de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' aandacht voor gezondheidsrisico's in de omgeving. Bestaande en nieuwe risico's die zich voordoen in de fysieke omgeving van mensen zoals straling, binnenmilieu, rampen en de uitbraak van infectieziekten vragen om een alerte houding. Een groene omgeving, zo blijkt uit

onderzoek, heeft een positieve relatie met de ervaren gezondheid, gezondheidsklachten en sociale veiligheid van mensen. Deze relatie staat los van factoren als opleiding of inkomen. Fries onderzoek bevestigt deze relatie: Friezen die ooit depressief of angstig zijn geweest, of eenzaam zijn, ervaren het groen in hun omgeving vaker als onvoldoende en voelen zich vaker onveilig.

In bijlage 3 is een overzicht te vinden van de gezondheidssituatie van de Friese bevolking.

3.4 Meerjarenbeleidsplan Veiligheidsregio Fryslân

De derde Friese nota gemeentelijke gezondheidsbeleid/deelplan GGD Fryslân is gebaseerd op het [meerjarenbeleidsplan](#) van Veiligheidsregio Fryslân.

Het bestuur van de Veiligheidsregio Fryslân, waarin de Friese gemeenten zijn vertegenwoordigd, heeft in maart 2012 de volgende missie en visie voor de Veiligheidsregio en dus voor GGD Fryslân vastgesteld:

Missie:

Veiligheidsregio Fryslân is de alerte en slagvaardige organisatie waarin de gemeenten zich verbinden en zich verbonden voelen op het terrein van publieke gezondheid.

Visie:

Veiligheidsregio Fryslân is dé overheidsinstelling voor een gezonder en veiliger leven, met de kernwaarden betrokken, betrouwbaar en professioneel, dichtbij de burger.

Om de visie te realiseren hebben de Friese gemeenten in het meerjarenbeleidsplan van de Veiligheidsregio de volgende strategische beleidsdoelstellingen voor veiligheid en publieke gezondheid voor 2013-2016 vastgesteld. Deze doelstellingen zijn richtinggevend voor het stellen van prioriteiten bij de uitwerking van de activiteiten van GGD Fryslân.

Veiligheidsregio Fryslân:

- is Kennis- en expertisecentrum
- denkt van buiten naar binnen
- voert de regie bij projecten
- werkt vraaggericht.
- heeft risico's in beeld
- maakt gebruik van de sociale media
- zet zich in voor regionalisering van sociale veiligheid.

Daarnaast zijn specifiek op het terrein van publieke gezondheid een aantal strategische beleidsdoelstellingen opgenomen:

- Uitvoeren van taken op het gebied van jeugdzorg, voor zover deze passen bij of in het verlengde liggen van de jeugdgezondheidszorg.
- Samenwerking op Noord-Nederlandse schaal op die gebieden waar dit een meerwaarde oplevert in termen van kwaliteit (bundelen van specialistische kennis), flexibiliteit (bundelen van capaciteit) en efficiency (bundelen van middelen).
- Versterken van de eigen kracht van burgers en de kracht van diens sociale netwerken zowel op het gebied van jeugd, volwassenen en ouderen.
- Ondersteunen bij de decentralisatie van taken op het gebied van jeugdzorg, participatie en zorg om zo met name de voorkant van de keten te versterken.

3.5. Keuzes bestuurscommissie GGD

GGD Fryslân voert voor gemeenten wettelijke taken uit op het gebied van de publieke gezondheid. Een groot deel van deze taken zijn beleidsarm. Dit wil zeggen dat de taken (wettelijk) duidelijk omschreven zijn en daardoor weinig beleidsruimte voor gemeenten geven. Dit betreft met name taken op het gebied van infectieziektebestrijding, technische hygiënezorg, het uniform deel van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg en in toenemende mate ook epidemiologie.

De beleidsrijke taken daarentegen geven ruimte voor gemeentelijke beleidsvrijheid.

Dit betreft met name de algemene bevorderingstaken als gezondheidsbevordering, beleidsadvisering, medische milieukunde, ouderengezondheidszorg en het maatwerkdeel van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg.

Om te komen tot een nadere uitwerking in concrete doelstellingen voor de komende vier jaren heeft de bestuurscommissie GGD op 20 juni 2012 een aantal keuzes met betrekking tot de beleidsrijke taken vastgesteld. Dit betreft de doelgroepen, speerpunten en aanpak.

1. Extra aandacht voor jeugd

De Rijksoverheid wil jeugd benoemen als belangrijke doelgroep voor het lokaal gezondheidsbeleid. De jeugd heeft de toekomst. Naast bevordering van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan, vindt het kabinet dat het stellen van grenzen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd gerechtvaardigd is.

Ook het bestuur van de GGD heeft in de afgelopen periode gekozen voor extra aandacht voor jeugd.

Door hier opnieuw voor te kiezen is voortzetting van het ingezette beleid mogelijk.

2. Continuering van de landelijke speerpunten

In de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' is vermeld dat de vijf speerpunten uit de landelijke nota in 2006 belangrijk blijven om de volksgezondheid te verbeteren. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Ook het merendeel van de Friese gemeenten heeft deze speerpunten opgenomen in hun tweede nota lokaal gezondheidsbeleid. Dit zijn ook belangrijke thema's met betrekking tot het Kennis- en expertisecentrum en de regiefunctie van GGD Fryslân. Het thema diabetes is geen apart speerpunt, omdat preventie van overgewicht in belangrijke mate bijdraagt aan de preventie van diabetes.

Het kabinet houdt deze speerpunten vast, en legt daarbij het accent op bewegen.

Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid en is verbonden met de andere speerpunten.

Opnieuw kiezen voor deze speerpunten betekent dat ingezet beleid kan worden voortgezet.

3. Een integrale aanpak

Gezondheid wordt beïnvloed door determinanten die samenhangen met aanleg, gedrag, de sociale en fysieke omgeving en structurele maatschappelijke factoren. Gevolg is dat het gemeentelijke gezondheidsbeleid zich niet alleen dient te richten op het individu, maar ook op zijn of haar fysieke en sociale omgeving.

Deze omgeving dient daarbij zo ingericht te worden, dat gezonde keuzes makkelijker worden.

Dat betekent dat ook sectoren binnen en buiten de volksgezondheid moeten samenwerken om gezondheidsschade te voorkomen en gezondheidswinst te boeken.

Ook de landelijke overheid vindt dat zij zelf maar ook gemeenten verbindingen dienen te leggen tussen verschillende beleidsterreinen en gezondheid: verknopen van gezondheid met andere belangrijke beleidsdoelstellingen, bijvoorbeeld op het terrein van Wmo-beleid, jeugdbeleid, ruimtelijke ordening, sportbeleid, veiligheidsbeleid en werk- en inkomensbeleid. Daarnaast propageert de landelijke overheid dat gemeenten de publiekprivate samenwerking stimuleren: lokale partijen actief betrekken bij de preventieaanpak. De integrale aanpak zal vooral op gemeentelijk niveau uitgevoerd moeten worden. De rol van GGD Fryslân ligt hierbij vooral op het vlak van provinciale regie, verbinden van lokale initiatieven, aanjagen, ondersteunen en adviseren. De GGD kan haar informatievoorzieningsfunctie inzetten om de gemeenten te ondersteunen bij de voorgenomen decentralisaties.

4. Hoofdpijnen voor de komende vier jaar

In het voorgaande hoofdstuk zijn verschillende kaders aangegeven voor het deelplan GGD en de derde nota gemeentelijke gezondheidsbeleid.

De geschetste kaders richten zich zowel op een keuze voor inhoudelijke thema's, als op een keuze voor de aanpak en de doelgroep. Kort samengevat leidt dat tot het volgende overzicht:

<u>Inhoudelijke thema's:</u>	<u>Door:</u>	<u>Voor:</u>
Landelijke speerpunten: • Roken • Schadelijk alcoholgebruik • Overgewicht • Depressie • Diabetes • Zelf beslissen over leefstijl • Seksuele gezondheid • Perinatale sterfte Landelijke prioriteiten: inzetten op sport, bewegen en spelen, het stimuleren van publiek-private samenwerking, integraal beleid, wijkgerichte aanpak.	• Risico's in beeld • Slagvaardig optreden bij crisis • Eigen kracht versterken • Aansluiten bij en ondersteunen van decentralisaties (informatievoorziening, zelfredzaamheid en preventie) • Uitvoeren taken jeugdzorg die in het verlengde liggen van de JGZ/CJG • Inzet voor regionalisering van sociale veiligheid. • Kennis- en expertisecentrum te zijn • Tevredenheid van klanten te meten • Regie te voeren over multidisciplinaire projecten en taken • Vraaggericht te werken, meer maatwerk te leveren • Het inzetten van sociale media • Op Noord Nederlandse schaal samen te werken • Een integrale aanpak	• Prioriteit ligt bij de doelgroep jeugd • Aandacht voor sociaal economische gezondheidsverschillen • Gemeenten als eigenaar/opdrachtgever

De uitwerking van de kaders komt op onderdelen terug in de beschrijving van de invulling van de wettelijke taken door GGD Fryslân (zie hoofdstuk 5).

In dit hoofdstuk worden daarnaast zeven hoofdlijnen voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid benoemd, die de afzonderlijke wettelijke taken overstijgen. De GGD wil samen met de Friese gemeenten in de komende vier jaar werken aan:

- Een integrale aanpak
- Zelf beslissen over leefstijl
- Samen voor gezondheid in wijk en dorp
- Sociale veiligheid
- Kennis- en expertisecentrum
- Noord-Nederlandse samenwerking
- Jeugd

Van belang is om dat zo effectief mogelijk te doen. Bij het uitwerken van de hoofdlijnen zullen de voorwaarden voor een effectief lokaal gezondheidsbeleid (zie kader) dan ook gehanteerd worden.

Voorwaarden voor een effectief lokaal gezondheidsbeleid:

- *Urgentie moet aanwezig zijn*
- *Oplossingsrichtingen moeten duidelijk zijn*
- *Kennis van gedrag en gedragsbeïnvloeding*
- *Focus op directe leefomgeving (school en wijk)*
- *Echt integraal beleid*
- *Betrokkenheid burgers*
- *Betrokkenheid private partijen*
- *Beleids-, samenwerkings- en lobbyvaardigheden*
- *Gemeente als partner in een netwerk*
- *Langjarig met acceptatie resultaten op termijn*

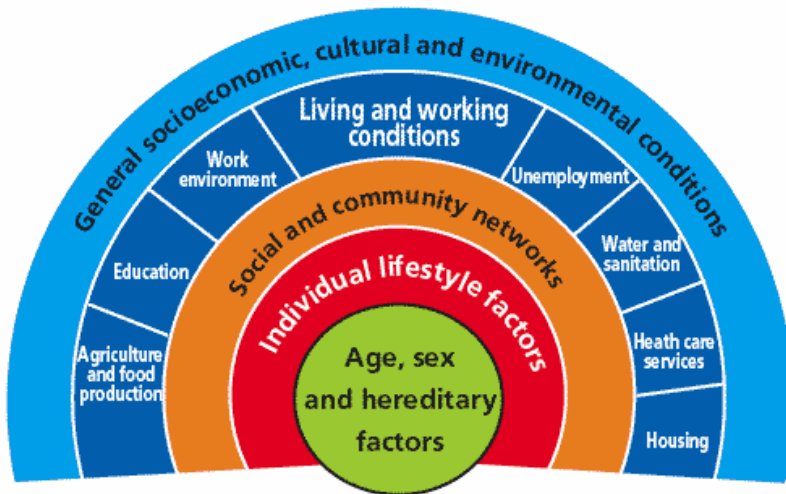
Uit: 'Effectiviteit van overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid. Met name op het gebied van overgewicht, voeding en bewegen', Promotieonderzoek Sjaak de Gouw, januari 2012

Eén van de strategische beleidsdoelstellingen uit het meerjarenbeleidplan van de Veiligheidsregio Fryslân is het vraaggericht werken. De GGD, als onderdeel van de Veiligheidsregio, wil zich inzetten om, waar mogelijk, zo vraaggericht mogelijk te werken. Dit betreft met name de uitvoering van de zogenoemde beleidsrijke taken.

1. Een integrale aanpak

Gezondheid wordt beïnvloed door determinanten die samenhangen met aanleg, gedrag, de sociale en fysieke omgeving en structurele maatschappelijke factoren. Gevolg is dat het gemeentelijke gezondheidsbeleid zich niet alleen dient te richten op het individu, maar ook op zijn of haar fysieke en sociale omgeving.

Regenboogschema Dahlgren en Whitehead (1991):



Complexe volksgezondheidsproblemen vragen om een integrale aanpak. De integrale aanpak betekent dat er vanuit meerdere gemeentelijke beleidsterreinen aandacht is voor gezondheid. Zo kan de inrichting van de openbare ruimte een belangrijke bijdrage leveren aan de bewegingsstimulering. Ook is aandacht voor sociale veiligheid belangrijk. Mensen die zich minder gezond voelen ervaren meer sociale onveiligheid, en andersom. Een aantrekkelijke fysieke woonomgeving zorgt voor een beter veiligheidsgevoel bij de inwoners, en is daarmee ook van belang voor hun gezondheid. Op gemeentelijk niveau is hiervoor de samenwerking tussen de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen noodzakelijk. Daarnaast is samenwerking met externe partners nodig. De GGD kan bij de ontwikkeling van deze aanpak een initiërende en ondersteunende rol spelen. En op regionaal/provinciaal niveau, binnen de afgesproken kaders, namens de gemeenten afspraken maken met de externe samenwerkingspartners. De GGD zorgt voor het platform waarin opgedane ervaringen worden uitgewisseld en gedeeld, en geeft zo ook invulling aan 'het zijn van' een Kennis- en expertisecentrum. Verder vraagt een integrale aanpak om heel diverse werkwijzen en strategieën, waaronder nieuwe vormen van sociale media en sociale marketing. Een integrale aanpak krijgt ook vorm door het uitvoeren van projecten als JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht) of De Gezonde School. In deze projecten werken gemeenten en GGD vanuit een integrale benadering, in samenwerking met ketenpartners (zowel publiek als privaat) en betrokkenen (bv. ouders) aan gezondheidsthema's. De uitvoering van deze projecten vindt plaats op school- en/of gemeentelijk niveau. GGD Fryslân biedt hierbij ondersteuning.

Wat willen gemeenten en GGD bereiken:

- Collegebrede aandacht voor volksgezondheid.
- Publieke en private partijen binnen en buiten de gezondheidszorg werken samen, voor meer gezondheid.

Wat gaat de GGD doen:

- Gemeenten adviseren en ondersteunen bij de integrale aanpak, het organiseren en bieden van een platform om ervaringen uit te wisselen en te delen.

- Bieden van de functie van Kennis- en expertisecentrum, o.a. op gebied van kennis van effectieve preventieve interventies op leefstijlthema's en gezond opgroeien, door (gezondheids)risico's in beeld te hebben.
- Voeren van regie/projectleiding en namens gemeenten afspraken maken met externe (publieke en private) samenwerkingspartners.
- Nadere verdieping in het thema 'ruimte/omgeving' in relatie tot gezondheid.
- Werken aan de publiek-private samenwerking, in ieder geval op provinciaal niveau.
- Integraal advies en ondersteuning leveren aan gemeenten; dat betekent dat binnen de GGD de expertise wordt gebundeld en ingezet voor advies en ondersteuning aan gemeenten.

2. Zelf beslissen over leefstijl

Een belangrijk thema in de landelijke nota is het 'zelf beslissen over leefstijl'. Gezondheid moet weer iets van de Nederlander zelf worden. Voorwaarde is hiervoor dat burgers beschikken over voldoende basisvaardigheden zoals lezen, schrijven en sociale vaardigheden. Voor de gezondheid van mensen is het bijvoorbeeld van belang dat ze adviezen van een behandelaar begrijpen en etiketten kunnen lezen. Daarnaast is goede voorlichting over gezonde leefstijl van belang.

Het stimuleren van een gezonde leefstijl is met name gericht op de jeugd, met o.a. aandacht voor bewegen, weerbaarheid, gezond gewicht, middelengebruik en seksuele gezondheid.

Het Masterplan Gezond Leven gold gedurende de vorige beleidsperiode als gemeenschappelijk kader voor het gezondheidsbeleid. Dit plan is tot stand gekomen in nauw overleg van gemeenten en GGD, en had als doel een structurele aanpak van leefstijlproblemen in Friesland te realiseren. Het plan is ten dele uitgevoerd, en heeft o.a. geleid tot de uitvoering van Triple P, de Gezonde School en het project Jeugd en Alcohol. Deze onderdelen worden provinciaal gecoördineerd en lokaal uitgevoerd en geborgd. Daarnaast zijn veel gemeenten voortvarend aan de slag met bewegingsstimulering in het kader van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) en/of met integrale projecten gericht op de aanpak van overgewicht.

Voor de volgende beleidsperiode wordt gekozen voor een voortzetting van dit Masterplan met nadrukkelijke aandacht voor de leefstijl bij de jeugd en een verandering van de focus richting 'zelf beslissen over leefstijl'. Een belangrijk aspect bij deze aanpak is dat het voor de burger mogelijk, makkelijk en/of uitdagend moet zijn, om voor gezond leven te kiezen ("maak de gezonde keuze een gemakkelijke keuze"). Voorbeelden zijn: voldoende (groene) ruimte om te spelen en te sporten, kantines met een gezond voedselaanbod.

Wat willen gemeenten en GGD bereiken:

- Friese burgers, met name kinderen, ouders en jongeren, zijn beter in staat om bewuste en gezonde keuzes te maken ten aanzien van de eigen leefstijl.
- De (sociale en fysieke) leefomgeving van de Friezen nodigt uit tot gezond leven.

Wat gaat de GGD doen:

- Evaluatie en herijking van het Masterplan Gezond Leven; nieuwe uitgangspunten zijn in ieder geval: gezondheidsvaardigheden, weerbaarheid, eigen kracht, inzetten sociaal netwerk, accent op bewegen, uitnodigende leefomgeving, social marketing en sociale media als nieuwe 'communicatievormen'.
- Voeren van regie/projectleiding over onderdelen van het bijgestelde Masterplan Gezond Leven.

3. Samen voor gezondheid in wijk en dorp

'Zorg en sport dichtbij in de buurt' is één van de prioriteiten van het landelijk beleid. Zorg en preventie moeten in de eerste plaats van mensen zelf zijn en dicht bij de mensen komen. Hier liggen goede mogelijkheden om aan te sluiten bij allerlei initiatieven in gemeenten vanuit de Wmo, Welzijn Nieuwe Stijl en herziening van het jeugdzorgstelsel. Er zijn voldoende aanwijzingen dat een 'community based' benadering effectief is (bv. de aanpak van pedagogische civil society van M. de Winter).

Lokale samenwerking is vooral gewenst in buurten of dorpen met een hoge concentratie van sociale en/of gezondheidsproblemen.

Wat willen gemeenten en GGD bereiken:

- Uitvoeren van een aantal pilots gericht op een dorps- of wijkgerichte aanpak met als doel het bereiken van gezondheidswinst voor de betreffende dorpen en/of wijken.

Wat gaat de GGD doen:

- Bieden van inzicht in de gezondheidssituatie van de betreffende dorpen en/of wijken, door gebruik te maken van (eigen) epidemiologische en registratiegegevens, maar ook door deze te koppelen aan andere gezondheidsinformatie (van o.a. welzijnsorganisaties, eerstelijnsgezondheidszorg en de Zorgverzekeraar).
- Samen met de gemeenten komen tot een keuze voor de pilots en komen tot een gezamenlijk plan van aanpak.
- Rol van de GGD is met name die van initiator, ondersteuner en inbrenger van kennis en expertise op het gebied van de publieke gezondheid.
- Rol van de JGZ/GGD ligt ook het gebied van de lokale uitvoering. De JGZ is een kernpartner in de gemeentelijke Centra voor jeugd en gezin (CJG's). In veel gemeenten ondersteunt de GGD ook Gezonde scholen. Hier liggen mogelijkheden voor verbreding naar een wijkgerichte aanpak.

4. Sociale veiligheid

Sociale veiligheid is een belangrijke factor die invloed heeft op de gezondheid van een mens. Uit wetenschappelijke literatuur en gezondheidsonderzoeken van GGD Fryslân blijkt dat burgers die zich minder gezond voelen, meer sociale onveiligheid ervaren. Andersom gaat het ook op: mensen die aangeven zich gezond te voelen, geven aan dat ze een grotere sociale veiligheid ervaren. Dit verband staat los van leefstijl of sociaal economische status.

De uitwerking van deze hoofdlijn zal met name plaatsvinden in combinatie met de eerste hoofdlijn, de integrale aanpak. Daarnaast wil de GGD, vanuit haar adviseursrol, gemeenten adviseren over de effecten op gezondheid van het lokale veiligheidsbeleid.

Wat willen gemeenten en GGD bereiken:

- Aandacht voor gezondheidseffecten van het lokale veiligheidsbeleid

Wat gaat de GGD doen:

- De GGD - als onderdeel van de Veiligheidsregio Fryslân - adviseert en ondersteunt de gemeenten bij het vormgeven van hun veiligheidsplan, voor wat betreft de effecten op de gezondheid.

5. Kennis- en expertisecentrum

In het meerjarenbeleidsplan van de Veiligheidsregio Fryslân staat dat de Veiligheidsregio en dus ook GGD Fryslân Kennis- en expertisecentrum wil zijn.

De GGD heeft kennis en expertise ten aanzien van alle wettelijke taken, zoals opgenomen in de WPG. In de komende vier jaar is het van belang dat de GGD deze kennis en expertise op peil houdt. De GGD start daartoe, met financiële ondersteuning van ZonMw, en in samenwerking met de GGD'en van Groningen en Drenthe, de Rijksuniversiteit Groningen en de Hogescholen in Friesland, een Academische Werkplaats.

De GGD kennis en expertise kan worden ingezet voor gemeenten, samenwerkingspartners en burgers. GGD Fryslân ondersteunt gemeenten bij de vertaling van landelijke kennis naar het lokale beleid.

6. Noord-Nederlandse samenwerking

De samenwerking op Noord-Nederlandse schaal is als strategische beleidsdoelstelling in het meerjarenbeleidsplan van de Veiligheidsregio opgenomen. En wel samenwerking op die gebieden waar dit een meerwaarde oplevert in termen van kwaliteit (bundelen van specialistische kennis), flexibiliteit (bundelen van capaciteit) en efficiency (bundelen van middelen). Dit geldt met name voor wettelijke taken op het terrein van de medisch milieukundige zorg, infectieziektebestrijding en de zorg ten aanzien van seksueel overdraagbare aandoeningen. Deze zgn. beleidsarme taken betreffen taken waar gemeenten weinig tot geen beleidsvrijheid hebben in de uitvoering ervan.

7. Jeugd

Op het terrein van de jeugd(gezondheids)zorg vinden belangrijke ontwikkelingen plaats.

Ten eerste wordt in gemeenten nog volop gewerkt aan de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin. De jeugdgezondheidszorg van de GGD is kernpartner in het CJG.

Daarnaast vindt per 2015 de decentralisatie van de jeugdzorg en –hulp naar gemeenten plaats. De komende jaren vindt de voorbereiding hierop plaats. Het is op dit moment nog niet duidelijk hoe de toekomstige organisatie van de zorg voor jeugd eruit zal zien. Echter, dat dit ook raakt aan de jeugdgezondheidszorg is evident. De GGD en haar jeugdgezondheidszorg zullen de komende jaren aansluiten bij deze ontwikkelingen en haar expertise op dit terrein inbrengen.

5. Activiteiten van GGD Fryslân in 2013-2016

In dit hoofdstuk staat per (wettelijke) taak beschreven wat de bijdrage is van GGD Fryslân aan het gemeentelijk gezondheidsbeleid van de Friese gemeenten. Het gaat hierbij, in afwijking van het vorige hoofdstuk, met name om de reguliere activiteiten van GGD Fryslân. De beschrijving is op hoofdlijnen en zoveel mogelijk gericht op ambities en specifieke aandachtspunten voor de komende vier jaar.

Een onderverdeling is gemaakt in:

- wettelijke taken die door de GGD moeten worden uitgevoerd (5.1.),
- wettelijke taken van gemeenten die door gemeenten bij de GGD zijn neergelegd (5.2),
- wettelijke taken die door gemeenten worden uitgevoerd (5.3.),
- en overige (aanvullende) taken GGD (5.4.).

Hiermee is aangesloten bij de in maart 2012 door het bestuur vastgestelde begrotingssystematiek.

5.1. Wettelijke taken van de GGD

5.1.1. Advies

Inzicht in de gezondheidssituatie

Volgens Artikel 2 van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

- a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
- b. het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, bedoeld in [artikel 13, tweede lid](#), op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie;

GGD Fryslân voert gezondheidsenquêtes uit onder de doelgroepen jeugd, volwassenen en ouderen. In 2012 zijn dit Go Jeugd en de volwassenen- en ouderenenquête. De gezondheidsenquêtes worden, op een (landelijk) uniforme wijze, in een vierjaarlijkse cyclus uitgevoerd. In 2013 worden de resultaten van de enquêtes uitgewerkt. Op basis van de uitkomsten worden integrale en gemeentelijke rapportages publieke gezondheid opgesteld ten behoeve van de ontwikkeling, monitoring en evaluatie van het gemeentelijk beleid.

Deze taak moet de komende jaren een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van de strategische beleidsdoelstelling om het Kennis- en expertisecentrum te zijn op het terrein van de publieke gezondheid.

Beleidsadvisering gemeenten

Gemeenten zijn volgens de Wet Publieke Gezondheid verplicht een gezondheidsbeleid te voeren.

Volgens artikel 2c draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.

In Artikel 16 van de Wet Publieke Gezondheid: Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

GGD Fryslân adviseert en ondersteunt de gemeenten bij het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Een uitdaging voor de komende jaren is dit beleid te integreren in andere beleidsontwikkelingen, zoals CJG/jeugdbeleid, sportbeleid, transitie Awbz en Jeugdzorg. Ook aansluiting buiten het sociale domein is gewenst, bijvoorbeeld op het gebied van de fysieke ruimte. Het verder ontwikkelen van integraal gezondheidsbeleid is dan ook een speerpunt voor de komende jaren (zie ook hoofdstuk 4).

Milieu & Gezondheid

Volgens artikel 2e van de Wet Publieke Gezondheid draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor het bevorderen van medisch milieukundige zorg.

Zeker 15% van de ziektelast is terug te voeren op milieufactoren zoals uitlaatgassen, geluidsoverlast, warmte en gebrek aan ventilatie. De afdeling Milieu & gezondheid is verantwoordelijk voor de bevordering van de gezondheid en preventie van ziekten ten gevolge van factoren uit de fysieke leefomgeving. Recente incidenten hebben geleerd dat de aanpak van een milieu-incident vaak bloot staat aan kritiek. Het is dan ook belangrijk dat de afdeling Milieu & Gezondheid en gemeenten gezamenlijk stil staan bij de gevolgen voor het milieu van bestuurlijke besluiten en de risicocommunicatie met burgers. De kerntaken van Milieu & Gezondheid zijn risicobeoordeling en –communicatie, signalering van milieugezondheidkundige risico's, behandeling van meldingen en vragen, voorlichting aan burgers en advisering aan lokaal beleid op het gebied van de gezondheid en de fysieke leefomgeving.

De komende vier jaren wil GGD Fryslân, samen met en namens gemeenten, investeren in verdere samenwerking met zorgpartners, en in de ontwikkeling van een Noord-Nederlands milieugezondheidkundig kennis- en expertisecentrum.

Technische hygiënezorg

Volgens artikel 2f van de Wet Publieke Gezondheid draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor het bevorderen van technische hygiënezorg.

In de Wet op de kinderopvang is de uitvoering van inspecties kinderopvang, peuterspeelzalen en gastouder(bureau)s neergelegd bij GGD'en.

De technische hygiënezorg richt zich op inspecties van kinderopvang, gastouder(bureau)s, peuterspeelzalen, bordelen, tattooshops en schepen. Voor de kinderopvang is landelijk gepleit voor een model dat meer risico gestuurd is. Dit houdt in (meer) toezicht waar nodig, loslaten waar dat kan. De nadruk van de inspecties zal verschuiven van controle op structuurkenmerken (bijvoorbeeld klachtenregeling) naar controle op proceskenmerken (bijvoorbeeld pedagogisch klimaat). Deze verandering zal de komende jaren zowel van de GGD als van de gemeenten om flexibiliteit vragen.

5.1.2. Zorg

Volgens artikel 6 van de Wet Publieke Gezondheid draagt het college van burgemeester en wethouders zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval behoort:

- a. het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied,
- b. het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing,
- c. bron- en contactopsporing bij meldingen als bedoeld in de [artikelen 21, 22, 25 en 26](#).

Infectieziektebestrijding

Door het internationaal verkeer kunnen infectieziekten zich snel over de wereld verspreiden. De contacten tussen mens en dier, rechtstreeks en via de voedselketen, maakt de kans op verspreiding van zoönosen (van dier op mens overdraagbare infectieziekten) groter. Daarnaast neemt de bedreiging van resistentie tegen antimicrobiële middelen en zorggerelateerde infecties steeds meer toe. Een recent voorbeeld van inzet van de GGD ten behoeve van infectieziekten is de grieppandemie van 2010. Al deze ontwikkelingen en incidenten vragen tijdig inspringen van de GGD op ontstane situaties en vergaande samenwerking met ketenpartners in de breedste zin.

In de komende jaren wil de GGD aanvullend beleid (mede) ontwikkelen en implementeren om proactiever om te gaan met infectieziektebestrijding. Dit past ook in het streven om het (Noord- Nederlands) kennis- en expertisecentrum te zijn op terrein van de publieke gezondheid.

TBC-bestrijding is een onderdeel van infectieziektebestrijding. In grote delen van de wereld is de groei van multiresistente tuberculose een serieuze bedreiging. Deze ontwikkeling heeft zich in Nederland nog niet doorgezet als gevolg van een adequate TBC-bestrijding. Ondanks dat er in Nederland een daling waarneembaar is van het aantal TBC-patiënten, blijft een reële dreiging van (multiresistente) TBC continue aanwezig. Als gevolg van deze daling worden op landelijk niveau plannen ontwikkeld om te komen tot een nieuwe structuur van TBC-bestrijding. Ter voorbereiding hierop is in Noord-Nederlands verband een gezamenlijk project gestart met als doel de regionale (NN) inrichting van de structuur rond de TBC-bestrijding.

Ook SOA/SENSE is een onderdeel van infectieziektebestrijding. De SOA zorg heeft als taak bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en bevordering van seksuele gezondheidszorg zoals vastgesteld in de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg. SENSE is een product van de drie noordelijke GGD 'en die samenwerken met diverse ketenpartners.

Het aantal opgespoorde en behandelde soa's binnen Fryslân is de afgelopen jaren toegenomen. De aanhoudende ziektelast van soa's is geconcentreerd in hoogrisicogroepen. Door onder andere persisterend hoogrisicogedrag, dreigende toename van resistentieproblematiek en nieuwe opkomende soa's zal de incidentie de komende jaren waarschijnlijk niet afnemen. Dit ondanks een toegankelijker testaanbod, verbeterde diagnostische mogelijkheden en preventie. De afgelopen jaren maar zeker ook de komende jaren zijn er diverse projecten. SOA/SENSE heeft binnen deze projecten een leidende rol in de uitvoering en implementatie.

5.1.3. Crisis

WPG: Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen (artikel 2g).

WVR: De uitvoering van de GHOR valt onder de Wet op de Veiligheidsregio's (WVR). In de tweede tranche van de WPG is bepaald dat er voor de GHOR en GGD in één regio sprake moet zijn van één directeur publieke gezondheid.

Publieke Gezondheid wordt geleverd onder dagelijkse omstandigheden, maar ook bij rampen en crises. De Publieke Gezondheid moet daarom naadloos kunnen opschalen. Deze taak heeft belangrijke raakvlakken met zowel de fysieke veiligheid als de sociale veiligheid. Vanuit het collectieve belang moeten burgers beschermd worden tegen dreigende inbreuken van buitenaf op de gezondheid, zoals infectieziekten, medisch milieukundige risico's, maatschappelijke onrust, rampen en crises. Op die momenten ligt het opperbevel bij de burgemeesters of de voorzitter van de veiligheidsregio en zorgt de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) voor de aansturing en coördinatie van activiteiten van de acute zorg (zoals ambulancezorg, ziekenhuizen en huisartsen), de publieke gezondheidszorg en de afstemming met andere overheidsdiensten (zoals brandweer, politie en gemeenten). Om een goede verbinding te leggen tussen de regionale reguliere en opgeschaalde Publieke Gezondheid is bij wet geregeld dat de GGD en de GHOR samen onder leiding staan van de Directeur Publieke Gezondheid.

De komende jaren wil GGD Fryslân zich richten op het op- en uitbouwen van een kennis- en informatiepunt, waarin actuele gegevens beschikbaar zijn van (de voorbereidingen op) crises in de totale zorgketen, overkoepelende planvorming wordt opgesteld, expertise aanwezig is en adviezen verstrekt worden aan gemeenten en zorginstellingen. Daarnaast wordt ingezet op de verbetering van de voorbereiding van de GGD in crisissomstandigheden.

5.1.4. Gezondheidsbevordering

Volgens artikel 2d van de Wet Publieke Gezondheid draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering;

Gezondheidsbevordering is een zogenaamde 'beleidsrijke' taak: er is veel beleidsvrijheid voor gemeenten om deze taak in te vullen. De landelijke gezondheidsthema's gezond gewicht, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik zijn de centrale speerpunten in het beleid van gezondheidsbevordering. Hierbij geldt dat de focus ook de komende jaren vooral op de jeugd ligt. De aanpak is integraal en lokaal georiënteerd en indien gewenst voert de GGD een coördinerende of regierol.

Andere leefstijl onderwerpen, zoals bewegen, die ook een belangrijke invloed hebben op gezondheid, maken vanzelfsprekend onderdeel uit van de aanpak. Zie ook hoofdstuk 4.

Publieksinformatie

De publieksinformatie is gericht op de Friese bevolking met als doel mensen beter in staat te stellen om gezonde keuzes te maken en de eigen regie te voeren..Gezien de veranderingen op het gebied van digitale communicatie en sociale media is GGD Fryslân bezig alle informatie te digitaliseren. Met als doel het toegankelijker en altijd beschikbaar stellen van de informatie aan de burgers.

5.2. Wettelijke taken van gemeenten, neergelegd bij de GGD

5.2.1. Jeugdgezondheidszorg

Volgens artikel 5 van de Wet Publieke Gezondheid draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

- a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en - bedreigende factoren,
- b. het ramen van de behoeften aan zorg,
- c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van het perinatale onderzoek op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voorkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma,
- d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding,
- e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Het (wettelijke) basistakenpakket van de JGZ bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniform deel is gelijk voor alle gemeenten in Friesland (dit zijn vooral de zogenaamde contactmomenten). Het maatwerkdeel is bedoeld voor afstemming op de lokale situatie. Hiervoor maakt iedere gemeente apart afspraken met de JGZ. Dit deel wordt door de afzonderlijke gemeenten aanvullend gefinancierd.

De jeugdgezondheidszorg richt zich de komende jaren op de volgende speerpunten:

- Als kernpartner (mede)ontwikkelen en verder vormgeven van de Friese Centra voor Jeugd en Gezin (CJG).
- Partner in veranderingen; transitie/transformatie jeugdzorg en passend onderwijs.
- Bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid, het gezond opgroeien en een gezonde leefstijl van de Friese jeugd.
- Snel en effectief optreden bij crisis.
- Integrale en lokale aanpak van gezonde leefstijl.
- Kennis- en expertisecentrum op het gebied van publieke gezondheid voor de jeugd.

JGZ - Kernpartner CJG

Het CJG heeft drie kerndoelen:

1. Bevorderen van de algemene gezondheid, opvoeding en ontwikkeling van de jeugd.
2. Voorkomen van problemen bij gezondheid, ontwikkeling, opvoeden en opgroeien.
3. Oplossen of hanteerbaar maken van (beginnende) problemen.

Om deze CJG-doelen te bereiken ondersteunt de JGZ kinderen c.q. jongeren, ouders en professionals bij vragen en problemen rondom opgroeien en opvoeden. Daarbij geldt als uitgangspunt: één kind, één gezin, één plan, één aanspreekpunt.

JGZ – Partner in veranderingen

De komende jaren zullen grote veranderingen rondom de organisatie van de zorg voor de jeugd plaatsvinden: de transitie/transformatie van de jeugdzorg en passend onderwijs. De gemeente heeft daarbij een centrale rol. Met de stelselherziening van de jeugdzorg wordt een beweging ingezet van zwaardere vormen van zorg voor jeugd naar preventie en lichtere zorg en hulp.

Juist bij die preventie en lichtere zorg en hulp heeft de JGZ, samen met de andere CJG-partners, een belangrijke rol. Laagdrempelige hulpverlening vanuit het CJG, in de wijk of het dorp, bij het gezin thuis en op de scholen. Er wordt gewerkt vanuit een integrale aanpak, versterkt door effectieve interventies zoals Triple P.

JGZ - Bewaken, Beschermen, Bevorderen

JGZ GGD Fryslân is voor de gemeenten de organisatie voor bewaking, bescherming en bevordering van de gezondheid, gezond opgroeien en een gezonde leefstijl van de Friese jeugd. Medische preventie is één van de kerntaken. Door bijvoorbeeld het vaccineren van de kinderen volgens het Rijksvaccinatieprogramma en de preventieve gezondheidsonderzoeken in verschillende leeftijdsfases van kinderen, kunnen gezondheidsproblemen worden voorkomen, gesignaleerd, opgelost dan wel worden beperkt. Een gezamenlijk CJG-aanbod van preventieve zorg aan alle kinderen is de basis van de zorg aan jeugdigen.

Binnen het CJG heeft de JGZ alle kinderen in beeld. Kwetsbare kinderen krijgen extra (risico)gerichte aandacht. Daardoor kan tijdig en adequaat hulp en zorg ingezet worden door de JGZ.

Het CJG, en daarmee ook de JGZ, focust op het versterken en vergroten van de eigen kracht, de mogelijkheden en het netwerk rondom een kind. Dit alles vraagt een andere manier van werken: generalistisch, integraal en vraaggericht. Dit betekent ook het ontwikkelen van andere manieren om ouders, kinderen en jongeren te bereiken: dichtbij en ook zeker digitaal.

JGZ - Crisis

De JGZ is onderdeel van de Veiligheidsregio. Wanneer er sprake is van een crisis kan er intern snel een actie in gang worden gezet. Te denken valt aan het inzetten van het scenarioteam maatschappelijke onrust bij het (vermoeden van) seksueel misbruik op bijvoorbeeld een school of binnen een sportclub, bij een suïcide op een school of het organiseren en uitvoeren van een vaccinatiecampagne en -programma bij de uitbraak van een infectieziekte, zoals bij de Mexicaanse griep in 2009.

JGZ - Preventie

Door de JGZ worden (epidemiologische) gegevens verzameld over gezondheid, opgroeien, opvoeden en leefstijl. Deze gegevens worden in samenwerking met de epidemiologen van GGD Fryslân onder andere verwerkt in de gemeentelijke jaarrapportages jeugd als advies aan gemeenten.

Belangrijke thema's voor de komende jaren blijven alcohol, roken, overgewicht en depressie. Voor een effectieve aanpak van deze problematiek is vanuit het CJG samenwerking met andere partijen uit het veld van de gezondheidszorg, onderwijs, vrijwilligersorganisaties, welzijn en het bedrijfsleven noodzakelijk. Ook waar het gaat om preventie is het belangrijk dat er theoretisch goed onderbouwde of bewezen effectieve interventies worden ingezet, zoals bijvoorbeeld Triple P, JOGG en Gezonde School. Binnen de GGD vindt hierbij nauwe samenwerking plaats met gezondheidsbevordering.

JGZ – Kennis- en expertisecentrum

Jeugdgezondheidszorg GGD Fryslân is het Kennis- en Expertisecentrum op het gebied van publieke gezondheidszorg voor de jeugd.

Dit betekent dat de jeugdgezondheidszorg beschikt over de expertise op verpleegkundig, medisch en pedagogisch gebied en gezondheidsbevordering. Daarnaast biedt JGZ in samenwerking met andere afdelingen van GGD Fryslân expertise op het gebied van epidemiologie, gezondheidsbeleid, infectieziektebestrijding en medische milieukunde. Vanuit deze expertise kan de JGZ de regie of coördinatie voeren over grote gezondheidsthema's zoals alcohol en gezond gewicht.

5.2.2. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

In het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). De taken die de GGD uitvoert op dit terrein zijn de vangnet- en bemoeizorg, casemanagement in het kader van het scenario "maatschappelijke onrust bij ernstige geweldsdelicten" en de ondersteuning van de sociale wijk teams in Friesland. Het aantal cliënten waarvoor de GGD is ingeschakeld ten behoeve van de vangnet- en bemoeizorg is de afgelopen jaren toegenomen. Op basis van wijzigingen van de Awbz verwacht de GGD dat burgers een groter beroep gaan doen op gemeenten voor maatschappelijke begeleiding en ondersteuning. In dat kader richt de GGD zich de komende jaren op de versterking van de OGGZ functie (strategische beleidsdoelstelling).

5.2.3. Lijkschouw

Op grond van artikel 4 van de Wet op de lijkbezorging dienen gemeenten gelegenheid te verschaffen tot het doen van lijkschouwingen
--

Bij de laatste aanpassing van deze wet is bepaald dat uitsluitend artsen die zijn ingeschreven als forensisch arts benoemd mogen worden tot gemeentelijk lijkschouwer. GGD Fryslân is de enige (publieke) organisatie in Friesland die beschikt over de noodzakelijke expertise om deze taak uit te voeren. De Friese gemeenten hebben de uitvoering van de lijkschouw in handen gelegd van de GGD, omdat zij de uitvoering van de lijkschouw beschouwen als een publieke taak.

In 2012 is landelijk een start gemaakt met de implementatie van de NODO-procedure (nader onderzoek naar de doodsoorzaak) die wordt ingesteld op grond van artikel 10a van de Wet op de lijkbezorging. De NODO-procedure is opgedeeld in verschillende onderdelen, die allen gericht zijn op het overlijden van kinderen jonger dan 18 jaar.

5.3. Wettelijke taken van gemeenten

5.3.1. Prenatale voorlichting

Volgens artikel 2h van de Wet Publieke Gezondheid draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.

Sinds 1 januari 2012 zijn gemeenten wettelijk verantwoordelijk voor prenatale voorlichting. Gemeenten dienen daartoe prenatale voorlichting te organiseren in hun gemeente. Goede prenatale voorlichting bereidt aanstaande ouders voor op wat komen gaat en maakt duidelijk waar ze naar toe kunnen voor zorg, hulp of ondersteuning. Mogelijke problemen voor het (aanstaande) kind en het gezin worden in een vroeg stadium onderkend en aangepakt.

De JGZ kan als kernpartner van het CJG de regie voeren op de prenatale voorlichting. Het CJG zal voor aanstaande ouders een prominente rol moeten krijgen voor vragen omtrent preconceptiezorg en prenatale voorlichting. De JGZ zorgt voor de verbinding tussen de prenatale voorlichting en de preventieve zorg die geboden wordt vanuit het consultatiebureau.

De JGZ heeft een adviserende rol door met haar kennis en expertise van preventie, gezondheidsvoorlichting en positief opvoeden gemeenten te informeren over het aanbod van prenatale voorlichting aan toekomstige ouders. Het uitvoeren van de regie op de prenatale voorlichting wordt aangeboden als maatwerk van de JGZ.

5.3.2. Ouderengezondheidszorg

Volgens artikel 5a van de Wet Publieke Gezondheid zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg. Ter uitvoering van deze taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

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

De wet verplicht gemeenten niet om deze taken door de GGD te laten uitvoeren. Een aantal van de genoemde WPG-taken voeren gemeenten momenteel ook al (deels) uit via andere lokale beleidskaders (o.a. de Wmo, ouderen- en welzijnsbeleid). Daarmee wordt dus voor een groot deel al voldaan aan de wettelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van ouderengezondheidszorg.

Daarnaast voert de GGD, binnen de taak "Inzicht in gezondheidssituatie" (zie 5.1.1.) ook gezondheidsenquêtes uit onder de doelgroep ouderen.

De bestuurscommissie GGD heeft, bij de invoering van dit wetsartikel, besloten om op dit terrein geen extra activiteiten door de GGD te laten ontwikkelen of uitvoeren. De GGD ontwikkelt daarom op dit terrein de komende jaren op voorhand geen nieuw beleid.

5.4. Overige taken GGD

5.4.1. Arrestantenzorg

Een taak die de GGD binnen de forensische geneeskunde, naast de lijkschouw, uitvoert is de arrestantenzorg. Deze taak houdt in de medische advisering en zorgverlening voor ingesloten en onder de hoede zijn van de politie of het Openbaar Ministerie. Het is nog onduidelijk of de politie, als gevolg van de vorming van de nationale politie, de komende jaren een landelijke aanbesteding zal uitschrijven.

5.4.2. Reizigersvaccinatie

Reizigersvaccinatie richt zich op de bescherming van de Friese bevolking tegen importziekten. De inzet is om deze dienst tegen een kostendekkend tarief te leveren.

5.4.3. Preventieve Gezondheidszorg Asielzoekers

Het takenpakket van de Preventieve Gezondheidszorg Asielzoekers is gebaseerd op de betreffende onderdelen uit de Wet Publieke Gezondheid. Het bestaat uit de volgende onderdelen: Infectieziektepreventie, technische hygiënezorg, TBC bestrijding, Soa bestrijding, gezondheidsbevordering en Jeugdgezondheidszorg. Een laatste punt is de coördinatie van de zorgketen. Het college van burgemeester en wethouders bevordert ook voor asielzoekers de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg.

Bijlage 1

Eisen aan de gemeentelijke nota volgens de Wet Publieke Gezondheid

Artikel 1

1. Onze Minister stelt elke vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid en een landelijk programma voor uitvoering van onderzoek vast op het gebied van de publieke gezondheid.
2. De gemeenteraad stelt binnen twee jaar na openbaarmaking van de nota, bedoeld in het eerste lid, een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft:
 - a. wat de gemeentelijke doelstellingen zijn ter uitvoering van de in de artikelen 2, 5, 5a en 6 genoemde taken,
 - b. welke acties in de bestreken periode worden ondernomen ter realisering van deze doelstellingen,
 - c. welke resultaten de gemeente in die periode wenst te behalen,
 - d. hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in artikel 16 genoemde verplichting.
3. De gemeenteraad neemt bij het vaststellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid in ieder geval de landelijke prioriteiten in acht, zoals opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid.

Artikel 2

1. Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.
2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking,
 - b. het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, bedoeld in [artikel 13, tweede lid](#), op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie,
 - c. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen,
 - d. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering,
 - e. het bevorderen van medisch milieukundige zorg,
 - f. het bevorderen van technische hygiënezorg,
 - g. het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen,
 - h. het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid, en kunnen met het oog op de in het eerste lid bedoelde taak regels worden gesteld over de verstrekking van niet tot een persoon herleidbare gegevens aan het college van burgemeester en wethouders door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg en kan deze verstrekking verplicht worden gesteld. Voor zover het de gegevensverstrekking door personen en instellingen aan het college van burgemeester en wethouders betreft, bevat deze algemene maatregel van bestuur regels over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten.

Artikel 5



1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en - bedreigende factoren,
 - b. het ramen van de behoeften aan zorg,
 - c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van het perinatale onderzoek op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voorkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma,
 - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding,
 - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
3. Het college van burgemeester en wethouders draagt er zorg voor dat bij uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak, voor zover het gaat om vastleggen van patiëntgegevens als bedoeld in [artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek](#), gebruik wordt gemaakt van digitale gegevensopslag. Bij regeling van de Minister voor Jeugd en Gezin kunnen eisen worden gesteld aan de daarbij te gebruiken software.
4. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

Artikel 5a

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg.
2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en - bedreigende factoren;
 - b. het ramen van de behoeften aan zorg;
 - c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
 - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

Artikel 6

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval behoort:
 - a. het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied,
 - b. het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing,
 - c. bron- en contactopsporing bij meldingen als bedoeld in de [artikelen 21, 22, 25 en 26](#).
2. Het bestuur van de veiligheidsregio draagt zorg voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, alsmede op de bestrijding van een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat.
3. De burgemeester geeft leiding aan de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, behorend tot groep B1, B2 of C, alsook de directe voorbereiding

daarop en draagt zorg voor de toepassing van de maatregelen, bedoeld in [hoofdstuk V](#).

4. De voorzitter van de veiligheidsregio draagt zorg voor de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, of een directe dreiging daarvan, en is dan ten behoeve van deze bestrijding bij uitsluiting bevoegd om toepassing te geven aan de [artikelen 34, vierde lid, 47, 51, 54, 55](#) of [56](#).
5. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de taken, bedoeld in het eerste, tweede, derde en vierde lid, nader worden uitgewerkt.

Artikel 16

Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Bijlage 2

Kernpunten Nota 'Gezondheid dichtbij' van VWS, mei 2011

Speerpunten eerdere landelijke nota gehandhaafd, accent op bewegen

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 van het RIVM laat zien dat het goed gaat met de gezondheid in Nederland, maar dat het nog beter kan. Ook blijkt dat de vijf speerpunten uit de preventienota 2006, de vorige versie van de landelijke nota gezondheidsbeleid, belangrijk blijven om de volksgezondheid te verbeteren. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Het kabinet houdt deze speerpunten vast, maar legt daarbij het accent op bewegen. Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid en is verbonden met de andere speerpunten.

Eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht

De landelijke overheid staat voor eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. Dat geldt ook voor gezondheid. Dit betekent dat niet de overheid maar de mensen zelf in eerste instantie aan zet zijn. Betrokkenheid van het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, het onderwijs en zorgverleners is belangrijk. Indien een bijdrage van de overheid noodzakelijk is, zijn de gemeenten in veel gevallen als eerste aan zet.

Vertrouwen in gezondheidsbescherming

Mensen kunnen sommige risicofactoren voor de gezondheid niet of moeilijk zelf beïnvloeden. Op dit terrein kan de Nederlander op de overheid rekenen. Heldere wet- en regelgeving en toezicht op de naleving hiervan blijven noodzakelijk.

Zorg en sport dichtbij in de buurt

De gezondheidszorg kan zich nog meer richten op het bevorderen van gezondheid, naast het bestrijden van ongezondheid. Herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt of digitaal bereikbaar (eHealth) kunnen hieraan bijdragen, net als tijdige signalering van gezondheidsrisico's en toepassing van effectieve interventies en innovatieve behandelwijzen. Het kabinet wil dat iedereen veilig kan sporten, bewegen en spelen in de buurt. Hiervoor zijn voldoende en laagdrempelige voorzieningen nodig. Het kabinet geeft hier samen met gemeenten, de sportsector en private partijen een positieve impuls aan. In de beleidsbrief sport wordt hierop concreet ingegaan.

Zorg en preventie verbinden

Zorg en preventie moeten meer worden afgestemd. Uitgangspunt zijn behoeften en wensen van de mensen en niet de stelsels of sectoren die zorg leveren. Betrokken partijen moeten dan ook werken aan een sterkere fysieke, organisatorische en inhoudelijk verbinding tussen de publieke gezondheid en basiszorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), Awbz en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Zelf beslissen over leefstijl

Als het om leefstijl gaat, schrijft de overheid mensen zo min mogelijk voor wat ze wel of niet mogen. Mensen maken zelf keuzes. Die keuzes worden gemaakt in een omgeving waarin de gezonde keuze makkelijk is. Aan die omgeving dragen diverse maatschappelijke sectoren bij. Vanwege de betrokkenheid van diverse sectoren is in de nota ook nadrukkelijk de verbinding van de ministeries van BZK, EL&I, I&M, OCW en SZW met het gezondheidsbeleid terug te vinden. Deze verbondenheid van gezondheidsbeleid met andere beleidsterreinen geldt ook op lokaal niveau.

Publiek - private samenwerking

Publiek-private samenwerking (PPS) ziet de overheid als een kansrijke methode om de gezonde keuzes aantrekkelijk en toegankelijk te maken. Daarnaast is beschikbaarheid van betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie essentieel. Generieke massamediale campagnes passen hier niet in.

Jeugd

De jeugd heeft de toekomst. Hier wordt extra aandacht aan besteed. Naast bevordering van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan, vindt het kabinet dat het stellen van grenzen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd gerechtvaardigd is.

Gemeenten aan zet

De gemeente is de bestuurslaag die het dichtste bij de burger staat. Daarom zijn gemeenten beter in staat om maatwerk te leveren, in te spelen op de leefwereld van de burgers en rekening te houden met de specifieke lokale omstandigheden. Gemeenten hebben dan ook op het gebied van gezondheidsbevordering een grote mate van beleidsvrijheid. Bij infectieziekten, rampen en de jeugdgezondheidszorg is er een sterkere relatie tussen gemeenten en het Rijk noodzakelijk. De wederzijdse verantwoordelijkheden zijn in de Wet publieke gezondheid (WPG) geregeld. Iedere vier jaar maken gemeenten hun nota gemeentelijke gezondheidsbeleid. De nota wordt door de gemeenteraad vastgesteld en daar vindt primair de toetsing van het beleid plaats.

Weten wat er speelt en wat de behoeften zijn

Voor gemeenten is het van belang goed inzicht te hebben in de gezondheidstoestand van hun inwoners. Dat is het startpunt om de zaken op te pakken die aansluiten bij de belevingswereld van mensen.

Uitgangspunten van de landelijke nota te gebruiken door gemeenten

De landelijke overheid gaat er vanuit dat ook gemeenten er voor kiezen om gezondheid meer iets van hun inwoners zelf te maken. De uitgangspunten van de landelijke nota kunnen dan ook goed worden gebruikt door gemeenten.

Dit betekent:

- Inzetten op spelen, bewegen en sporten
- Jeugd benoemen als belangrijke doelgroep voor het lokaal gezondheidsbeleid
- Stimuleren van publiek private samenwerking op lokaal niveau
- Verbindingen leggen tussen verschillende beleidsterreinen en gezondheid: verknopen van gezondheid met ander belangrijke beleidsdoelstellingen, bijvoorbeeld op het terrein van jeugdbeleid, ruimtelijke ordening, welzijn en veiligheid
- Een bijdrage leveren aan het realiseren van 'gezondheid in de buurt' door:
 - o inzicht te krijgen in de lokale gezondheidsproblematiek
 - o in de woonvisies rekening te houden met voorzieningen op gebied van zorg en bewegen in de buurt
 - o afspraken te maken met verzekeraars en zorgverleners: zowel over het vormgeven van voorzieningen en netwerken dicht in de buurt als over afstemming van taken op het gebied van preventie.

Bijlage 3

Gezondheidssituatie in Fryslân

Levensverwachting

De gemiddelde levensverwachting bij geboorte is voor Friezen 80,5 jaar. Voor mannen is dit 78,3 jaar. Voor vrouwen ligt de levensverwachting bij geboorte iets hoger, namelijk 82,6 jaar. Zowel mannen als vrouwen ervaren de gezondheid ongeveer 64 jaar als goed. Dit verschilt niet van de landelijke situatie.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Het verschil in gezondheid tussen hoog- en laagopgeleide personen is hardnekkig en neemt zelfs toe. Nederlanders in de laagste sociaaleconomische klasse leven gemiddeld zeven jaar korter en genieten maar liefst veertien jaar minder van een leven zonder lichamelijke beperkingen in vergelijking tot Nederlanders in de hoogste sociaaleconomische klasse.

Gezondheidsachterstanden hebben nadelige effecten op school- en werkprestaties. Ook in Fryslân ervaren mensen met een lagere opleiding hun lichamelijke en geestelijke gezondheid als minder goed dan mensen met een hogere opleiding. Overgewicht, chronische aandoeningen, beperkingen en eenzaamheid komen vaker voor bij Friezen met een lagere opleiding. Ook voldoen zij minder vaak aan de ontbijt- en fitnorm. Risicofactoren als roken, inactiviteit en overgewicht komen vaker voor onder lager opgeleide Friezen dan onder hoger opgeleiden.

Chronische ziekten: vijf speerpunten

Het aantal mensen met een chronische aandoening neemt naar verwachting toe. Ook komt het steeds vaker voor dat mensen meer ziekten en aandoeningen tegelijkertijd hebben. Een aantal chronische ziekten, zoals diabetes en copd, komt steeds vaker en op jongere leeftijd voor. In toenemende mate worden deze ziekten veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Deze ziekten duidt men ook wel aan als 'welvaartsziekten'. Recent onderzoek wijst uit dat een ongezonde leefstijl in veertig procent van de kankergevallen de oorzaak is, zoals in het geval van longkanker door roken. Ook psychische aandoeningen, zoals depressie, houden vaak verband met leefstijl en leefomgeving.

Veel van deze ziekten zijn te voorkomen door gezondheidsbevordering op het gebied van bijvoorbeeld roken, alcohol, overgewicht (bewegen/voeding), depressie en diabetes. Het Ministerie van VWS heeft dan ook in de vorig jaar verschenen nota 'Gezondheid dichtbij' deze onderwerpen als speerpunten gehandhaafd.

Gezondheidssituatie van de Friese jeugd

In 2008 zijn in Fryslân ruim 7000 kinderen geboren. Babysterfte is de perinatale sterfte plus de zuigelingensterfte. De perinatale sterfte⁸ in Fryslân is 8,9 per 1000 geboren. Landelijk ligt de perinatale sterfte op 8,6 per 1000 geboren. De zuigelingensterfte⁹ ligt op 3,7 per 1000 in Friesland en op 4,0 per 1000 in Nederland. De hogere babysterfte in Nederland in vergelijking met andere Europese landen is zorgelijk. In dit kader is, naast verbetering van de (acute) verloskundige zorg, pre conceptie zorg en prenatale

⁸ Perinatale sterfte is de term die gangbaar is als een foetus vanaf 22 weken zwangerschap of een baby in de eerste zeven dagen na de geboorte sterft.

⁹ Zuigelingensterfte is de term die gangbaar is als een levendgeboren kind, geboren na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer, sterft voor de eerste verjaardag.

voorlichting belangrijk. Het is van belang om ouders goed voor te bereiden op wat komen gaat om kinderen de beste start te geven. Ook hierbij is aandacht voor de risicogroepen, zoals aanstaande ouders met een lage sociaal economische status, tienermoeders, aanstaande ouders uit migrantengroepen, van belang.

In Friesland vullen ouders in de eerste weken na de geboorte van hun kind een vragenlijst 'Stevig Ouderschap' in. De vragenlijst brengt risicofactoren voor opvoedingsproblematiek in kaart en selecteert op die wijze gezinnen die kunnen deelnemen aan 'Stevig Ouderschap', een programma voor opvoedingsondersteuning. In de periode 2009-2011 kwam 9% van de gezinnen in Fryslân in aanmerking voor 'Stevig Ouderschap'.

Van de Friezen tot 65 jaar met kinderen heeft 4% zich regelmatig dusdanig zorgen gemaakt over de opvoeding, dat men behoefte had aan deskundige hulp. Ruim 1 op de 10 ouders heeft op het moment van het onderzoek behoefte aan deskundige hulp of advies over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van het kind. Ouders ontvangen die informatie graag via internet of in een persoonlijk gesprek. In 2010 zijn in totaal 2563 contacten met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling geweest¹⁰.

Kijkend naar het overgewicht onder de Friese jongeren valt vooral het hoge percentage overgewicht in klas 1 vmbo op. 19% van de leerlingen heeft hier matig tot ernstig overgewicht. In groep 2 van het basisonderwijs is dit 10%, 15% in groep 7 en voor leerlingen van 2 havo/vwo is het 11%.

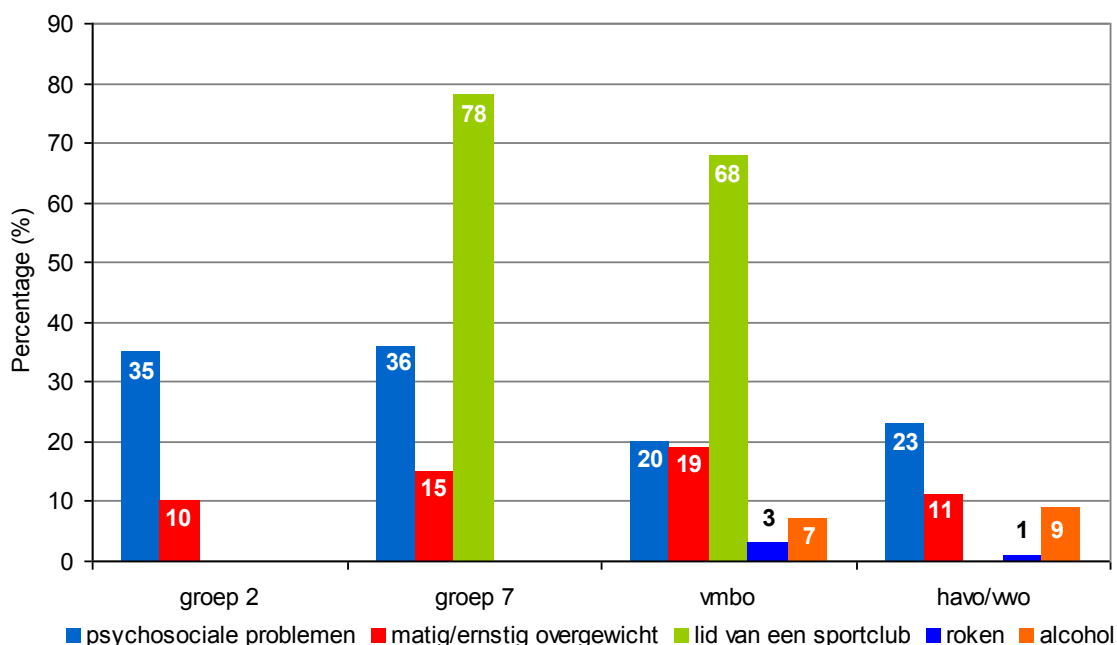
In Fryslân is 78% van de leerlingen van groep 7 van het basisonderwijs lid van een sportclub. In de onderbouw van het voortgezet onderwijs is dit iets minder (68%).

De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat de jeugd in Fryslân veel alcohol drinkt. 7% van de jongeren in Fryslân in klas 1 vmbo drinkt alcohol. Voor klas 2 havo/vwo is dit 9%. Roken doet 3% van de 1 vmbo-leerlingen wekelijks/dagelijks. 1% van de leerlingen in 2 havo/vwo rookt. De trend is dat alcoholgebruik in het algemeen lijkt te zijn afgenomen in de afgelopen drie schooljaren. Het percentage jongeren dat wekelijks/dagelijks rookt is laag, maar lijkt lichtelijk toe te nemen. Bingedrinkende jongeren (minstens vijf glazen alcohol bij tenminste een gelegenheid drinken) scoren in vergelijking met leeftijdsgenoten die niet of weinig alcohol drinken, bovenmatig op recent hasj/wiet gebruik, ooit gebruik van xtc, cocaïne of speed, het bekladden of vernielen van dingen en het pikken van dingen van anderen of uit winkels.

Om psychosociale problematiek sneller te signaleren gebruikt Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in groep 7 van het basisonderwijs de schriftelijke vragenlijst SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaire). De totaalscore op deze vragenlijst geeft een indicatie voor geen psychosociale problematiek, mogelijk psychosociale problematiek (borderline score) of grote kans (95%) op psychosociale problematiek (klinische score). In Fryslân is er voor 7% sprake van een borderline score. Bij 9% is sprake van een klinische score.

In figuur 1 is een aantal indicatoren op een rijtje gezet, die iets zeggen over de gezondheidssituatie van de Friese jeugd. De indicatoren gaan over de vijf speerpunten die VWS heeft opgenomen in de nota 'Gezondheid dichtbij'.

¹⁰ Uit: Advies- en Meldpunten Kindermishandeling Overzicht 2010 via: www.jeugdzorgnederland.nl/contents/.../jaarverslag-amk-2010.pdf



Figuur 1. Gezondheidsituatie van de Friese jeugd

Vanaf de geboorte volgt de JGZ de ontwikkeling van een kind nauwkeurig en zo nodig adviseert zij de opvoeders of verwijst hen naar aanvullende interventies zoals bespreking op het CB+ of het VTO-team. De JGZ arts signaleert ontwikkelingsachterstanden op diverse gebieden. Bij kinderen in groep 2 signaleert JGZ bij 9% van de kinderen een achterstand in de motorische ontwikkeling, bij 9% een achterstand in de spraak- en taalontwikkeling en bij 5% een algemene ontwikkelingsachterstand.

Kinderen die opgroeien in een gezin met een lage sociaaleconomische status, een eenoudergezin of van allochtone afkomst zijn, hebben een groter risico om in een situatie te komen waarin sprake is van opvoed- en opgroei problemen. Van de kinderen uit groep 2 van het basisonderwijs groeit 8% op in een eenoudergezin, is 7% van allochtone afkomst en groeit 16% op in een gezin met een lage sociaal economische status (bepaald aan de hand van het opleidingsniveau van de moeder).

De gezondheidssituatie van volwassenen en ouderen in Fryslân

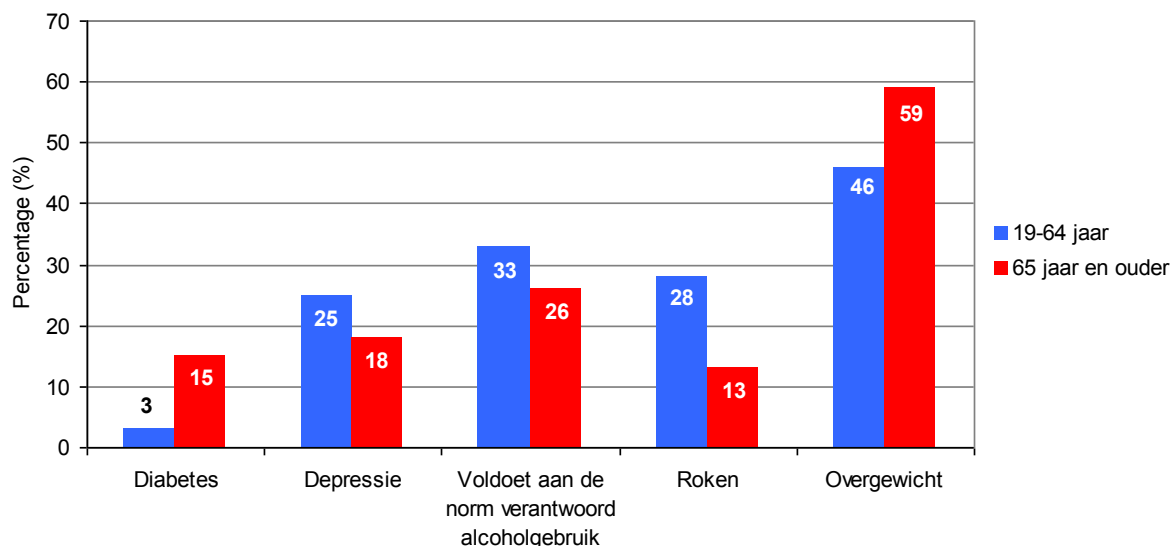
In 2010 beoordeelt het grootste gedeelte van de Friese volwassenen van 19 jaar en ouder zijn of haar gezondheid als goed of uitstekend. Hun leven beoordelen zij gemiddeld met een acht. Wel geldt dat hoe ouder de Fries is, hoe minder positief deze oordeelt over de eigen gezondheid. Het ouder worden gaat bovendien samen met een toename van chronische aandoeningen en beperkingen in de mobiliteit. Deze beperkingen nemen vooral toe wanneer mensen ouder zijn dan 75 jaar.

In Fryslân lijkt het aantal mensen met overgewicht te stabiliseren, hoewel nog bijna de helft van de volwassen bevolking met overgewicht kampt. Mensen met overgewicht hebben vaker te maken met een chronische aandoening en psychische problemen. Ook komen aandoeningen als diabetes en hart- en vaatziekten vaker voor onder mensen met ernstig overgewicht.

Het gebruik van genotmiddelen is afgenomen. In 2010 rookt een kwart van de Friezen en voldoet 31% van de Friezen niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik. In 2005 was dit nog respectievelijk 28% en 35%. Daarnaast is in 2010 23% van de volwassen Friezen ooit

een periode van 14 dagen depressief geweest. Ook dit percentage is ten opzichte van 2005 niet veranderd.

In figuur 2 is weergegeven de gezondheidssituatie van de Friese bevolking ten aanzien van de door het Rijk geformuleerde speerpunten diabetes, depressie, roken, alcoholgebruik en overgewicht.



Figuur 2. Gezondheidssituatie in Fryslân: vijf speerpunten

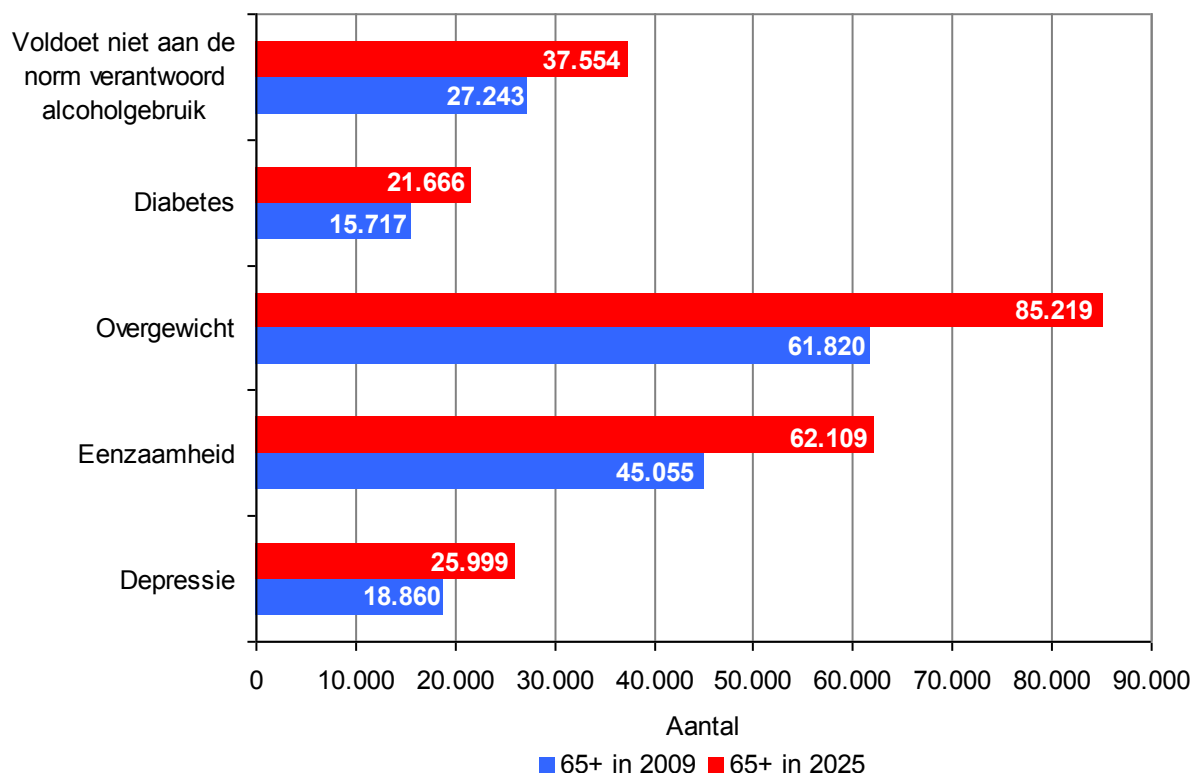
Veel Friezen hebben de intentie hun gezondheid te verbeteren. Van de volwassen Friezen wil 43% gewicht verliezen. Onder de Friezen met overgewicht is zelfs meer dan 60% van plan af te vallen. Verder wil 13% van de Friezen gezonder eten en 35% meer bewegen. Vooral volwassenen onder de 65 jaar willen hun voedingspatroon wijzigen en gezonder gaan eten. Opvallend is dat laagopgeleiden hun leefstijl minder vaak willen veranderen.

Friesland kent wat betreft de gezondheid een aantal risicogroepen. Mensen met een lage opleiding ervaren hun lichamelijke en geestelijke gezondheid minder goed dan hoger opgeleide mensen. Ze ontbijten minder, sporten minder, hebben vaker een chronische aandoening of een beperking, gaan vaker naar de medisch specialist en voelen zich vaker eenzaam. Ditzelfde geldt voor mensen die arbeidsongeschikt of werkloos zijn.

Het aantal mensen met een chronische aandoening in Fryslân is in 2010 gelijk gebleven ten opzichte van 2005. Dit geldt ook voor het aantal mensen met diabetes mellitus. Dementie neemt in Fryslân wel toe, met name onder mensen van 80 jaar en ouder. Vanwege de stijgende levensverwachting en de toename van het aantal ouderen, zal ook het aantal mensen met dementie blijven toenemen. Verder zal bij gelijkblijvend beleid naar verwachting het aantal mensen met depressie, overgewicht en diabetes mellitus groeien.

In 2010 heeft 3% van de Friese volwassenen tot 64 jaar diabetes, boven de 65 jaar is dit 15%.

Wanneer deze cijfers in het licht van de vergrijzing worden bekeken, betekent dit dat er bij gelijkblijvend beleid in 2025 ongeveer 21666 ouderen met diabetes in Fryslân wonen (zie figuur 3).



Figuur 3. Prognose van het aantal 65-plussers met een specifieke aandoening in Friesland in 2025

Door een toenemend aantal chronische aandoeningen zal het karakter van de zorgvraag veranderen. De verwachting is dat in 2020 het aantal chronische aandoeningen groter zal zijn dan het aantal voorbijgaande aandoeningen. Om de zorg ook in de toekomst te kunnen garanderen, is het aan te bevelen nadruk te leggen op het voorkomen van chronische aandoeningen en het beperken van de gevolgen ervan.

M. Bouwmeester (GGD)
J. de Leng (Vlieland)
A.D. de Vries (Ameland)
S. van der Zwaag (Schiermonnikoog)
B. Veld-Wiersma (Terschelling)

September 2013