

nota
Lokaal Gezondheidsbeleid
De Marne
2008-2011



Inhoudsopgave

<i>Gezondheid: het kon minder, maar het kan beter</i>	1
<i>Visie</i>	3
<i>Actuele landelijke ontwikkelingen</i>	5
<i>Bijzondere beleidsdomeinen</i>	6
Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz).....	6
Jeugdgezondheidszorg.....	7
Milieu en gezondheid	9
<i>Doelen en uitvoeringsprogramma</i>	11
<i>Speerpunt Roken</i>	12
<i>Speerpunt Overgewicht</i>	14
<i>Speerpunt Alcoholgebruik</i>	16
<i>Overige thema's</i>	18
<i>Afkortingen</i>	19
<i>Communicatieparagraaf</i>	20
BIJLAGEN	21
Proces totstandkoming nota.....	21
GGD-basistaken vanuit WCPV	22
WMO-prestatievelden	25
Meer informatie	26

Gezondheid: het kon minder, maar het kan beter

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

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

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

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

Uit het Gezondheidsprofiel 2006 van de GGD¹ halen we vervolgens een aantal thema's die vragen om een doelgerichte aanpak, thema's waar we als gemeente zeker wat mee kunnen.

Overgewicht

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

Roken

Een goede tweede op het lijstje van gezondheidsrisico's is de nicotineverslaving. Hoewel het aantal rokers sinds 1990 daalt, is roken nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. De daling is gunstig, want stoppen met roken heeft op elke leeftijd nut. Maar zorgelijk is dat die daling vooral komt door het aantal stoppers op latere leeftijd, terwijl er nog steeds jongeren beginnen te roken. In onze regio rookt 25% van de volwassenen, ongeveer

¹ Meer gegevens over de genoemde gezondheidsproblemen zijn te vinden in het Gezondheidsprofiel 2006 en de Jeugdpeiling 2004 van de GGD Groningen, zie www.ggdgroningen.nl en Jaarverslag 2006 Jeugdgezondheidszorg van Stichting JGZ Groningen

gelijk aan het gemiddelde in Groningen en in Nederland, namelijk 28%. In 2004 rookte 12% van de jongeren in klas 2 en klas 4 (VO).

Alcohol

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

Seks

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

Psychische problemen

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

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

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

Binnenmilieu

Naast deze leefstijlaspecten is ook de directe leefomgeving van belang. Mensen brengen verreweg de meeste tijd binnenshuis door. Het blijkt echter dat de binnenlucht met name in goed geïsoleerde woningen en gebouwen behoorlijk is verontreinigd. Zo ligt het CO₂-gehalte in de meeste scholen en kinderdagverblijven ver boven het acceptabele gehalte. Een slecht binnenmilieu kan luchtwegklachten veroorzaken, maar ook hoofdpijn, vermoeidheid en concentratieproblemen. Ook kan het leiden tot een allergie, astma, beroerte, hartinfarct of infectie. Voor ons is dit reden genoeg om hier serieus aandacht aan te willen besteden.

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

Visie

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

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

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

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

Deze doelen zijn niet nieuw. Vier jaar geleden schreven we als gemeente onze eerste gezondheidsnota. De afgelopen jaren hebben we ervaring opgedaan en de huidige nota borduurt daarop voort. In onze eerste nota hebben we drie speerpunten geformuleerd. Hieronder informeren we u over de evaluatie van de afgelopen jaren;

A. Bevordering gezonde levensstijl:

1. bevorderen gezonde levensstijl, m.n. onder kinderen en jongeren:

In de afgelopen jaren heeft het project "Kies voor Hart en Sport" in de gemeente gedraaid. Om kinderen de mogelijkheid te bieden kennis te laten maken met een –voor hen- nieuwe sport is met sportverenigingen afgesproken dat kinderen een aantal proeflessen konden krijgen. In de eerste twee jaren is hiervan veelvuldig gebruik gemaakt. In de laatste twee jaren is het aantal deelnemende verenigingen sterk verminderd en is uiteindelijk het project gestopt. De oorzaak van de vermindering van het aantal deelnemende verenigingen is gelegen in het feit dat men de aan dit project deelnemende kinderen ná de proeflessen niet meer terug zag op hun vereniging. De inspanning was –voor de verenigingen- groter dan het resultaat.

Naar aanleiding van het ingediende projectvoorstel is met ingang van 1 januari 2007 het project Buurt-Onderwijs-Sport gestart. De evaluatie van dit project zal in de volgende nota Lokaal Gezondheidsbeleid worden meegenomen.

Verder heeft er in de afgelopen jaren een incidentele subsidiëring van preventieactiviteiten plaatsgevonden.

2. bevorderen informatieverstrekking over gezonde leefstijl en verbetering toegang tot deze informatie:

Er is een informatiepunt gezondheid in het gemeentehuis geplaatst. Dit bestaat uit een folderzuil en een internetzuil. Het informatiepunt gezondheid heeft enige attentiewaarde gehad voor gezondheidsthema's maar er werd niet overtuigend gebruik van gemaakt. De folderzuil staat nu in het steunpunt te Kloosterburen. Het komende jaar zal hiervoor een nieuwe plek worden uitgezocht.

B. Stimulering van bereikbaarheid en toegankelijkheid basisvoorzieningen:

1. stimulering aanwezigheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid basisvoorzieningen:

Hieruit zijn geen concrete resultaten te benoemen, behalve dat de gemeente en St. Jeugdgezondheidszorg in de afgelopen jaren veelvuldig contact hebben gehad over met name de huisvesting van de consultatiebureaus. Op

dit moment zijn er nog 3 consultatiebureaus. Door het overleg proberen we dit aantal in ieder geval te behouden.

Ook is er in de afgelopen jaren overleg gevoerd met de huisartsen, tandartsen en de doktersdienst. Op dit moment is het aantal huisartsen en tandartsen stabiel. Daarnaast is er in april 2007 een verloskundigenpraktijk opgericht in de gemeente.

2. op de hoogte brengen van de bevolking van het huidige aanbod in zorg- en welzijnsdiensten:

In de afgelopen jaren zijn twee informatievoorzieningen in de gemeente tot stand gekomen; het Loket voor Wonen, Welzijn en Zorg en het zoekstelsel van INVIS. Bij het Loket krijgen mensen informatie en advies over onder andere het huidige aanbod in zorg- en welzijnsdiensten. In het begin kwamen burgers veelal voor een aanvraag van een voorziening in het kader van de WVG. Gaandeweg wordt door burgers de gang naar het Loket vaker gemaakt. De medewerkers van het Loket wijzen niet alleen een aanvraag toe of af, maar bezien ook andere mogelijkheden om een cliënt te helpen. Door gebruik te maken van het INVIS stelsel kunnen medewerkers van het Loket en cliënten vanuit huis zoeken naar het aanbod van diensten en producten in en rond deze gemeente.

C. Ontwikkeling vangnet openbare geestelijke gezondheidszorg:

1. verdere uitwerking vangnet:

Het vangnet heeft in de afgelopen jaren een vaste vorm gekregen. Meerdere instanties overleggen 1 keer per 2 maanden. Partners in dit overleg zijn o.a. politie, Wierden en Borgen, GGD, Lentis (was GGZ), Maatschappelijk Werk, GV (gespecialiseerde verzorging), VNN e.a. Tijdens dit overleg wordt gesproken over alle lopende zaken.

2. monitoring aard en omvang OGGz-problematiek:

De monitoring is moeilijk te realiseren. Dit is gelegen in een tweetal factoren; allereerst is de vergaderfrequentie te laag om effectief te monitoren. Daarnaast is een karaktereigenschap van de OGGz problematiek dat het veelal *verborgen* problematiek betreft. Hierom is het niet mogelijk te weten wat de exacte aard en omvang van de problematiek is.

3. protocollering aanpak bemoeizorg:

Er is in de afgelopen jaren niet geprotocolleerd. Dit vindt vooral oorzaak in het feit dat iedere probleemsituatie uniek is en er geen "standaardformule" voor is. De problemen worden vaak ad hoc opgelost in onderling overleg tussen de participerende instanties en dit maatwerk is van groot belang voor het effectief oplossen van de aanwezige problemen.

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

Een cruciale factor is ook dat verschillen in gezondheid en sterfte voor een belangrijk deel verklaard worden door de sociaal-economische status, kortweg de mix tussen inkomen en opleiding. Een lagere sociaal-economische status (SES) hangt samen met meer ziekte en een ongezondere leefstijl.

Werkgelegenheid en sociale zaken spelen dus ook een belangrijke rol. Kortom, lokaal gezondheidsbeleid is bij uitstek integraal beleid.

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

Actuele landelijke ontwikkelingen

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

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

Per 1 januari 2007 is de *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)* in werking getreden. Deze wet decentraliseert verantwoordelijkheden van het Rijk naar de gemeenten op zo'n manier dat een groot deel van gemeentelijke verantwoordelijkheden met een aantal nieuwe taken worden samengebracht in één wettelijk kader. De wet maakt gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning, omdat zij beter zicht hebben op de plaatselijke situatie dan de rijksoverheid. Het doel van de Wmo is het meedoen van alle burgers aan alle facetten van de samenleving, zo mogelijk met hulp van familie, vrienden of bekenden. De negen prestatievelden die zijn omschreven in de WMO (zie bijlage #) raken veelal aan onderwerpen die ook in het lokale gezondheidsbeleid van belang zijn, vooral op het gebied van bevorderingstaken. De prestatievelden 2 (*Preventieve ondersteuning jeugd*) en 8 (*Openbare Geestelijke Gezondheidszorg -OGGZ*) zijn hier goede voorbeelden van. In de bijlage wordt de relatie tussen de WCPV en de WMO nader beschreven.

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

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

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

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

Bijzondere beleidsdomeinen

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

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz)

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

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

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

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

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

De gemeente Groningen heeft als centrumgemeente extra taken en middelen gekregen voor de OGGz. Die middelen zijn ook bestemd de regiogemeenten. Voor de verdeling van deze middelen is een gebiedsgerichte benadering gekozen. De gemeente De Marne vormt een cluster met de gemeenten Bedum en Winsum. In het kader van het verbeteren van de provinciale netwerkstructuur krijgt ons cluster voor de regievoering een bedrag van €15.000,- toebedeeld en een bedrag van €45.000,- voor de versterking van meldpunten overlast en zorg en voor de coördinatie van de OGGz. Over de inhoud en randvoorwaarden waarbinnen deze middelen besteed worden nadere afspraken gemaakt.

Wat willen we bereiken?

We hebben de volgende ambities:

- goede samenwerking tussen verschillende instanties;
- sterke coördinatiefunctie
- een integrale probleemgestuurde werkwijze en
- afstemming met andere bestaande zorgnetwerken (zoals het ZAT, preventie-units en Thuisfront Huiselijk Geweld).



- verbeteren van bereikbaarheid van verslavings- en psychiatrische zorg voorzieningen (zoals het VNN en Lentis)

Mike

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

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

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

Wat gaan we doen?

Om deze ambities te verwezenlijken zullen we aan de volgende ontwikkelpunten moeten werken:

1. Versterken van de coördinatiefunctie voor de uitvoeringsnetwerken door het samenwerkingsproces tussen de partijen uit de backoffice te verbeteren
2. Het versterken van de keten door de mogelijkheden te onderzoeken hoe de schakels tussen inwoners, sleutelfiguren en hulpverleners uit het netwerk kunnen worden verbeterd.
3. Samenwerking met gemeenten in de regio verbeteren op het terrein van coördinatie en signalering
4. Verbeteren van afstemming tussen diverse lokale netwerken
5. Mogelijkheden voor bestuurlijke samenwerking op het gebied van OGGz in de regio onderzoeken.
6. Nagaan of de OGGz-overleggen op uitvoerend niveau efficiënter kunnen
7. Onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om een meldpunt voor OGGz signaleerders burgers, hulpverleners etc. op te zetten c.q. te installeren.
8. realisatie spreekuur van o.a. verslavings- en psychiatrische zorg.

Uiteindelijk moet dit ertoe leiden dat burgers minder snel in de problemen komen, de problemen eerder in beeld zijn en hulpverlening sneller wordt geboden.

Jeugdgezondheidszorg

Als stelregel wordt er meestal gehanteerd dat het landelijk gezien met 85 % van de kinderen goed gaat, over 15 % van de kinderen bestaan zorgen en over 5 % zelfs grote zorgen. In de afgelopen jaren is er zowel landelijk, provinciaal als lokaal veel op gang gekomen op het gebied van het jeugdbeleid.



Geconstateerd werd dat jeugdhulpverleners in dergelijke ernstige situaties langs elkaar heen werken, en dat de zorg niet dáár komt waar die het meest nodig is. De wetgeving is bijgesteld (WCPV, Wet op de jeugdzorg). De regie voor het lokale jeugd beleid (de 5 gemeentelijke functies in het kader van de Wet op de Jeugdzorg) is overgeheveld naar de gemeenten en het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg werd vastgesteld. De Operatie Jong heeft landelijk een aantal ontwikkelingen gestimuleerd zoals het wegwerken van wachtlijsten bij Bureau Jeugdzorg, het Elektronisch Kind Dossier, de Verwijsindex risicjongeren, de Zorg Advies Teams en de Centra voor Jeugd en Gezin. Provincies hebben vanuit de Wet op de Jeugdzorg de taak de gemeenten te ondersteunen bij de aansluiting van het lokale jeugd beleid op de jeugdhulpverlening.

De gemeente is nu als regisseur verantwoordelijkheid voor het lokale jeugd beleid door:

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

Wij als gemeente hebben tot taak om met de lokale samenwerkingspartners: GGD, Stichting JGZ, Schoolmaatschappelijk werk, Schoolbegeleidingsdienst, Bureau jeugdzorg en GGZ jeugd een sluitende Jeugdzorgketen te vormen, inclusief een opvoedingsondersteuningsaanbod aan ouders. Deze opvoedingsondersteuning is ook in prestatieveld 2 van de WMO een belangrijk punt van gemeentelijke aandacht. Het kabinet heeft middelen vrijgemaakt om gemeenten te ondersteunen deze zaken lokaal of regionaal te implementeren.

Wat willen we bereiken?

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

Klaske

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

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

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

Wat gaan we doen?

1. Er wordt onder regie van de gemeente een visie ontwikkeld waar de gezamenlijke partners op af willen koersen in de eigen lokale (regionale) situatie.
2. Deze visie wordt vertaald in een beleidsnotitie lokaal (regionaal) jeugdbeleid.
3. Het EKD en de verwijfsindex-risicjongeren worden ontwikkeld.
4. Met behulp van het Zorg Advies Team wordt de jeugdzorgketen kritisch bekeken op hiaten, dubbels en ontoereikende samenwerking.
5. Er wordt op basis van het landelijke model een lokale (regionale) variant van het Centrum voor Jeugd en Gezin ontwikkeld en geïmplementeerd, i.s.m. de gemeenten Winsum en Eemsmond en het CMO.
6. De beleidsnotitie wordt geëvalueerd op de realisatie van de doelstellingen.

Milieu en gezondheid

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

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

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

Wat willen we bereiken?

We willen de factor 'gezondheid' een meer nadrukkelijke rol laten spelen in ons milieubeleid en de ruimtelijke ontwikkeling. Daarbij gaat gezondheid een rol spelen in een vroeg stadium van planvorming. We zoeken naar samenhang met actuele beleidsthema's zoals leefomgeving en duurzaamheid. We zullen onze burgers blijven informeren over het thema milieu en gezondheid.

Milan en zijn burens

Hij woont er al een tijdje, in die grote nieuwbouwwijk, maar het is er zo anders dan in zijn geboorteland, hij kent zelfs z'n burens nog niet. Tot op een dag twee mensen voor zijn deur staan: of hij wel wil tekenen op de protestlijst tegen de UMTS-mast? De gemeente had al een vergunning afgegeven, maar daar gingen ze een stokje voor steken: het was toch hún gezondheid die bedreigd werd? En ze hadden nota bene nog wel zoveel zienswijzen ingediend op het voorgenomen gunningbesluit! Milan snapte niet zo goed waar ze het over hadden maar wilde ook niet onaardig zijn, en tekende. Sterker nog, hij ging zelfs naar de informatiebijeenkomst die als antwoord op het wijkprotest werd belegd.

Daar waren deskundige mensen, van het Antennebureau, het Agentschap Telecom en ook een medisch milieukundige van de GDD. Ze legden uit dat er geen enkele reden was om je zorgen te maken. Milan begreep niet alles, maar wél dat de mensen beter eerder hadden kunnen worden voorgelicht. Dat gaf de wethouder tenslotte ook toe, hij beloofde dat het voortaan anders zou worden aangepakt. Morrend betrokken de bewoners naar huis, maar voor Milan kon de avond niet meer stuk: bij zijn burens werd nog lang nagepraat, en hij werd meegevraagd!

Wat gaan we doen?

De uitvoering van het milieubeleid is vastgelegd in het milieubeleidsplan en zal tevens in het leefomgevingontwikkelingsplan worden opgenomen. De verwachting is dat dit plan in 2008 gereed is. In dit milieubeleid wordt aandacht besteed aan verschillende onderwerpen, zoals o.a. milieu, luchtvervuiling, geluid, bodemverontreiniging.

Doelen en uitvoeringsprogramma

In de komende hoofdstukken beschrijven we de speerpunten en doelstellingen waar de gemeente de komende vier jaar aandacht aan wil besteden. Naast de in het vorige hoofdstuk benoemde beleidsterreinen zijn er namelijk ook specifieke gezondheidsproblemen en/of -risico's die we willen beperken. Deze hebben we in het eerste hoofdstuk al kort beschreven. Hierna diepen we alle thema's verder uit en geven we aan wat we als gemeente gaan doen.

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

De context van de interventie is echter ook belangrijk; het is niet altijd zo dat een effectieve interventie elders in het land ook in onze gemeente effectief zal zijn. Daarnaast zijn ook niet alle interventies op hun effectiviteit te beoordelen, omdat gezondheid een complexe zaak is. Als gemeente kiezen we zoveel mogelijk voor effectieve en veelbelovende interventies en anders voor interventies waarvan redelijkerwijs te verwachten valt dat ze -op termijn- de gewenste invloed zullen hebben.

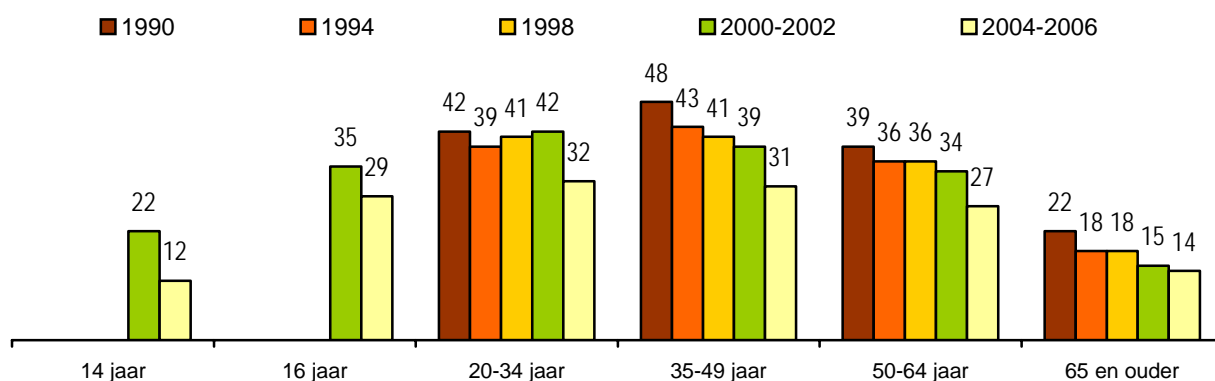
Speerpunt Roken

Preventie van roken (dus het niet beginnen met roken) is één van de onderwerpen waaraan gemeenten volgens het ministerie van VWS aandacht moeten besteden. Want preventie is van belang om de grootste gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten en kanker, in de toekomst te voorkomen. Gemeenten kunnen landelijke maatregelen voor tabakspreventie ondersteunen door eigen beleid te ontwikkelen waarbij verschillende groepen binnen de gemeenten zijn betrokken.

De grootte van het probleem

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

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



Doelstellingen en doelgroep

De landelijke doelstellingen zijn: in 2010 rookt nog 20% van de Nederlandse volwassen bevolking en de blootstelling aan tabaksrook in de omgeving is verder gedaald. De gemeente De Marne gaat investeren in het terugdringen van het aantal rokers en meerokers. Concreet richten de inspanningen zich dan op:

- het voorkomen van gaan roken door jongeren;
- het voorkomen van meerroken;
- het ondersteunen van rokers die willen stoppen met roken.

Inventarisatie en mogelijke acties

Interventies op het gebied van roken/tabak dienen met elkaar samen te hangen. Als er meer rokers stoppen met roken, de samenleving steeds meer rookvrij wordt, dan worden jongeren steeds minder

geconfronteerd met roken en andermans rookgedrag. Minder jongeren zullen gaan roken. Bovendien leidt een verhoging van het aantal gestopte rokers en een vermindering van het aantal nieuwe rokers tot een betere bescherming van de niet-rokers. Voor het opzetten van een effectief beleid is ondersteuning vanuit andere sectoren binnen gemeente De Marne van belang. In de gemeente worden de komende periode afspraken gemaakt met de sector onderwijs en organisaties die een rol spelen bij de handhaving. Bij het opzetten en uitvoeren van de interventies kan samenwerking gezocht worden met organisaties zoals GGD, VNN en gezondheidscentra.

We willen voorkomen dat de jeugd gaat roken door bijvoorbeeld gebruik te maken van interventies als 'Rookvrije School' en Actie Tegengif. Daarnaast willen we het meerroken voorkomen, door aandacht te vragen voor niet-roken waar kleine kinderen bij zijn.

Denise

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

Wat gaan we doen?

- voorlichting op scholen
- afspraken met scholen
- gebruik van interventies als "rookvrije school" en "tegengif"
- in overleg met de huisartsen stimuleren van het stoppen met roken
- incidentele subsidieverstrekking

Speerpunt Overgewicht

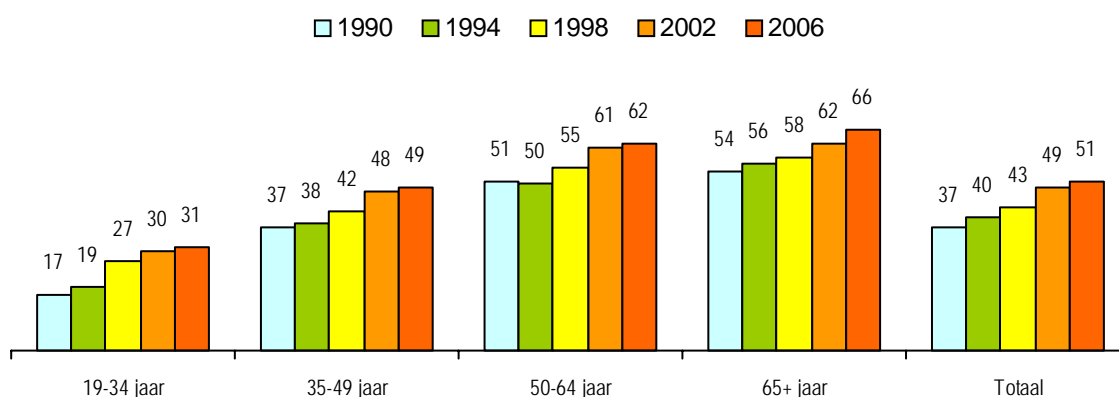
Overgewicht is een prioriteit in de nieuwe gezondheidsnota van de rijksoverheid, waaraan ook gemeenten veel aandacht dienen te schenken. Mensen met overgewicht hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

De grootte van het probleem

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

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

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



Doelstellingen en doelgroep

Preventie van overgewicht in De Marne richt zich zowel op het voorkómen van het ontstaan van overgewicht als op het voorkómen dat mensen die al overgewicht hebben verder toenemen in gewicht. Een effectieve aanpak van overgewicht richt zich niet alleen op voorlichting over gezond eten en voldoende beweging. Ook kan de fysieke en sociale omgeving zo worden ingericht, dat die uitnodigt tot bewegen en een gezond voedingspatroon stimuleert. Dit betekent het beïnvloeden van verschillende 'settings': thuis, op school, op het werk en in de wijk.

De Marne heeft de volgende doelstelling voor de aanpak van overgewicht:

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

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

Inventarisatie en mogelijke acties

Om deze doelstellingen te realiseren willen we samenwerking zoeken en/of versterken met onder andere Thuiszorg, GGD, Huis voor de Sport, gezondheidscentra en huisartsen, maar ook met bijvoorbeeld gemeentelijke beleidssectoren als sport en jeugd. Binnen dit programma wordt een aantal maatregelen op het gebied van voeding en bewegen ingezet, gericht op zowel het individu als de omgeving.

Belangrijkste invalshoeken voor preventie zijn bewegingsstimulering en het stimuleren van gezonde voeding, bijvoorbeeld door een gezond kantinebeleid op school en in sportaccommodaties.

Tommie

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

Wat gaan we doen?

- BOS project
- voorlichting op scholen
- aansluiting zoeken bij landelijke preventie-initiatieven (bijv. project “schoolgruiten”)
- incidentele subsidiëring
- onderzoeken mogelijkheden sportstimulering, -begeleiding en –voorlichting gehandicapte kinderen

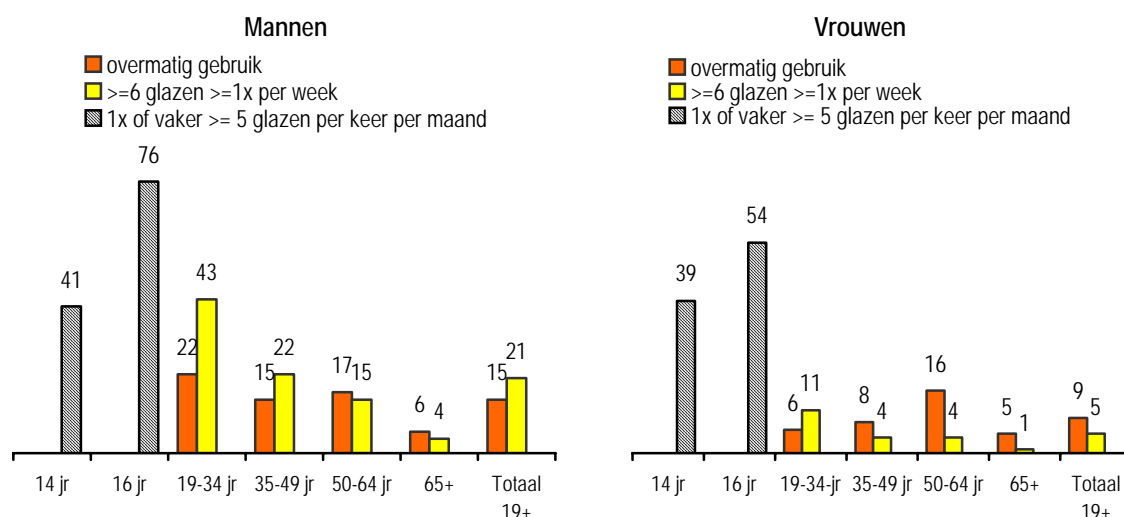
Speerpunt Alcoholgebruik

Alcoholgebruik brengt veel gezondheidsrisico's en maatschappelijke problemen met zich mee. Onderzoek toont aan dat de Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Een ontwikkeling waar wij ons binnen de gemeente De Marne zorgen over maken.

De grootte van het probleem

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

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



Doelstellingen en doelgroep

Het kabinet wil de komende 4 jaar het alcoholgebruik op jonge leeftijd voorkomen, vooral onder 16 jaar. Daarnaast richt het kabinet zich op de preventie van schadelijk en overmatig alcoholgebruik van oudere jongeren en probleemdrinkers. Ons lokaal beleid zal hier bij aansluiten.

Op basis van de gegevens zal preventie van alcoholgebruik zich vooral toespitsen op jeugd en ouders in gemeente De Marne. De Marne heeft de volgende doelstellingen voor de aanpak van alcoholgebruik binnen deze doelgroep:

- 75 % van de jongeren van 12 – 16 jaar wordt bereikt met voorlichting (en met name VMBO-leerlingen);
- alcoholconsumptie onder 16 jaar wordt teruggedrongen.

Met het bereiken van deze doelstellingen mag worden verwacht dat de risico's van onverantwoord alcoholgebruik onder de doelgroep jongeren aanzienlijk zijn verminderd.

Inventarisatie en mogelijke acties

Om bovenstaande doelstellingen te realiseren zoeken we samenwerking met organisaties zoals GGD, VNN, jeugd- jongerenwerk en politie. Hieronder staan een aantal interventiemethoden opgesomd ter bestrijding c.q. vermindering van alcoholgebruik onder jongeren.

Het is van belang om de problematiek integraal te benaderen door de belangrijke invalshoeken van alcoholbeleid te combineren: gezondheidsbeleid/jeugdbeleid en openbare orde & veiligheid. Vanuit meerdere beleidsterreinen is er, vanuit verschillende gezichtspunten, belang bij het terugdringen van de nadelige gevolgen van alcoholgebruik.

Mark en zijn vrienden

Even buiten het dorp staat de oude caravan van de ouders van Mark. Een groepje jongeren, vrienden en vriendinnen van Mark komt hier elke zaterdagavond bij elkaar. Er wordt gepraat, geflirt, muziek gemaakt en veel alcohol gedronken. Zoveel, dat de meeste aan het eind van de avond behoorlijk aangeschoten of zelfs behoorlijk dronken zijn. Dan doen ze wel eens dingen waar ze achteraf spijt van krijgen – zoal die keer dat ze dat bushokje te grazen namen, ‘voor de gein’. En ja, dat werd dus dokken! Op een dag belandt één van hen, Klaas-Jan, met een alcoholvergiftiging in het ziekenhuis. De ouders van Mark’s vriendin Maaike schrikken hier zo van dat ze een instelling voor verslavingszorg bellen. ‘Of daar nou niets aan gedaan kan worden’. Daar doen ze goed aan, want in overleg met de school, het jongerenwerk en de gemeente ligt er een paar maanden later een plan voor een preventieproject op school...

Wat gaan we doen?

- voorlichting scholen
- afspraken jeugdsozen en horeca
- intensieve samenwerking met jeugd- en jongerenwerk
- deelname aan project alcohol-jeugd (VNN)
- incidentele subsidiëring

Overige thema's

Naast de reeds genoemde speerpunten zijn er natuurlijk meer thema's welke volksgezondheid betreffen. Twee van deze thema's zijn "eenzaamheid" en "binnenmilieu". Binnen De Marne zijn reeds veel initiatieven op dit gebied, welke hieronder kort besproken zullen worden.

Eenzaamheid

Om eenzaamheid tegen te gaan zijn er reeds veel initiatieven gestart (en enkele ook afgerond). Zo is er in zuidwestelijke deel van de gemeente een Flexbus ingezet. De Flexbus rijdt door de kleine dorpskernen gelegen tussen Zoutkamp, Ulrum en Leens. Omdat het aantal ouderen sterk vermeerderd en de komende jaren de toename van ouderen eerder zal toenemen dan afnemen willen we deze mensen de mogelijkheid bieden zo lang mogelijk zelfstandig te wonen. Door de inzet van de Flexbus kunnen ouderen woonachtig in de kleine kernen zich vaker en makkelijker verplaatsen (voor het doen van boodschappen, op bezoek gaan bij een vriend of vriendin, etc.).

Naast dit initiatief worden er in De Marne in de vijf (relatief) grote kernen steunpunten (ook wel ontmoetingspunten genoemd) opgezet. Aanvankelijk waren deze steunpunten bedoeld voor de doelgroep ouderen, maar uiteindelijk is het steunpunt te gebruiken door een ieder die hier behoefte aan heeft. Men kan er terecht voor een kopje koffie of thee, voor informatie, om gebruik te maken van de internetcafés, voor activiteiten, af en toe een gezamenlijke maaltijd, etc.

Bovenstaande initiatieven trachten o.a. eenzaamheid te bestrijden. Ook verstrekt De Marne subsidies aan alle ouderenactiviteitengroepen binnen de gemeentegrens. Toch zijn er een aantal mensen die niet bereikt worden door deze initiatieven. Het betreft hier de zgn. verborgen problematiek. Om ondersteuning te bieden aan deze 'onzichtbare' groep is er een uitgebreid OGGz-netwerk (zie ook pagina 4), welke probeert deze groep mensen te helpen.

Binnenmilieu

Ter bevordering van een gezond binnenmilieu worden ook meerdere initiatieven ontplooid. Hieronder worden deze puntsgewijs opgesomd. Acties waar op dit gebied aan gedacht wordt zijn:

- stimuleren dat bij nieuwbouw of renovatie een Programma van Eisen wordt gehanteerd dat is gebaseerd op het concept 'Gezondere Woning' van BAM/Senter Novem;
- in bestaande woningbouw streven we naar het volledig verdwijnen van afvoerloze geisers in 2010 en het bevorderen van voldoende (mechanische) ventilatie in het kader van woningverbeteringstrajecten;
- voor nieuwbouw en renovatie van schoolgebouwen wordt een gezond binnenmilieu als criterium meegenomen in het Programma van Eisen;
- in schoollokalen worden niet meer kinderen geplaatst dan passen bij de in de bouwvergunning vastgelegde ventilatievoorzieningen;
- via voorlichting op scholen, kinderdagverblijven en aan burgers bevorderen we een juist ventilatiegedrag.

Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BO	Basisonderwijs
BOS	Buurt Onderwijs Sport
EKD	Elektronisch Kind Dossier
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg
GSM	Global System for Mobile communication
GV	Gespecialiseerde Verzorging
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg
SES	Sociaal Economische Status
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
St. JGZ	Stichting Jeugdgezondheidszorg
UMTS	Universal Mobile Telecommunications System
VNN	Verslavingszorg Noord Nederland
VO	Voortgezet Onderwijs
VWS	Volksgezondheid Welzijn Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WVG	Wet Voorziening Gehandicapten

Communicatieparagraaf

verantwoording en volgen van de uitvoering

Er zullen vier jaarrapportages worden geschreven waarin het desbetreffende jaar wordt geëvalueerd. Deze rapportages zullen ter informatie aan de raad worden aangeboden in het eerste kwartaal van het jaar volgend op het jaar waarop de rapportage betrekking heeft.

BIJLAGEN

Proces totstandkoming nota

1. bespreking conceptnota Lokaal Gezondheidsbeleid in het college van B&W (27 november 2007)
2. inspraak- en adviesronde extern (december 2007 - februari 2008)
3. evt. aanpassingen doorvoeren n.a.v. inspraak- en adviesronde extern (weken 9 en 10, 2008)
4. bespreking definitieve nota Lokaal Gezondheidsbeleid in het college van B&W (11 maart 2008)
5. definitieve vaststelling in raad (22 april 2008)

GGD-basistaken vanuit WCPV

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

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

1. Bevorderingstaken:

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

- **Onderzoek (epidemiologie)**

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

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

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

- **Beleidsadviesing**

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

- **Gezondheidsbevordering**

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

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

2. Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz)

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

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

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

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

3. Medische milieukundige zorg

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

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

4. Technische hygiëne:

• Technische hygiënezorg

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

• Technische hygiëne-inspectie

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

5. Infectieziektebestrijding

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

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

- voorbereiding op mogelijke grootschalige uitbraken van infectieziekten.

6. Jeugdgezondheidszorg

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

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

WMO-prestatievelden

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) omschrijft ‘maatschappelijke ondersteuning’ in negen prestatievelden²:

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

Relatie tussen de Wcpv en Wmo

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

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

² bron: ‘GGD partner in de Wmo’, GGD Groningen, 2007

Meer informatie

Gemeente De Marne

bezoek: R. Ritzemastraat 2, 9965 TD
correspondentie: Postbus 11, 9965 ZG
Leens
tel. 0595 575500
fax 0595 571249
e-mail: gemeente@demarne.nl
website : www.demarne.nl

GGD Groningen

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

zijn te vinden op bovenstaande website via Hulpverleningsdienst/ Gezondheid /
Gezondheidsinformatie Groningen
www.hulpverleningsdienstgroningen.nl

Ministerie van VWS

www.minvws.nl

WMO

www.invoeringwmo.nl

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

<http://wetten.overheid.nl>

RIVM

www.rivm.nl

