

GEZONDHEID!



Kadernota lokaal gezondheidsbeleid Midden-Drenthe 2008-2012
concept juli 2008

Foto voorpagina: markt in Otavalo, Ecuador – je hoeft niet rijk te zijn om gezond te kunnen eten

Voorwoord

Hiermee presenteren wij u met trots de kaders voor het nieuwe gezondheidsbeleid. Het is resultaat van bezinning op de uitkomsten van het beleid in de afgelopen jaren, van een werkconferentie met een brede groep betrokkenen en van gesprekken met beleidsmedewerkers van andere beleidsterreinen en met deskundigen op het gebied van volksgezondheid. Met deze inzet hebben we een gedegen en breed gedragen beleid kunnen formuleren. De volgende stap is de realisatie van het beleid. Ook daarbij zullen we de mensen betrekken die ermee te maken krijgen.

Gezondheid is een groot goed en we moeten daarmee zorgvuldig omspringen. Voor een deel hebben mensen dat zelf in de hand; de gemeente kan daarbij een stimulans geven. Dit geeft ook de beperking aan van de invloed die de gemeente heeft op de volksgezondheid. Des te meer is het een uitdaging om de inwoners te verleiden tot gezond gedrag, voor henzelf en voor de mensen om hen heen.

Gezondheid!

namens het college van burgemeester en wethouders

Mary Looman-Struijs
wethouder volksgezondheid

Inhoud

	Bladzijde
Samenvatting	5
Inleiding	7
Hoofdstuk 1 – het kader: wat willen wij in Midden-Drenthe?	9
1.1 Visie: richten op jong en oud in eigen omgeving	9
1.2 Ambities	10
1.3 Doelen	11
Hoofdstuk 2 – de omgeving: waar hebben we mee te maken?	13
2.1 Lokaal beleid	13
2.2 Landelijk beleid	14
2.3 Samenwerking	15
Hoofdstuk 3 – de uitvoering: hoe organiseren we die?	17
3.1 Regie	17
3.2 Plan van aanpak	18
3.3 Financiën	18
Bijlage 1 – Resultaten van de werkconferentie in maart 2008	21
Bijlage 2 – Evaluatie nota 2004-2008	27
Bijlage 3 – De huidige gezondheidssituatie	31
Bijlage 4 – Raakvlakken met andere beleidsterreinen	35
Bijlage 5 – Streefcijfers in percentages	41
Bijlage 6 – Begroting en dekking	43

Samenvatting

Wat is de visie van Midden-Drenthe op het lokaal gezondheidsbeleid en welke speerpunten zijn benoemd? Wat is het speelveld van lokaal gezondheidsbeleid? Welke werkwijze wordt gekozen? In deze samenvatting leest u in vogelvlucht antwoorden op deze vragen.

Visie

De gemeente richt zich op jong en oud in eigen omgeving:

“Mensen zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun eigen gedrag en leefstijl. Zij hebben recht op informatie, stimulans en ondersteuning bij het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. De succeskans en het bereik is het grootst als dat gebeurt op jonge leeftijd. De sociaal- economische status mag geen verschil uitmaken voor de gezondheid. Mensen hebben ook recht op ondersteuning bij collectieve gezondheidsproblemen. Dat geldt in het bijzonder voor de groeiende groep ouderen als gevolg van de ‘Drentse vergrijzing’, die sterker is dan in andere delen van het land. De steun kan het best geboden worden dicht bij huis en de Midden-Drentse aanpak van wijk- en dorpsgericht werken is hiervoor bij uitstek geschikt.”

Ambities

Daarvoor zijn de volgende ambities geformuleerd:

1. bevorderen van een gezonde leefstijl
2. verbeteren van het psychosociaal welbevinden
3. voorkomen en bestrijden van sociaal isolement
4. voorkomen en bestrijden van alcoholmisbruik
5. verbeteren van de ketensamenwerking
6. ontwikkelen van facetbeleid (gezondheid is aspect binnen andere beleidsterreinen).

Deze ambities zijn verder uitgewerkt in de vorm van meetbare doelen. Daarmee kan aan het eind van de beleidsperiode een beeld geschetst worden van de mate waarin de ambities zijn waargemaakt.

Uitvoering

Wettelijke basis voor gezondheidsbeleid is de wet op de collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Voor de uitvoering van het algemeen gezondheidsbeleid werkt Midden-Drenthe samen met de andere Drentse gemeenten bij het in stand houden en aansturen van de GGD Drenthe. Deze instelling is ook bij de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid een belangrijke partner. De tweede bovenlokale partner is de thuiszorginstelling Icare. Daarnaast zijn er meerdere (boven)lokale partners. Op basis van een plan van aanpak maakt het college afspraken met de uitvoerende instellingen en verenigingen over de activiteiten die bijdragen aan de doelen. De gesubsidieerde instellingen krijgen te maken met een gewijzigd subsidiebeleid waarbij afspraken gemaakt worden over de resultaten.

Regie

De gemeente neemt de regie door:

- het bepalen, het bij elkaar brengen van- en verbindingen leggen tussen de juiste partijen
- het bewaken van de voortgang, het aanspreken op eigen verantwoordelijkheid en overzicht houden;
- te zorgen voor draagvlak voor beleidsdoelen;
- betrekken van andere beleidsterreinen.



Gezond gedrag: bewegen

Inleiding

Inspelen op veranderingen

De lopende nota lokaal gezondheidsbeleid gaat over de periode 2004-2008 en de voorliggende nota is een vervolg daarop. Met het vaststellen van de nieuwe nota voldoet de gemeente aan een wettelijke verplichting. Maar bovenal grijpt de gemeente de gelegenheid aan om in te spelen op veranderingen in de samenleving en om de samenwerking met de partners opnieuw neer te zetten.

Samen bouwen op historie

Deze nota is op interactieve wijze tot stand gekomen waarbij de resultaten van een werkconferentie leidend zijn geweest¹. Betrokkenen zijn belangengroepen, uitvoerende instellingen, gemeenteraadsleden, wethouders en beleidsambtenaren. Verder is er een beknopte evaluatie van het beleid in de periode 2004-2008² waarop deze nota voortbouwt. Activiteiten die ingezet zijn in deze periode en die bijdragen aan de doelen voor het nieuwe beleid worden voortgezet. Tot slot leveren de onderzoeken van de GGD Drenthe naar de staat van de gezondheid in (Midden-)Drenthe³ belangrijke bouwstenen, met name bij de formulering van doelen.

Accent leggen op collectieve preventie

De wet op de collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) is wettelijke basis voor het gezondheidsbeleid. Deze wet is sterk voorschrijvend als het gaat om de uitvoering van infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Dit doen de GGD en Icare. De inhoudelijke beleidsvrijheid van gemeenten zit vooral in de collectieve preventie en dat is de hoofdmoot van deze kadernota. Hierin komen de WCPV, de WMO en de Wet op de Jeugdzorg bij elkaar. Daarnaast is er aandacht voor de regie van de gemeente op de uitvoering van het beleid en de rol die de gemeente speelt op regionaal en provinciaal niveau.

Werken voor groepen in de gemeente

Openbare gezondheidszorg is gericht op de bescherming, bevordering en bewaking van de gezondheid van - en acute hulpverlening aan de bevolking. Het gaat om de gezondheid van de gehele bevolking, van risicogroepen en van mensen die tussen wal en schip vallen. Aan de activiteiten op dit gebied ligt in principe geen individuele hulpverlening ten grondslag. Karakteristiek aan openbare gezondheidszorg is de preventieve insteek, de maatschappelijke hulpvraag en de interventies die zich richten op groepen.

Kennis gebruiken

In het beleid wordt rekening gehouden met de factoren die de gezondheid beïnvloeden volgens het model van Lalonde. Dat beschrijft de invloed van :

- omgevingsfactoren (fysieke omgeving, sociale omgeving en leefstijl)
- biologische factoren
- gezondheidszorg (beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van voorzieningen).

Kennis over deze factoren wordt zoveel mogelijk meegenomen in de inhoudelijke beleidskeuzes.

¹ Zie bijlage 1 – Resultaten van de werkconferentie

² Zie bijlage 2 – Evaluatie nota gezondheidsbeleid 2004-2008

³ Zie literatuurlijst. De onderzoeksrapporten zijn te vinden op de website van GGD Drenthe (www.ggddrenthe.nl).

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 laat zien wat de kaders zijn van het lokale beleid; vanuit welke visie gewerkt wordt en wat de ambities en doelen zijn die richting geven aan het lokale beleid, specifiek voor Midden-Drenthe. In hoofdstuk 2 is te lezen wat de omgeving is van het beleidsterrein en wat de factoren zijn waarmee rekening moet worden gehouden. Hoofdstuk 3 geeft een beeld van de manier waarop wordt gewerkt aan de ambities en doelen. Het plan van aanpak in de eerste bijlage vormt een nadere uitwerking van het geschetste beeld. De teksten zijn redelijk beknopt gehouden om de keuzes goed naar voren te laten komen en om tegelijkertijd voldoende invulling te geven voor de beeldvorming. Er zijn verwijzingen naar bijlagen, websites en literatuur voor de lezer die meer achtergrondinformatie wenst.

Hoofdstuk 1 – het kader: wat willen wij in Midden-Drenthe?

Het Midden-Drents gezondheidsbeleid is ontwikkeld in samenspraak met de politiek, instellingen en belangengroepen. In een werkconferentie hebben zij zich uitgesproken over de gewenste prioriteiten en die zijn verwerkt in een zestal ambities. Op basis van die ambities en van gegevens over de lokale situatie zijn doelen met streefcijfers geformuleerd. Na analyse van uitspraken en documenten over dit onderwerp is een visie geformuleerd die breed gedragen wordt. De drie bouwstenen voor beleid – visie, ambities en doelen – krijgen vorm in de drie paragrafen van dit hoofdstuk. De onderbouwing daarvan is te vinden in de volgende hoofdstukken en in de bijlagen.

1.1 Visie: richten op jong en oud in eigen omgeving

De volgende visie is basis voor de ontwikkeling en uitvoering van het gezondheidsbeleid:

Mensen zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gedrag en leefstijl. Zij hebben recht op informatie, stimulans en ondersteuning bij het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. De succeskans en het bereik zijn het grootst als dat gebeurt op jonge leeftijd en daarom verdienen kinderen, jongeren en hun opvoeders speciale aandacht. De sociaal-economische status mag geen verschil uitmaken voor de gezondheid. Mensen hebben ook recht op ondersteuning bij collectieve gezondheidsproblemen. Dat geldt in het bijzonder voor de groeiende groep ouderen als gevolg van de 'Drentse vergrijzing', die sterker is dan in andere delen van het land. De steun kan het best geboden worden dicht bij huis en de Midden-Drentse aanpak van wijk- en dorpsgericht werken is hiervoor bij uitstek geschikt.

Deze visie bevat vier elementen:

- de rol en verantwoordelijkheid van de gemeente
- de doelgroepen die extra aandacht nodig hebben
- de gezondheidssituatie van groepen mensen
- de (plaats van) uitvoering

De volgende alinea's geven een korte beschrijving van deze elementen.

Rol en verantwoordelijkheid gemeente

De gemeente is niet verantwoordelijk voor de gezondheid van (individuele) inwoners. Maar wel als regisseur van gezondheidsbeleid. Dit betekent dat de gemeente de juiste partijen bij elkaar brengt en ervoor zorgt dat zij hun eigen verantwoordelijkheden nemen en dat zij zich richten op informatie, stimulans en ondersteuning van (individuele) inwoners. Het betekent ook dat de gemeente faciliteert, overzicht houdt en de voortgang bewaakt. Meer hierover staat in hoofdstuk 3.

Specifieke doelgroepen

Jong en oud zijn de belangrijkste doelgroepen. Bij jong gaat het om kinderen, jongeren en hun opvoeders. Bij oud gaat het om ouderen en in het bijzonder Molukse ouderen. Daarnaast vormen ook de inwoners met een lage sociaal- economische status (SES) een groep die blijvend aandacht nodig heeft omdat zij op het gebied van gezondheid extra kwetsbaar zijn. In de beschrijving van de ambities zijn de doelgroepen benoemd.

Gezondheidssituatie van groepen

Ontwikkelingen in de samenleving kunnen zorgen voor een trend in de gezondheidssituatie van groepen. De groei van overgewicht en dementie zijn voorbeelden van dergelijke trends. Voor zover de trends al aanwijsbare effecten hebben zijn ze opgenomen in de ambities. Maar gedurende de beleidsperiode kunnen nieuwe trends vragen om bijstelling van de uitvoering. Dit beleidskader geeft hiervoor de ruimte.

Plaats van uitvoering

De gemeente hecht aan laagdrempelige voorzieningen in de buurt. Om dit te bereiken is in Midden-Drenthe een aanpak ontwikkeld met buurt- en dorpsnetwerken die ook een belangrijke rol kunnen spelen in het verbeteren van de volksgezondheid. De gemeente biedt daarvoor ondersteuning aan de wijken en dorpen.

1.2 Ambities

Het beleid richt zich op de volgende ambities:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. bevorderen van een gezonde leefstijl2. verbeteren van het psychosociaal welbevinden3. voorkomen en bestrijden van sociaal isolement4. voorkomen en bestrijden van alcoholmisbruik5. verbeteren van de ketensamenwerking6. ontwikkelen van facetbeleid. |
|--|

Gezonde leefstijl

De leefstijl heeft effect op de algehele gezondheid en op het ontstaan van ziektes. De grootste volksgezondheidsproblemen in Nederland worden veroorzaakt door roken, te veel drinken, te veel en ongezond eten en te weinig bewegen. Als niemand in Nederland zou roken dan zouden we gemiddeld vier jaar ouder worden. Veel mensen eten te vet en te weinig groente en fruit. Ook veel kinderen en jongeren hebben een ongezond eetpatroon: ze ontbijten slecht, snoepen te veel en eten te weinig groente en fruit. Bewegen heeft direct positief effect op de lichamelijke conditie, waardoor de kans op onder andere hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, diabetes en botontkalking vermindert. Voor het bevorderen van een gezonde leefstijl wordt gezocht naar effectieve instrumenten op de thema's roken, drinken, eten, en bewegen.

Psychosociaal welbevinden

Sociale participatie, lichamelijke gezondheid, gevoel van controle over het eigen leven en sociale steun in de omgeving kunnen een bijdrage leveren aan het psychosociaal welbevinden. Een stabiele relatie of gezinsleven, het hebben van werk of zinvolle dagbesteding zijn factoren die bijdragen aan het psychosociaal welbevinden en een goede gezondheid. De afwezigheid van deze zaken kunnen dit echter negatief beïnvloeden. Sociale vaardigheidstraining aan een grote groep kinderen kan voorkomen dat kinderen hulp moeten zoeken in een intensieve vorm. Ook eenzaamheid of een traumatische (jeugd) ervaring, zoals bij huiselijk geweld of bij een scheiding heeft een negatieve invloed op het psychosociaal welbevinden. Depressiviteit is een veel voorkomend verschijnsel dat sneller optreedt bij genoemde factoren, in het bijzonder bij de jeugd. Ingezet worden instrumenten op het gebied van depressiviteit, van huiselijk- en seksueel geweld en (digitaal) pesten en ter versterking van kinderen, jongeren en hun opvoeders.

Sociaal Isolement

Eenzaamheid komt veel voor. Mensen missen bepaalde en/of voldoende sociale relaties. In het bijzonder komt eenzaamheid veel voor bij ouderen. Er worden twee vormen onderscheiden, namelijk eenzaamheid als gevolg van sociale isolatie of van emotionele isolatie. Bij sociale isolatie is het aantal of de kwaliteit van de persoonlijke relaties minder dan gewenst en bij emotionele isolatie is sprake van weinig of geen intimiteit in persoonlijke relaties of gemis van een vertrouwenspersoon. Ook pesten op school en beperkte sociale vaardigheden kan leiden tot sociaal isolement. Naast de instrumenten die worden ingezet om psychosociaal welbevinden te bevorderen wordt bij deze ambitie specifiek aandacht besteed aan eenzaamheid bij ouderen.

Alcohol

Alcoholgebruik is al genoemd als thema bij gezonde leefstijl. Maar de toename van overmatig alcoholgebruik is zo groot dat dit thema eruit gelicht is en geformuleerd als aparte ambitie. Jongeren drinken steeds meer en op jongere leeftijd. Overmatig alcoholgebruik geeft niet alleen een verhoogde kans op kanker en hart- en vaatziekten, maar kan op termijn ook leiden tot alcoholafhankelijkheid. Het drinken op jonge leeftijd is erg schadelijk voor de gezondheid. Het leidt tot schade aan de hersenen, meer risicovol seksueel gedrag, een grotere kans op ongevallen en verwondingen en op agressief gedrag. Overmatig alcoholgebruik brengt ook maatschappelijke kosten met zich mee, onder meer vanwege ongevallen, vandalisme, arbeidsverzuim en huiselijk geweld. Het alcoholbeleid richt zich voornamelijk op jeugd en jongeren.

Ketensamenwerking

Samenwerking kan op twee manieren: in netwerken en in ketens. Bij netwerken is er regelmatig overleg over gezamenlijke klanten en worden ondersteuningstrajecten op elkaar afgestemd. Bij ketens stemt men de werkwijze en de interventiemethoden op elkaar af. Netwerken is wat vrijblijvender en samenwerken in ketens is meer verplichtend, met een gezamenlijk doel en verdergaande afspraken. De gemeente neemt hierin haar verantwoordelijkheid door verbetering van de informatieverstrekking, het betrekken van (lokale) partners, het opzetten van een Centrum voor Jeugd en Gezin en het verhelderen van rollen en functies van de ketenpartners daarin.

Facetbeleid

Een combinatie van maatregelen op verschillende terreinen heeft het meeste effect op preventie en gezondheidsbevordering. Dit kan door integraal beleid (binnen 1 terrein ook andere beleidsterreinen betrekken) en door facetbeleid (aandacht voor gezondheid, ook op andere beleidsterreinen). Bij de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid zijn op ambtelijk niveau de andere beleidsterreinen betrokken en op andere relevante momenten zal dat opnieuw gebeuren. Daarmee is het integraal beleid inhoud gegeven. Wat betreft het facetbeleid zijn aspecten van gezondheidsbeleid nog niet op alle beleidsterreinen voldoende uitgewerkt. Dat geldt in het bijzonder voor ruimtelijke ordening.

1.3 Doelen

De gemeente wenst voor alle inwoners een goede gezondheid. Maar gezondheid wordt bepaald door een complex aan factoren en is moeilijk te beïnvloeden. Daarom is het onmogelijk om doelen te formuleren met streefcijfers als die gericht zijn op wat we werkelijk willen bereiken: een goede gezondheid voor alle inwoners. Feitelijk is ook dat een utopie, maar we willen wel die kant op. Daarom geven we met de doelen een richting aan voor de gebieden waarop het beleid zich speciaal richt. Waar specifieke doelgroepen worden genoemd betekent het dan ook niet dat er geen aandacht is voor andere doelgroepen; de voorzieningen zijn er voor alle inwoners.

Gezonde leefstijl en alcoholgebruik

Specifieke doelgroepen voor het beleid zijn kinderen, jongeren en volwassenen. De doelen zijn:

In 2012:

- zijn er minder jongeren en volwassenen die roken
- drinken minder kinderen en jongeren alcohol
- drinken volwassenen minder alcohol
- is het percentage kinderen en volwassenen met overgewicht niet verder gestegen
- voldoen meer kinderen aan de nationale norm gezond bewegen

Psychosociaal welbevinden

Specifieke doelgroepen voor het beleid zijn kinderen, jongeren, volwassenen (in het bijzonder opvoeders) en ouderen (in het bijzonder Molukse ouderen). Ook kinderen die tijdelijk binnen de gemeente verblijven behoren tot de doelgroep. De doelen zijn:

In 2012:

- worden inwoners met problemen die risico geven op psychische stoornissen – in het bijzonder angst- en depressiestoornissen – vroegtijdig gesignaleerd en doorverwezen
- worden meer kinderen en slachtoffers geholpen die te maken hebben (gehad) met huiselijk geweld
- bieden instellingen (verpleeg- en verzorgingshuizen) meer maatwerk voor hun allochtone en Molukse bewoners
- hebben minder kinderen last van pestgedrag

Sociaal isolement

Ouderen vormen de belangrijkste doelgroep bij deze ambitie:

In 2012:

- zijn er minder 65-plussers die in een sociaal isolement verkeren of zich sociaal eenzaam voelen

Ketensamenwerking

Doel van een goede ketensamenwerking is dat de inwoners:

- weten waar ze terecht kunnen voor informatie en hulp
- laagdrempelige toegang hebben tot hulp
- snel bij de juiste hulpverlener terecht komen
- goed gecoördineerde hulp ontvangen

Facetbeleid

Resultaat van het facetbeleid is:

- alle in de beleidsperiode vastgestelde beleidsnotities op de beleidsterreinen van WMO, jeugdbeleid, onderwijs, sport, reïntegratie, armoede, minima, ruimtelijke ordening en milieu bevatten een onderdeel over gezondheid met een opsomming van maatregelen om de volksgezondheid te bevorderen en minimaal op peil te houden, in overeenstemming met de kadernota gezondheidsbeleid.

Resultaten meten

In de bijlage⁴ staan enkele indicatoren die van toepassing zijn op de geformuleerde doelen met de meest recente cijfers. GGD Drenthe voert periodiek onderzoek uit waarbij deze indicatoren gemeten worden. In 2012 kunnen de huidige cijfers vergeleken worden met de dan meest recente cijfers.



⁴ Zie bijlage 5 – Cijfers achter de doelen

Hoofdstuk 2 – de omgeving: waar hebben we mee te maken?

Bij de keuze van beleidsdoelen en bij de uitvoering van het beleid hebben we te maken met twee belangrijke aspecten uit de omgeving van het beleidsterrein voor volksgezondheid: zowel lokaal- als landelijk beleid (paragrafen 1 en 2) en samenwerking met gemeenten en met ketenpartners (paragraaf 3).

2.1 Lokaal beleid

In de inleiding staat al dat de werkconferentie, de nota lokaal gezondheidsbeleid 2004-2008 en de lokale gezondheidssituatie belangrijke bouwstenen zijn voor de nieuwe nota. Daarnaast hebben we te maken met het coalitieakkoord en met andere lokale beleidsterreinen.

Coalitieakkoord

In het coalitieakkoord staan eisen genoemd aan de voorbereiding en uitvoering van beleid en daarnaast staan er opmerkingen over het gezondheidsbeleid. Dit levert de volgende aandachtspunten op:

- het beleid en de besluitvorming zijn transparant, met heldere keuzes, duidelijk taalgebruik en consistent gedrag in de communicatie met inwoners
- inwoners worden tijdig betrokken in de besluitvorming
- de schaal van werken is in principe op wijk- en dorpsniveau
- inwoners worden ondersteund in een actieve rol in de samenleving, met name in het voorkomen van isolement
- het subsidiebeleid wordt outputgericht
- er is structureel geld beschikbaar voor de uitvoering van de gezondheidsnota
- bij de uitvoering van de gezondheidsnota krijgt jeugdgezondheidszorg hoge prioriteit

Interactieve beleidsvorming

Op 13 februari 2008 heeft de gemeente Midden-Drenthe een werkconferentie georganiseerd waarvoor de belangrijkste partners van de gemeente zijn uitgenodigd. Er zijn 57 mensen gekomen. Op twee manieren zijn de meningen gepeild:

- plenair met behulp van stemkastjes en
- in werkgroepen door verbeterpunten te bespreken en oplossingen te zoeken.

In een bijlage⁵ zijn de uitkomsten van de werkconferentie weergegeven. De ambities sluiten direct aan bij de thema's die in de werkconferentie prioriteit hebben gekregen.

Nota 2004-2008

Ook over de afgelopen periode zijn naast de wettelijke verplichtingen extra inspanningen verricht. Deze staan beschreven in de Nota lokaal gezondheidsbeleid Gezond Midden-Drenthe 2003-2007 (september 2003) en het Plan van Aanpak (oktober 2005). Een korte evaluatie van de nota 2004-2008 is opgenomen in een bijlage⁶. De volgende ambities zijn uitgewerkt:

1. Het stimuleren van een gezonde leefstijl bij de bevolking (m.n. jeugd);
2. Het bevorderen van de sociale en geestelijke gezondheid van de bevolking en dus het verbeteren van de kwaliteit van leven (m.n. ouderen);
3. Het vergroten van de kansen op gezondheid voor mensen met een lage sociaal economische status en dus vermijdbare verschillen in gezondheid verkleinen;
4. Het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een beperking of chronische ziekte;

⁵ Zie bijlage 1 – Resultaten van de werkconferentie

⁶ Zie bijlage 2 – Evaluatie nota gezondheidsbeleid 2004-2008

5. Het bevorderen van een sluitend systeem aan gezondheidsvoorzieningen en de toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen voor alle doelgroepen;
 6. Het effectief uitvoering geven aan taken die voortvloeien uit de WCPV.
- Deze ambities sluiten aan bij de ambities voor de komende periode.

Lokale gezondheidssituatie

De Midden-Drentse gezondheidssituatie is in beeld gebracht door resultaten uit diverse onderzoeken van GGD Drenthe en SPoortDrenthe. Het blijkt dat in 2003 ruim 80% van onze inwoners zich gezond voelt maar dat ruim 50% van de volwassenen tot 64 jaar overgewicht heeft. Belangrijke informatie voor deze kadernota is het volgende:

- heel weinig kinderen voldoen aan de richtlijn voor gezonde voeding
- veel kinderen doen te weinig aan beweging'
- pesten komt het meest voor bij kinderen in de bovenbouw van het basisonderwijs
- extreem alcoholgebruik onder jongeren is bijzonder groot
- de meeste volwassenen ontbijten niet elke dag
- huiselijk geweld komt veel voor
- veel ouderen doen te weinig aan lichaamsbeweging
- vooral veel ouderen voelen zich eenzaam

De grootste zorg in Drenthe is de kwetsbaarheid van mensen met een lage sociaal economische status (SES); die heeft invloed op vele aspecten van de gezondheid. De slogan 'health is wealth' gaat zeker ook op in Midden-Drenthe. De cijfers zijn te vinden in de bijlage⁷.

Relatie met andere beleidsterreinen

Er zijn veel raakvlakken met verschillende andere beleidsterreinen en die hebben ook vaak effect op de volksgezondheid. Dit geldt in het bijzonder voor het WMO- en het jeugdbeleid; de Centra voor Jeugd en Gezin zijn voor het gezondheidsbeleid van groot belang. Activiteiten vanuit andere beleidsterreinen zoals het stimuleren van meer bewegen via sport-, onderwijs- en armoedebeleid of de aanpak van taalachterstanden die ervoor zorgen dat mensen gezondheidsvoorlichting of adviezen van de huisarts beter begrijpen, dragen allemaal bij aan de gezondheid. En dat geldt ook voor de stimulans om meer te fietsen vanuit verkeerskundige doelstellingen. Minder direct effect hebben opleiding en het verbeteren van inkomen en werk. In de bijlage hierover⁸ zijn enkele beleidsterreinen beschreven die een belangrijke bijdrage leveren aan een gezonder Midden-Drenthe. Om het gezondheidsbeleid meer effect te geven is het ontwikkelen van facetbeleid benoemd als zesde ambitie.

2.2 Landelijk beleid

De wet op collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), die de gemeenten verplichtingen oplegt, is al eerder genoemd. Daar komt bij dat het rijk landelijk beleid heeft vastgesteld waarop het lokaal beleid moet aansluiten. Het gaat in deze paragraaf om het wettelijke kader, de bij de wet geregelde uitvoering door de GGD en om de uitvoering van het rijksbeleid.

Wettelijk kader

De WCPV regelt de collectieve preventie en de uitvoering van infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg. Deze wet en de WMO vullen elkaar aan; zij vormen de pijlers voor de kwaliteit van leven. De WCPV verplicht gemeenten om een GGD in te stellen, in stand te houden en om afspraken te maken over de uitvoering van (landelijk) beleid. Daarnaast hebben gemeenten de plicht om advies te vragen aan de GGD voordat beleid wordt vastgesteld dat gevolgen heeft voor de volksgezondheid. Binnenkort wordt de Wet publieke gezondheidszorg van kracht. Daarin zijn drie wetten verenigd: naast de WCPV zijn dat de

⁷ zie bijlage 3 – Huidige lokale gezondheidssituatie

⁸ Zie bijlage 4 – Raakvlakken met andere beleidsterreinen

Infectieziektewet en de Quarantainewet. De nieuwe wet verplicht het gebruik van het elektronisch kinddossier (EKD).

Uitvoering door GGD en Icare

De uitvoering van de WCPV wordt verzorgd door GGD Drenthe, een gemeenschappelijke regeling van de Drentse gemeenten. De hoofdtaken betreffen:

- de bestrijding van infectieziekten
- de jeugdgezondheidszorg
- voorlichting over diverse gezondheidsthema's
- verslavingspreventie
- beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg
- het optreden bij ongevallen en rampen.

In 2008 maken de gemeenten in Drenthe nieuwe afspraken over het basistakenpakket. Daarnaast maken de gemeenten afspraken met de GGD over additionele taken voor gemeenten en voor derden. Daarnaast kan de GGD de gemeente ondersteunen bij de ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid, zoals het leveren van (epidemiologische) gegevens, de ondersteuning bij het proces van beleidsvorming, de beleidsuitvoering en de evaluatie. Voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen is de zorginstelling Icare verantwoordelijk. Net als de GGD werkt Icare op afspraken in een basispakket. Dat bevat ook een maatwerkdeel. Om de uitvoering beter te kunnen coördineren gaan de instellingen werken met de Drentse verwijzindex en het elektronisch kinddossier (EKD). Ook andere instellingen kunnen worden ingeschakeld voor de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. Zo is de VNN verantwoordelijk voor de verslavingspreventie en in Midden-Drenthe is PRATT daarin ook actief.

Rijksbeleid

Drie beleidsstukken bepalen het rijksbeleid op het gebied van gezondheid:

1. de landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven',
2. de kabinetsvisie 'Gezond zijn, gezond blijven: een visie op de gezondheid en preventie'
3. de nota 'Beter voorkomen' over kwaliteitsverbetering met instrumenten voor instellingen en verantwoording aan gemeenten.

Het lokaal beleid moet bijdragen aan de uitvoering van dit beleid en het aanvullen.

ad 1. Kiezen voor gezond leven

De preventienota heeft als hoofdthema het bevorderen van de gezonde levensstijl. Prioriteiten uit de vorige beleidsperiode (overgewicht, roken en alcohol) zijn aangevuld met nog twee prioriteiten die te maken hebben met de vergrijzing van de bevolking (depressie en diabetes).

ad 2. Gezond zijn, gezond blijven

De kabinetsvisie spreekt over een vijftal aandachtspunten:

- samenhang en verbinding tussen sectoren en beleidsterreinen
- samenhang en verbinding tussen partijen op elk niveau
- actie in de directe leefomgeving
- tegengaan van versnippering
- professionalisering door landelijke programma's

ad 3. Beter voorkomen

Voor het kwaliteitsbeleid ontwikkelt de inspectie voor de volksgezondheid (IGZ) in 2008 prestatie indicatoren voor gemeenten.

2.3 Samenwerking

De gemeente heeft op twee manieren te maken met samenwerking:

- als regisseur en opdrachtgever van de ketenpartners
- als partner in de samenwerking met andere gemeenten, zowel regionaal als provinciaal.

Ketenpartners

De belangrijkste ketenpartners in het gezondheidsbeleid zijn de GGD, Icare en GGZ. Daarnaast hebben ook Noordermaat en andere (lokale) partners een rol in de uitvoering. Er zijn verschillende netwerken waarin problemen worden gesignaleerd, ook op het gebied van gezondheid. Vanuit het jeugdbeleid wordt de sociale kaart in beeld gebracht. Naast de instellingen worden ook de verenigingen van dorpsbelangen betrokken in de uitvoering van het gezondheidsbeleid; dit om de sociale omgeving te versterken en dichterbij de buurt de ondersteuning te kunnen bieden. De instellingen en verenigingen hebben allemaal hun eigen doelstellingen en belangen en daarmee heeft de gemeente te maken als regisseur en als opdrachtgever. Voor de gemeente is het van belang dat de inwoners goed geholpen worden.

Regionale samenwerking

Midden-Drenthe valt onder een regionaal samenwerkingsverband op het gebied van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) met als centrumgemeente Assen. Deze gemeente ontvangt extra middelen voor het bereiken, begeleiden en toeleiden van reguliere zorg bij multi-problemen. Daarnaast is het samenwerkingsverband verantwoordelijk voor een drietal prestatievelden van de WMO: maatschappelijke opvang en vrouwenopvang (7), coördinatie van de OOGZ (8) en bevordering van het verslavingsbeleid (9). Het samenwerkingsverband heeft verschillende netwerken waaronder het OGGZ netwerk en de stuurgroep OGGZ.

Provinciale samenwerking

De verantwoordelijke wethouders van de 12 Drentse gemeenten zitten in het bestuur van GGD Drenthe en moeten dus overeenstemming bereiken over de instandhouding van- en de uitvoering door de GGD. In het ambtelijk en bestuurlijk overleg in VDG-verband komen onderwerpen aan de orde die te maken hebben met gezondheidsbeleid op lokaal, regionaal en provinciaal niveau en daarmee vormt het overleg een platform waar informatie wordt uitgewisseld.



Hoofdstuk 3 – de uitvoering: hoe organiseren we die?

De belangrijkste rol van de gemeente bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid is die van regisseur en deze rol kan op verschillende manieren worden ingevuld (paragraaf 1). De manier waarop het beleid inhoudelijk wordt uitgevoerd staat in een plan van aanpak, dat jaarlijks wordt vastgesteld door het college (paragraaf 2). De kosten van de uitvoering zijn globaal begroot (paragraaf 3) en de details daarvan worden opgenomen in het plan van aanpak.

3.1 Regie

De gemeente is verantwoordelijk voor de regie van het lokaal gezondheidsbeleid. De andere partijen hebben een eigen verantwoordelijkheid in de uitvoering. In hoofdstuk 2 staat al dat de doelstellingen en de belangen van partijen een grote rol spelen in de uitvoering. Er is ook sprake van onderlinge afhankelijkheid. Dit alles zorgt ervoor dat de regie een complex gebeuren is.

Taken als regisseur

De gemeente ziet als haar taak:

- het bepalen van de juiste partijen
- het initiëren en bij elkaar brengen van partijen
- het faciliteren en verbindingen leggen tussen de partijen
- het bewaken van de voortgang
- het aanspreken op eigen verantwoordelijkheid
- het zorgen voor draagvlak voor beleidsdoelen
- het overzicht houden
- goed opdrachtgeverschap

In het bijzonder is het de taak van de gemeente om andere beleidsterreinen te betrekken (integraal beleid en facetbeleid).

Werken met partijen

Er is al een traditie in het samenwerken met partijen, er is een overlegstructuur en er zijn samenwerkingsafspraken. Voor zover deze samenwerking niet voldoet neemt de gemeente initiatief om daar verbeteringen in aan te brengen. Wel hebben de partijen mede de verantwoordelijkheid om te signaleren als zaken niet goed verlopen. Extra aandacht zal de gemeente hebben voor het leggen van verbindingen tussen partijen. Voorwaarde voor een goede samenwerking met- en tussen partijen is draagvlak voor beleidsdoelen, waarin de gemeente haar verantwoordelijkheid neemt door goed te communiceren met de uitvoerende instellingen en verenigingen. Ook hiervoor geldt dat als daarin iets niet goed gaat de partijen de taak hebben om de signalen hierover op heldere wijze bij de gemeente neer te leggen.

Sturen op de voortgang

Om de voortgang te kunnen bewaken heeft de gemeente inzicht en overzicht nodig in de tussentijdse resultaten. De gemeente verwacht dan ook van de partijen dat zij de informatie aanleveren waaruit de voortgang kan worden afgelezen. Daarbij kan de gemeente de partijen ook aanspreken op de eigen verantwoordelijkheden. Duidelijke afspraken hierover behoren tot goed opdrachtgeverschap.

Nieuw subsidiebeleid

Een belangrijk middel bij regie is subsidiebeleid. Er is al gestart met modernisering van het algemeen subsidiebeleid en belangrijk onderdeel is de relatie tussen de subsidie en het beoogde resultaat. In deze beleidsperiode krijgt het subsidiebeleid een concrete invulling.

3.2 Plan van aanpak

Het college maakt een plan van aanpak dat jaarlijks wordt geëvalueerd en bijgesteld. Daarin zijn de uitvoerende instellingen betrokken. De raad wordt eveneens jaarlijks geïnformeerd over de stand van zaken in het gezondheidsbeleid. Het plan van aanpak beschrijft wie wat doet, wanneer en met welk resultaat. Ook staat erin hoeveel het gaat kosten en hoe de financiering eruit ziet.

Volgen en evalueren

Jaarlijks wordt de uitvoering geëvalueerd en worden de tussentijdse resultaten gemeten. Leidraad hiervoor is de checklist in de samenvatting van de kadernota. De uitvoerende instellingen krijgen de opdracht om de voor hen van toepassing zijnde indicatoren te registreren en de gegevens aan te leveren voor de evaluatie. Wie de evaluatie uitvoert wordt nader bekeken. Waar mogelijk wordt aansluiting gezocht bij landelijke- en provinciale monitoren om te kunnen zien waar Midden-Drenthe staat ten opzichte van andere gemeenten. Aan de hand van de resultaten kan het plan van aanpak worden bijgesteld. Het college informeert de raad over het resultaat.

Verantwoorden

De financiële verantwoording door de gesubsidieerde instellingen gebeurt volgens het gebruikelijke protocol via de jaarrekening. Voor activiteiten die daar buiten vallen wordt bij de beschikking aangegeven hoe de financiële verantwoording is geregeld. Behalve een financiële- is er ook een inhoudelijke verantwoording. Dit gebeurt via de jaarlijkse evaluatie maar ook in de (bestuurlijke) overleggen in de vorm van elkaar aanspreken op afspraken en resultaten.

3.3 Financiën

De bestaande structurele subsidies blijven beschikbaar voor de uitvoering van het beleid en daarin is voorzien via de gemeentelijke begroting. Daarnaast kunnen op basis van het uitvoeringsplan extra middelen beschikbaar gesteld worden. De bestaande structurele kosten staan genoemd in de bijlage⁹. De overige kosten en de dekking daarvan komen in een bijlage bij het plan van aanpak.

⁹ zie bijlage 6 – Begroting en dekking

Bijlagen



Gezond eten: gevarieerd, met veel groente en fruit

Bijlage 1 – Resultaten van de werkconferentie in maart 2008

Deze bijlage bevat de conclusies van de werkconferentie op hoofdlijnen (het eerste deel) en een overzicht van de resultaten van de stemkastjes die tijdens de werkconferentie zijn gebruikt (tweede deel).

1. Conclusies op hoofdlijnen

De resultaten worden beschreven per thema. Aan het eind van elk thema staat een samenvatting van aanbevelingen en conclusies.

Gezonde leefstijl

De deelnemers van de werkconferentie zijn van mening dat meer bewegen het belangrijkste is voor de inwoners van Midden-Drenthe om te komen tot een gezondere leefstijl. Ook zijn ze van mening dat de gemeente een gezonde leefstijl het beste kan bevorderen via buurt- en dorpsnetwerken. Dit houdt in dat wanneer het gaat om projecten ter bevordering van de gezondheid de voorkeur uitgaat naar een wijkgerichte aanpak. Voorts kwam uit de workshops naar voren dat het aanbieden van sport en gezonde voeding op scholen belangrijk gevonden wordt. Men vindt ook dat in sportkantines gezonde keuzes gemaakt moeten kunnen worden.

Uit de werkconferentie kwam duidelijk naar voren dat bij het bevorderen van een gezonde leefstijl in Midden-Drenthe de scholen een belangrijke rol spelen. Zo gaf men aan dat het terugdringen van het roken het beste kan door, naast de voorlichting via de rijksoverheid, voorlichting via het onderwijs. Verder gaven de deelnemers aan dat de gemeente vanaf 2010 de scholen zou moeten aanbevelen om in schoolkantines geen snoepautomaten meer te hebben. Alle deelnemers gaven aan dat er meer voorlichting moet worden gegeven over het belang van een goed ontbijt. Omdat 1 op de 10 kinderen uit groep 8 van de basisschool en zelfs 1 op de 5 van de jongeren uit klas 4 van de middelbare school niet ontbijt op een schooldag, zijn de scholen ook hiervoor een uitgelezen plek.

Samengevat:

- Stimuleren van bewegen in het algemeen en in het bijzonder het fietsen en/of lopen naar school
- Scholen aanbevelen in schoolkantines vanaf 2010 alleen gezonde of geen snoepautomaten meer te hebben
- Scholen stimuleren om meer voorlichting te geven over het belang van een goed ontbijt
- Buurt- en dorpsnetwerken ondersteunen in een wijkgerichte aanpak van gezondheid.

Psychosociaal welbevinden

Uit de werkconferentie kwam naar voren dat het bevorderen van het psychosociale welbevinden van de inwoners een verantwoordelijkheid van de gemeente is. Men vindt dat dit het beste kan door tijdige signalering van psychosociale problematiek. Daarnaast vindt men het verbeteren van de opvoedcapaciteiten van ouders/opvoeders door het mogelijk te maken dat ouders/opvoeders een opvoedcursus kunnen volgen van belang. Ook het doelgroepspecifiek beleid, specifiek gericht op bijvoorbeeld ouderen, jongeren, allochtonen en mensen met een lage sociaal economische status wordt belangrijk gevonden.

Bij het psychosociaal welbevinden van onze inwoners komen met name de mantelzorgers, de jongeren en Molukse en andere allochtone ouderen als doelgroep naar voren. Men vindt bijvoorbeeld dat de mantelzorgers en dan vooral ook de jongere

mantelzorgers die een huisgenoot verzorgen, meer ondersteund moeten worden. Voor de jongeren wordt belang gehecht aan de voorlichting en preventie van het digitaal pesten. Ook vinden de deelnemers het belangrijk om de psychosociale problematiek bij jongeren vroegtijdig te signaleren bij schoolonderzoeken (uniform BTP JGZ).

Voor Molukse en andere allochtone ouderen zijn de deelnemers van mening dat rekening moet worden gehouden met aanvullende voorzieningen op het gebied van voeding en leefgewoonten. Dit geldt dan vooral voor die ouderen die verzorgd en/of verpleegd worden in een instelling in onze gemeente.

Verder kwam er nog een signaal vanuit de groep van professionals dat er meer aandacht moet komen voor seksueel misbruik in de vorm van vroegsignalering en voorlichting. Het blijkt in de praktijk dat dit een onderschat probleem is. Bij driekwart van de deelnemers is bekend dat het Meldpunt Huiselijk Geweld de samenwerking coördineert op het gebied van huiselijk geweld in Midden-Drenthe. Men vindt echter dat het Meldpunt Huiselijk Geweld onder de inwoners van Midden-Drenthe onvoldoende bekend is.

Samengevat:

- Het voortzetten van beleid ten aanzien het Huiselijk Geweld met hierbij ook specifiek aandacht voor seksueel misbruik en meer bekendheid geven aan het Meldpunt Huiselijk Geweld onder onze inwoners
- Bij het Integraal Jeugdbeleid het aanbod van opvoed cursussen inventariseren en stimuleren dat iedere ouder/opvoeder aan een opvoedcursus kan deelnemen
- Continuering van de aanpak uit het project No Limit?! door St. Welzijn Midden-Drenthe
- In de deelnotitie Mantelzorg WMO beleid ingaan op ondersteuning van (jonge) mantelzorgers
- Aandacht voor het digitaal pesten onder jongeren via het Jeugdpunt en via het onderwijs
- In reguliere voorzieningen voor verzorging en verpleging meer aandacht vragen voor Molukse en allochtone gezonde leef- en voedingsgewoonten
- De psychosociale problematiek bij jongeren registreren en tijdig signaleren.

Sociaal Isolement

De deelnemers aan de werkconferentie geven aan dat sociaal isolement van onze inwoners het beste voorkomen kan worden door het stimuleren van burenhulp. De beste manier om eenzaamheid te herkennen is ten eerste via de burens, gevolgd door familie en de huisarts. Men vindt het ook een taak van de huisarts om mensen in een sociaal isolement te verwijzen naar lokale welzijnsactiviteiten. Daarnaast vindt men dat de jongerenwerkers en ouderenadviseurs in onze gemeente een sociaal isolement moeten signaleren en in kaart brengen.

Men vindt het instellen van een telefooncirkel (of internetcirkel) een goede manier om eenzaamheid te voorkomen. Bij het organiseren dat er altijd iemand in ieders omgeving beschikbaar is bij wie men met dagelijkse problemen terecht kan scoort, naast het welzijnswerk voor ouderen, de buurt ook hoog. Bij alle bovenstaande zaken is een wijkgerichte aanpak wederom belangrijk.

Verder is de mening van de deelnemers aan de conferentie dat er meer aandacht aan allochtone ouderen moet worden besteedt. De huisbezoeken aan ouderen moeten worden uitgebreid en er moet meer gebruik gemaakt worden van vrijwilligers om de eenzaamheid onder, vooral ouderen, te verminderen.

Uit de workshops kwam verder naar voren dat er behoefte was aan het zichtbaar maken voor iedereen van de activiteiten in de gemeente met daarbij aangeven voor welke doelgroep de activiteit is, waar de activiteit plaatsvindt en de kosten van de activiteit.

Samengevat:

- Het signaleren en voorkomen van sociaal isolement met behulp van wijkgerichte projecten, zoals het opzetten van een telefoon- (of internet-) cirkel
- De gemeente moet welzijnsinstellingen stimuleren om huisartsen regulier op de hoogte te stellen van het aanbod aan lokale welzijnsactiviteiten
- De gemeente moet stimuleren dat er in het huidige aanbod van ouderenactiviteiten speciale aandacht wordt besteed aan allochtone ouderen
- De gemeente moet de uitbreiding van de huisbezoeken aan ouderen met behulp van vrijwilligers ondersteunen
- De gemeente moet de mogelijkheden om lokale activiteiten voor een zo breed mogelijk publiek in onze gemeente zichtbaar te maken inventariseren.

Alcohol

In 2007 is het rapport 'Dweilen met de tap open' verschenen, op basis van een onderzoek naar de beschikbaarheid van alcohol voor jongeren van 12 t/m 15 jaar in de gemeente Midden-Drenthe, in opdracht van Stichting Alcoholpreventie (STAP) en met medewerking van het Preventie Advies Team (PRAT). Op basis van de aanbevelingen in het rapport wil onze gemeente aan het alcoholgebruik, met name onder jongeren, extra aandacht besteden. Dit is de reden dat het thema alcohol ook meegenomen is op de werkconferentie over het lokaal gezondheidsbeleid.

Het alcoholbeleid raakt naast het gezondheidsbeleid ook het vergunningenbeleid, de sport, het onderwijs en het terrein van openbare orde en veiligheid. Gezamenlijk zal het alcoholbeleid daarom vorm worden gegeven in een integrale nota alcoholbeleid. In deze alcoholnota zullen ook de uitkomsten van de werkconferentie voor het thema alcohol mee worden genomen. Vanwege deze aparte alcoholnota, die eind 2008 afgerond zal zijn, wordt er aan dit thema in deze nota verder geen aandacht besteed.

Samengevat:

- Eind 2008 moet er een Integrale Alcoholnota zijn waar de conclusies van de werkconferentie in verwerkt zijn.

Ketenzorg

Uit de werkconferentie kwam naar voren dat de samenwerking binnen de keten verbeterd kan en moet worden. Over de rol van de huisarts binnen de keten zijn de meningen verdeeld. Iets minder dan de helft vindt dat deze voldoende is, terwijl iets meer dan de helft van mening is dat deze onvoldoende is.

Uit de workshops kwam naar voren dat er veel waarde wordt gehecht aan het maken van een goede sociale kaart waar alle instellingen in staan met hun taken. Ook vindt men het belangrijk dat er wordt gezorgd voor goede netwerken en sluitende ketens. Een goede samenwerking tussen de verschillende aanbieders van diensten en de ketenpartners in centra voor jeugd en gezin wordt aanbevolen.

Ook erg belangrijk is dat er meer bekendheid wordt gegeven aan wat er al is en gedaan wordt op de verschillende terreinen aan bijvoorbeeld projecten en nieuwe initiatieven. Hiermee wordt voorkomen dat dezelfde dingen door verschillende organisaties worden gedaan en dat het wiel steeds opnieuw wordt uitgevonden.

Duidelijk naar voren kwam dat de gemeente de regiefunctie moet oppakken en samenwerking moet stimuleren.

Samengevat:

- De gemeente moet een sociale kaart ontwikkelen met daarop alle gemeentelijke instellingen en hun taken
- De gemeente moet de samenwerking in de keten stimuleren en betreft ook hierbij ook de huisarts als ketenpartner en voert waar nodig de regie.

2. Resultaten van de stemkastjes

Tijdens de werkconferentie zijn voorstellen uit de werkgroepen verzameld waarop de deelnemers een cijfer konden geven tussen 0 en 10. Per groep zijn de gemiddelden weergegeven.

Voorstellen uit werkgroepen		T	D	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	C1	C2
A	Alle mensen een sociale vaardigheidstraining aanbieden	5,0	35	4,4	4,8	6,0	5,5	3,9	4,4	6,0	5,2	4,2
B	Uitbreiden maatjesprojecten als ontmoetingsplek voor mensen	7,1	16	7,2	6,8	7,4	7,5	8,1	6,6	7,4	7,1	7,1
C	Gemeente als coordinator tussen hulpverleningsinstellingen	6,6	36	6,1	6,4	7,4	7,4	8,1	6,0	6,7	6,3	7,4
D	signaleren, oppakken op maat	7,8	14	7,8	7,7	8,0	7,4	9,3	7,0	7,9	7,4	8,6
E	Zorgen dat meer kinderen (en ouders) met de fiets of lopend naar school komen (gemeente stimuleren, school uitvoeren)	7,3	16	7,1	7,9	7,7	6,4	8,2	6,8	7,6	7,5	7,2
F	Mensen in beweging krijgen door enthousiasme over te brengen (gemeente stimuleert, verenigingen voeren uit)	5,7	25	5,2	5,5	7,0	6,2	6,4	5,2	6,5	6,1	5,1
G	Voorzieningen voor iedereen zichtbaar (duidelijk maken wat er is) en bereikbaar (gemeente geeft overzicht)	7,7	10	7,6	7,5	7,8	8,2	7,7	7,9	7,7	7,9	7,1
H	Evaluëren of je resultaten bereikt met je beleid	7,8	11	7,9	8,0	7,8	7,7	8,4	8,0	7,5	7,8	8,0
I	Gezonde keuzes in sportkantine (broodje gezond ipv broodje bal, gemeente stimuleert)	7,0	22	7,4	6,9	7,2	6,3	8,1	6,6	7,2	7,1	7,0
J	Aanbieden van sport en gezonde voeding op scholen, gemeente subsidieert	7,9	16	8,2	9,3	7,3	6,9	9,0	7,4	8,0	7,8	8,1
K	Een goede sociale kaart maken (vb folder waar alle instellingen in staan met hun taken)	8,7	8	8,8	8,9	8,2	8,9	9,0	8,8	8,3	8,6	8,9
L	Beleid in gezondheidszorg langdurig maken, niet teveel op projectbasis	8,1	7	8,0	8,5	7,6	8,1	8,6	8,0	7,9	7,8	8,7
M	Gemeente moet regiefunctie oppakken en samenwerking stimuleren	8,4	7	7,8	8,7	8,2	9,1	8,7	8,3	8,3	8,3	8,6
N	Goede samenwerking door ketenpartners in centra voor jeugd en gezin	7,9	12	8,0	8,2	6,7	8,4	8,3	8,0	7,6	7,8	8,1
O	Goede samenwerking tussen verschillende aanbieders	7,8	11	8,1	7,0	7,9	7,9	8,1	7,6	7,8	7,9	7,5
P	Voorlichting en vroegsignalering over seksueel misbruik	8,3	9	8,3	8,0	8,7	8,9	8,3	8,6	8,1	8,5	8,0
Q	Zorgen voor goede netwerken en sluitende ketens en meer bekendheid geven aan wat er al is	8,5	9	8,8	8,7	8,2	8,7	9,7	8,4	8,3	8,3	8,9
R	Gesubsidieerde sportverenigingen mogen geen alcohol meer schenken	6,3	43	6,2	6,2	6,2	6,6	8,4	5,4	6,6	6,5	6,1
S	Gemeente moet meer subsidie verstrekken aan voorlichting aan zowel kinderen als ouders	7,5	14	7,3	7,7	7,1	8,0	7,6	7,7	7,2	7,5	7,5
T	Strengere controle op verkoop van alcohol in supermarkten beneden de 18 jaar	7,0	37	6,2	6,7	7,1	8,3	6,6	7,0	7,1	7,6	5,7
U	Provinciaal en landelijk samenwerken om alcoholverkoop aan jongeren te voorkomen	8,5	51	7,9	8,8	8,6	8,9	9,4	8,7	7,8	8,5	8,5

NB: D staat voor diversiteit.

Diversiteit is een statistiek die ligt tussen de 0 en 100. Een diversiteitscore van 0 betekent dat iedereen exact hetzelfde heeft geantwoord op een vraag. Een score van 100 betekent dat precies de helft van de respondenten zo hoog mogelijk heeft geantwoord en de andere helft zo laag mogelijk. Hoe hoger de diversiteitscore, hoe groter de polarisatie binnen de groep.

Bijlage 2 – Evaluatie nota 2004-2008

Deze bijlage bevat een beknopte evaluatie van het beleid in de periode 2004-2008. Allereerst staan de ambities genoemd waaraan is gewerkt. Vervolgens noemen we per ambitie een paar belangrijke activiteiten die in de afgelopen zijn gerealiseerd of in ieder geval zijn gestart.

Ambities in 2004-2008

In de afgelopen periode is gewerkt aan de volgende zes ambities:

1. Stimuleren van een gezonde leefstijl bij de bevolking (m.n. jeugd);
2. Bevorderen van de sociale en geestelijke gezondheid van de bevolking en dus verbeteren van de kwaliteit van leven (m.n. ouderen);
3. Vergroten van de kansen op gezondheid voor mensen met een lage sociaal economische status. We willen vermijdbare verschillen in gezondheid verkleinen;
4. Verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een beperking of chronische ziekte;
5. Het bevorderen van een sluitend systeem aan gezondheidsvoorzieningen en de toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen voor alle doelgroepen;
6. Effectief uitvoering geven aan taken die voortvloeien uit de WCPV.

Bij de uitwerking hiervan is gekozen voor drie belangrijke doelgroepen: jeugd, ouderen en mensen met een lage sociaal economische status.

Ambitie 1: Stimuleren van een gezonde leefstijl bij de bevolking (m.n. jeugd).

- Verslavingzorg Noord-Nederland (VNN), de GGD Drenthe en de Stichting Preventie Advies Team (PRAT) hebben de afgelopen jaren voorlichting- en preventieactiviteiten georganiseerd en de gemeente heeft de beleids- en financiële relatie met deze instellingen gecontinueerd;
- er is gewerkt aan de afstemming van de activiteiten van PRAT en VNN met het oog op een eenduidige boodschap;
- het project No-Limit?! (“Veilig en Weerbaar, Actief, je grenzen kennen”) van de Stichting Welzijn Midden-Drenthe is uitgevoerd in de periode 2005-2008 met een gemeentelijke stimuleringsbijdrage; in januari 2007 is de provincieprijs voor Drenthe van de Richard Krajicek Foundation Award 2006 uitgereikt aan No Limit?!. Het gaat om een bewustere leefstijl en weerbaarheid met afspraken over roken, alcohol en fair play en stimulansen naar jongeren om na te denken over hun eigen gedrag;
- er zijn aanvullende projecten gestart ter voorkoming van overgewicht: het Overbruggingsplan Overgewicht (OO) en persoonlijke interventieplan overgewicht (PIPO). En er zijn speciale (SoVa) trainingen georganiseerd ten behoeve van sociale weerbaarheid voor basisschoolleerlingen (groep 7 en 8);
- enkele basisscholen hebben het project SchoolGruiten ingevoerd, dat gaat over gezonde Voeding op scholen, en de gemeente heeft dit stimuleringsbijdrage ondersteund. In het verlengde hiervan verzorgt GGD Drenthe voorlichting over allerlei aspecten van gezond gedrag;
- er zijn cursussen gezond koken georganiseerd door de buurtacademies;
- beweging wordt gestimuleerd via sport op basisscholen;
- er is sinds medio 2007 een JeugdPunt Midden-Drenthe, dat onder anderen met veel (opvoeding gerelateerde) signalen komt;
- er is gekozen voor aansluiting bij het Jongeren Opvang Team in Assen (de meeste samenwerkingspartners zijn daar al bij aangesloten en bovendien veel Midden-Drentse leerlingen gaan naar Assen voor het volgen van Voortgezet Onderwijs);
- het schoolmaatschappelijk werk is structureel gebudgetteerd en ook beschikbaar voor ouders met kinderen jonger dan 4 jaar.

Ambitie 2: Bevorderen van de sociale en geestelijke gezondheid van de bevolking en dus verbeteren van de kwaliteit van leven (m.n. ouderen).

- Stichting Welzijn Ouderen Midden-Drenthe organiseert op vrijwillige basis jaarlijkse huisbezoeken aan thuiswonende 75-oplusers door voorlichters (senioren);
- de gemeente draagt bij aan de voorlichting en deskundigheidsbevordering op velerlei terreinen via onder meer de GGD Drenthe;
- de gemeente stimuleert voorlichting en deskundigheidbevordering bij onder meer signaleren van depressie (GGZ Drenthe, februari 2008) en dementie (LDPD: Landelijk Dementieprogramma Drenthe, 2008);
- de gemeente heeft het sportstimuleringsproject GALM (Groninger Actief Leven Model) georganiseerd. Daarin worden 55-plussers gestimuleerd om meer te bewegen. Het project is succesvol gebleken: meer dan de helft van de inwoners tussen de 55 en 75 jaar heeft een fitheidstest gedaan en meer dan de helft van de deelnemers heeft zich aangemeld voor reguliere sport- of bewegingsactiviteiten.

Ambitie 3: Vergroten van kansen op gezondheid voor mensen met een lage sociaal economische status. We willen vermijdbare verschillen in gezondheid verkleinen.

- het sociaal raadsliedenwerk is structureel gemaakt;
- voor mensen met een laag inkomen is sinds 2007 voorzien in de kosten van de ondersteuning door vrijwilligers bij het doen van verplichte aangiftes;
- het reïntegratiebeleid 2007-2011 is in mei 2007 door de gemeenteraad vastgesteld;
- met ingang 2007 is de gezinscoach in Midden-Drenthe ingevoerd, te beginnen als pilot.

Ambitie 4: Verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een beperking of chronische ziekte

- als gevolg van de invoering van Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) heeft de gemeente een WMO adviesraad ingesteld (dit betekent dat het rechtstreekse overleg met Stichting Gehandicaptenplatform is komen te vervallen);
- sinds november 2005 is er een lokaal Contactpunt Mantelzorg Midden-Drenthe (CPM) met het doel om voorlichting te geven en om lotgenotencontact te organiseren;
- de indicatiestelling voor allerlei voorzieningen is gecentraliseerd en bij het landelijk werkend Centraal Indicatie Orgaan (CIZ) ondergebracht; vanaf 1 januari 2007 geldt dat ook voor alle Wmo voorzieningen, waaronder de voormalige Wvg voorzieningen en de huishoudelijke hulp.

Ambitie 5: Het bevorderen van een sluitend systeem aan gezondheidsvoorzieningen en de toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen voor alle doelgroepen

- de gemeente neemt sinds 2005 deel aan het (provinciaal) meldpunt voor OGGz Advies- en Meldpunt en het Meldpunt Huiselijk Geweld in de provincie Drenthe;
- er is sinds eind 2005 een Stuurgroep OGGz Midden-Drenthe (secretariaat bij de gemeente) actief en een maandelijks OGGz netwerk overleg Midden-Drenthe (coördinatie door de GGD Drenthe); de kosten hiervoor zijn sinds 2008 structureel in de gemeentebegroting opgenomen;
- er is sinds 2006 een OOGz Noodfonds waarop de gemeente incidenteel een beroep kan doen;
- sinds 2006 is er een structureel (geïndexeerd) budget van € 5.000,00 vrijgemaakt voor hulpverlening bij huiselijk geweld door NoorderMaat;
- in een VDG overleg (een bestuurlijk overleg van Drentse wethouders in de Vereniging van Drentse gemeenten) is medio 2007 een positieve bereidheid vastgesteld om een Kindspoor Huiselijk Geweld te ontwikkelen en te implementeren: doel is een preventief (eerstelijns) hulpaanbod voor kinderen die bij huiselijk geweld betrokken zijn;

- alle vijf Koninklijke Nederlandse Verenigingen van EHBO in de gemeente hebben in november 2007 een AED apparaat (Automatische Externe Defibrillator) van de gemeente ontvangen voor gebruik bij evenementen en scholing;
- de aanwezige particuliere sociale pensions (o.a. in Beilen en Wijster) hebben een gebruiksvergunning.

Ambitie 6: Effectief uitvoering geven aan taken die voortvloeien uit de Wcpv

- waar mogelijk stimuleert de gemeente de bouw van multifunctionele voorzieningen en/of woonzorg zones (o.a. Smilde en Beilen);
- er is nog geen periodiek bestuurlijk overleg met de huisartsen in Midden-Drenthe tot stand gekomen. Wel is er incidenteel overleg en er is een bijeenkomst georganiseerd voor huisartsen.
- er is geen speciale visie op de eerstelijns gezondheidszorg geformuleerd;
- de GGD heeft de ruimten geïnventariseerd in of nabij de basisscholen met als doel te bezien in hoeverre wordt voldaan aan de huidige eisen. Het gaat om ruimten voor de schoolarts.

Bijlage 3 – De huidige lokale gezondheidssituatie

In de voorgaande jaren heeft GGD Drenthe verschillende onderzoeken uitgevoerd die inzicht verschaffen in de gezondheidssituatie van onze inwoners waarvan de gegevens zijn verwerkt in deze nota. Het betreft de Gezondheidsenquête Drenthe, het tabellenboek Midden-Drenthe (2003), een onderzoek naar gezondheid en leefgewoonten onder de jeugd in Midden-Drenthe (2004), een onderzoek naar overgewicht in Drenthe (2004) en een ouderenonderzoek Drenthe (2007). Ook is gebruik gemaakt van informatie uit het Tevredenheidsonderzoek naar sportbeleid op de basisscholen van SportDrenthe (2007). Over het algemeen wijkt Midden-Drenthe weinig af van het gemiddelde in de provincie Drenthe. De meest opvallende resultaten voor onze gemeen zijn beknopt samengevat en geven wij hier weer per thema en per leeftijdsgroep.

Gezonde leefstijl

Uit het tabellenboek (2003) blijkt dat in Midden-Drenthe 81% van de mannelijke en 80% van de vrouwelijke inwoners aangeeft dat ze hun gezondheid als goed ervaren. Dit ligt iets hoger dan het gemiddelde in de provincie Drenthe.

Overgewicht bij volwassenen

Het aantal mensen met overgewicht ligt in heel Drenthe hoog en ook in onze gemeente. Hier is in de periode 1991-2003 het overgewicht van 20-64 jarigen gestegen met 50%, veruit de sterkste stijging vergeleken met de andere Drentse gemeenten. Het resultaat in 2003 is overgewicht bij 54% van de volwassenen, waarmee we de op 1 na 'zwaarste' gemeente in Drenthe zijn. De leeftijdsgroep 20-34 jaar kent de grootste stijging, vooral bij vrouwen.

Overgewicht bij kinderen en jongeren

Bij kinderen zien we ook een stijging als het gaat om overgewicht. Om hiervan een beeld te geven gebruiken we de gegevens van Drentse leerlingen. Van de leerlingen in groep 2 van het basisonderwijs heeft 10% overgewicht en 3% obesitas. Van de leerlingen in klas 2 van het voortgezet onderwijs heeft 14% overgewicht en 3 % obesitas. Dus 1 op de 6 kinderen en 1 op de 7 jongeren uit de genoemde groepen zijn te zwaar. Van de jongeren met overgewicht vindt 54% zichzelf ook te zwaar en denkt 46% een normaal gewicht te hebben.

Bewegen

Bewegen speelt een belangrijke rol in het voorkomen van overgewicht en het heeft een direct positief effect op de lichamelijke conditie, waardoor de kans op onder andere hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en botontkalking vermindert. Uit het onderzoek naar sportbeleid blijkt dat 68% van de leerlingen voldoet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB), 37 % voldoet aan de fitnorm en 74% voldoet aan de combinorm.

Gezonde voeding

Ook gezonde voeding is belangrijk voor een gezonde leefstijl. Het blijkt dat slechts 10% van de leerlingen van de basisscholen in onze gemeente voldoet aan de richtlijn gezonde voeding. Deze richtlijn houdt in dat zij op 5 dagen of meer ontbijten en 2 of meer stuks fruit per dag eten (hierbij mag 1 stuks fruit worden vervangen door vruchtensap) en elke dag groente eten. Ook in de enquête naar gezondheid en leefgewoonten onder jeugd blijkt het percentage jongeren dat op een schooldag niet ontbijt hoog en zelfs toeneemt van 10% (in groep 8) naar 21% (in klas 4).

Cijfers gezonde leefstijl

De volgende cijfers betreffen inwoners van Midden-Drenthe:

Jeugd

- 15 % van de 13-14 jarigen ontbijt niet iedere schooldag
- 57 % van de 14-14 jarigen eet minder dan 5 dagen per week een portie fruit
- 25 % van de 13-14 jarigen eet minder dan 5 dagen per week een portie groente
- 20 % van de 15-16 jarigen rookt al en toe dagelijks

Volwassenen

- 77 % van de volwassenen ontbijt niet elke dag
- 48 % voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)
- 33 % van de mannen en 22 % van vrouwen rookt

Ouderen

- 15 % van de ouderen heeft overgewicht
- 40 % heeft een hoge bloeddruk
- bijna 19 % heeft diabetes
- 36 % van de ouderen fietst niet regelmatig
- 59 % wandelt regelmatig
- 14 % doet regelmatig bewegingsoefeningen
- 12 % zwemt regelmatig
- 22 % doet regelmatig aan een vorm van sport of bewegen

Psychosociaal welbevinden

Het onderzoek naar het psychosociaal welbevinden laat cijfers zien over de belangrijkste indicatoren van psychosociale problematiek: de omvang van de psychische problematiek, huiselijk geweld en angst en depressie.

Psychische problemen

In Midden-Drenthe wonen ongeveer 20.000 volwassenen van 20 tot en met 65 jaar. Van deze volwassenen hebben 5500 personen psychische problemen, zo blijkt uit de gezondheidsenquête van 2003. Psychosociale problematiek onder jongeren is hoog in Midden-Drenthe: veel 13-14 jarigen (1 op de 5) hebben een indicatie voor psychosociale problematiek en van de 15-16 jarigen zijn dat er nog veel meer (ruim 2 op de 5).

Huiselijk geweld

Een ander resultaat uit de gezondheidsenquête is dat bijna 2100 personen huiselijk geweld hebben meegemaakt, relatief meer dan in de provincie als geheel.

Angst en depressie

Veel ouderen (ruim 1 op de 4) hebben risico op angst- en depressiestoornissen.

Cijfers psychosociale problematiek

Opvallende bevindingen zijn:

Jeugd

- 20% van de 13-14 jarigen heeft een indicatie voor psychosociale problematiek
- 41% van de 15-16 jarigen heeft een indicatie voor psychosociale problematiek
- 17 % van de 11-12 jarigen en van de 13-14 jarigen heeft een probleem dat hen dag en nacht bezig houdt
- 22% van de 15-16 jarigen heeft een probleem dat hen dag en nacht bezig houdt

Volwassenen

- 29 % heeft psychische problemen

- 15% heeft te maken met huiselijk geweld
- 28 % voelt zich enigszins tot veel belemmerd in normale sociale bezigheden door lichamelijke of emotionele problemen

Ouderen

- 24% van de ouderen heeft een matig risico op angst- en depressiestoornissen
- 4 % van de ouderen heeft een hoog risico op angst- en depressiestoornissen
- 20 % van de ouderen heeft een probleem dat hen dag en nacht bezighoudt
- 6 % van de ouderen heeft het afgelopen jaar te maken met ouderenmishandeling

Sociaal isolement/eenzaamheid

Eenzaamheid

Uit het jeugdonderzoek blijken veel jongeren gevoelens van eenzaamheid te hebben en dat geldt meer voor meisjes dan voor jongens. Voor volwassenen geldt dit in veel mindere mate, afgezien van de ouderen, waarvan bijna de helft zich eenzaam voelt. Van die groep voelen meer vrouwen dan mannen zich emotioneel eenzaam terwijl dit bij sociale eenzaamheid andersom is.

Pesten

Veel kinderen en jongeren worden gepest. Dat geldt voor bijna 50% van de 11-12 jarigen. Het aantal loopt terug naarmate ze ouder worden: op de leeftijd van 15-16 jaar is het percentage nog 15%.

Cijfers sociaal isolement en eenzaamheid

Opvallende andere bevindingen zijn:

Jeugd

- 83 % van de 13-14 jarigen voelt zich (bijna) nooit eenzaam
- dat is ook bij 79 % van de 15-16 jarigen het geval
- meer meisje dan jongens voelen zich eenzaam
- van de 11-12 jarigen zijn 57 % de laatste 4 weken voor het jeugdonderzoek niet gepest
- van de 13-14 jarigen zijn 77 % de laatste 4 weken voor het jeugdonderzoek niet gepest
- van de 15-16 jarigen zijn 85 % de laatste 4 weken voor het jeugdonderzoek niet gepest

Volwassenen

- 4 % ervaart problemen of moeilijkheden met het alleen zijn
- ook 4 % ervaart problemen of moeilijkheden in contacten met anderen

Ouderen

- 40 % van de ouderen geeft aan eenzaam te zijn
- meer vrouwen (16 %) dan mannen (10 %) dan emotioneel eenzaam
- meer mannen (30 %) dan vrouwen (27 %) zijn sociaal eenzaam

Alcohol

Er wordt te veel alcohol gedronken en op steeds jongere leeftijd. In Midden-Drenthe wordt verhoudingsgewijs door meer respondenten alcohol gedronken dan in Drenthe. Een onrustbarend groot aantal jongeren van 13-14 jaar (1 op de 50) drinkt in een week meer dan 21 glazen alcohol. Gezien het gegeven dat alcohol de hersenen tot 23 jarige leeftijd onherstelbaar beschadigt is dit bijzonder ernstig.

Opvallende andere bevindingen zijn:

Jeugd

- 53 % van de 13-14 jarigen drinkt wel eens alcohol
- 89 % van de 15-16 jarigen drinkt wel eens alcohol
- 38 % van de 11-12 jarigen drinkt wel eens alcohol
- 2 % van de 13-14 jarigen heeft een week voorafgaand het invullen van de vragenlijst meer dan 21 glazen alcohol gedronken

Volwassenen

- 6 % gebruikt excessief alcohol
- 10 % van de mannen drinkt excessief tot zeer excessief alcohol
- 4 % van de vrouwen drinkt excessief tot zeer excessief alcohol

Ketensamenwerking

In dit kader zijn er bij ons geen onderzoeksgegevens bekend of andere feitelijke informatie om aan te geven hoe het met de ketensamenwerking in Midden-Drenthe is gesteld. Een algemene bevinding is dat een goede samenwerking tussen welzijnsinstellingen, eerste en nulde lijn, de GGD en GGZ tot betere resultaten leidt. Verbeterpunten zijn er te vinden op het gebied van uitwisseling van informatie en communicatie, case management en deskundigheidsbevordering.

Bijlage 4 – Raakvlakken met andere beleidsterreinen

Integraal beleid

De gemeente streeft ernaar om zoveel mogelijk de beleidsterreinen op elkaar af te stemmen door integraal beleid te voeren. Dit betekent dat bij de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid ook gekeken wordt naar de activiteiten op andere beleidsterreinen die bijdragen aan de volksgezondheid. In deze bijlage staan van enkele beleidsterreinen de plannen beschreven die bijdrage aan de doelen van het gezondheidsbeleid. Het gaat om plannen en activiteiten op de gebieden:

- maatschappelijke ondersteuning (WMO)
- jeugd
- sport
- re-integratie en armoede
- lokaal onderwijs
- ruimtelijke ordening
- milieu.

1. WMO Activiteitenplan 2008–2012

Het WMO activiteitenplan “Langs bestaande wegen of spoorzoeken” geeft aan hoe wij de taken op het gebied van de maatschappelijke ontwikkeling willen uitwerken en organiseren. “Meedoen” staat centraal. Dat meedoen geldt voor iedereen, jong en oud, ongeacht zijn of haar maatschappelijke of economische positie, ongeacht of iemand beperkingen ondervindt of niet.

Voor de negen prestatievelden zijn per prestatieveld kaders aangegeven voor het beleid in de komende jaren. In de nota lokaal volksgezondheidsbeleid 2008 – 2012 zijn onderdelen van de prestatievelden van de WMO nader uitgewerkt in activiteiten. Voor wat betreft de relatie met volksgezondheid merken we op dat er met bijna alle WMO prestatievelden wel raakvlakken zijn.

Voor een toelichting op visie, doelstellingen en acties wordt verwezen naar het WMO activiteitenplan 2008–2011, dat in maart 2008 door de gemeenteraad is vastgesteld.

2. Nota lokaal jeugdbeleid

De huidige nota lokaal jeugdbeleid loopt af in 2008. Dit betekent dat in 2009 een nieuwe nota verschijnt. Een aantal actuele zaken, die ook al genoemd worden in de nota ‘Gezondheid’ zullen daar zeker een plek krijgen. Dat zijn het Centrum voor Jeugd en gezin, het elektronisch kinddossier en De Drentse verwijzindex. Hier volgt nog een aantal actiepunten uit de huidige nota, die aansluiten op het gezondheidsbeleid.

- Bevorderen van gezond gedrag;
- Versterken van vroegtijdige signalering en behandeling van dreigende ontwikkelingsachterstanden bij jeugdigen;
- De toegang tot de jeugdzorg voor jongeren 0-23 jaar verbeteren;
- Het voorkomen en effectief aanpakken van huiselijk geweld;

Bij al deze actiepunten zijn activiteiten ontwikkeld en er zijn vorderingen gemaakt. Voor verdere informatie wordt verwezen naar de evaluatie die in of voorafgaand aan de nieuwe nota gehouden wordt.

3. Nota Sportbeleid 2008-2013

Het sportbeleid wordt gezien als onderdeel van het gezondheids- en welzijnsbeleid. Sporten bevordert de gezondheid, draagt bij aan het onderhouden van sociale contacten en maakt het inzetten van (sociale) vaardigheden mogelijk. Het sportbeleid levert een wezenlijke bijdrage aan de sociale samenhang in de gemeente.

Het sportbeleid 2008-2013 is tot stand gekomen na grondige analyses van de beginsituatie. Daaruit blijkt dat de gemeente een royaal sportbeleid heeft gevoerd en dat er vooral winst te behalen valt op het gebied van sportstimulering. De gemeente doet dat onder meer door:

- het subsidiëren van jeugdleden en gehandicapten;
- het faciliteren van scholen in de bijscholing van leerkrachten, schoolsportdagen en schoolzwemmen;
- inwoners – en in het bijzonder ouderen – beter informeren over sportmogelijkheden;
- deelname aan sportstimuleringsprojecten;
- verbetering van de sportvoorzieningen;
- deskundigheidsbevordering van vrijwilligers in sportverenigingen.

Voor meer informatie hierover wordt verwezen naar de Sportnota deel 2, uitvoeringsnota sportbeleid 2008-2013.



Sportstimulering: GALM-project



4. Re-integratie en armoedebeleid.

Onze gemeente is onder andere verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet Werk en Bijstand en het bieden van voorzieningen ter ondersteuning van de uitkeringsgerechtigden bij hun reïntegratie naar werk. In de nota "Aan de slag!" hebben wij aangegeven hoe wij in de periode van 2007 tot 2011 aan de slag willen gaan om Mensen, die nu nog een uitkering hebben, te stimuleren om duurzaam uit te stromen. Op 1 januari 2007 hadden 339 mensen een uitkering op grond van de Wet Werk en Bijstand. Dit betekent dat 1% van onze bevolking van een bijstandsuitkering rond moet komen. In verhouding met veel gemeenten is dit een zeer laag percentage. Ook in de komende jaren zullen wij er echter naar streven om nog meer mensen onafhankelijk te maken van een uitkering.

Met de Reïntegratienota "Aan de slag!" is het beleid voor de periode 2007- 2011 vastgesteld en het vigerende beleid op onderdelen bijgesteld. Voor wat betreft de relatie met de volksgezondheid merken we op dat meer bewegen voor bijstandsgerechtigden (fietsen, zwemmen, wandelen en fitness), gecombineerd met theorielessen over gezondheid en arbeidsmarktvaardigheden, kan bijdragen aan eigen vaardigheden en vervolgens aan het verkrijgen van een werk.

In de Beleidsnota "Uw goed recht! - Armoedebeleid 2008-2012, gemeente Midden-Drenthe" wordt voorgesteld een omslag te maken van een financieel georiënteerd minimabeleid, naar een armoedebeleid. Armoede wordt gedefinieerd als: "een situatie waarbij de financiële middelen beperkt zijn en mensen het gevoel hebben dat zij geen perspectief hebben op verbetering van hun situatie, en waarbij zij materieel, cultureel en sociaal uitgesloten zijn van de minimaal aanvaardbare levenspatronen in Nederland." Deze definitie biedt ruimte voor een bredere aanpak van armoede dan alleen een aanpak gericht op inkomensondersteuning.

Het Armoedebeleid van onze gemeente heeft zich de afgelopen jaren vooral gericht op het financieel ondersteunen van mensen met een inkomen tot 120% van het bijstandsniveau. In Midden-Drenthe hebben naar schatting 1776 huishoudens een inkomen tot 120% van het bijstandsniveau. Dit betekent niet dat zij allemaal direct recht hebben op Minimaregelingen.

Onderdeel van het armoedebeleid is een tegemoetkoming aan mensen met een laag inkomen voor onder meer deelname aan (bewegings-)activiteiten, waaronder het lidmaatschap van een sportvereniging, deelname aan activiteiten van sportverenigingen en bezoek aan het zwembad. Ook deze inzet levert een bijdrage aan de gezondheid van mensen en daarmee aan het terugdringen van bewegingsarmoede.

Voor een toelichting op visie, doelstellingen en acties wordt verwezen naar de Reïntegratienota "Aan de slag 2007-2011".

Voor een toelichting op visie, doelstellingen en acties wordt verwezen naar de Beleidsnota "Uw goed recht! - Armoedebeleid 2008-2012".

5. Lokaal onderwijsbeleid

Het onderwijs draagt bij aan een gezonde leefstijl vanuit het vaste lesprogramma, gekoppeld aan de kerndoelen. En op veel scholen ook met gerichte projecten op het gebied van voeding en beweging en met bewust aanbod van etenswaar binnen de school. Een extra impuls om via kwaliteitscriteria te komen tot 'gezonde scholen' is hier op zijn plaats.

De gemeente stimuleert activiteiten structureel, zoals het schoolzwemmen en de schoolspordagen. Incidenteel draagt de gemeente bij aan projecten, bijvoorbeeld gericht op voeding. In 'ontwikkelen, leren en meedoen, kadernota voor lokaal onderwijsbeleid 2006-2010' valt dit onder educatie. In deze periode wordt educatie onder de loep genomen om evenwicht en samenhang aan te brengen tussen de verschillende thema's, waartoe ook gezondheid behoort.

In het kader van 'ontwikkelen' stimuleert de gemeente ook volwasseneneducatie. De buurtacademies hebben hierin een belangrijke rol doordat zij werken op basis van de vraag van de inwoners en ook de inwoners betrekken. Daarmee ontstaan cursussen die bijdragen aan gemeentelijk (gezondheids)beleid. De cursus 'gezond koken' is hiervan een voorbeeld.

6. Ruimtelijke ordening (en bestemmingsplannen).

Bij nieuwe wijken of het renoveren van oude wijken kan de inrichting van de wijk (ofwel de woonomgeving) in belangrijke mate bijdragen aan de gezondheid en het gezondheidsgedrag van de inwoners, bijvoorbeeld op het gebied van de mogelijkheden voor bewegen of de sociale en fysieke veiligheid. Deze twee hangen nauw samen: in een verkeer- en sociaal veilige woonomgeving zullen mensen meer geneigd zijn te gaan bewegen. Een veilige woonomgeving nodigt uit tot fietsen en lopen; en actief bezig zijn is het gemakkelijkst vol te houden als het past binnen een dagelijkse routine. Dat maakt dat de inrichting of renovatie van de wijk belangrijke aangrijpingspunten biedt voor gezondheidsbevordering.

Door het RIVM is een handleiding ontwikkeld en getoetst waarmee gemeenten een bewegingsbevorderende en veilige inrichting van wijken kunnen realiseren. De handleiding 'bewegingsbevorderende en veilige wijken' geeft stapsgewijs aan hoe een bewegingsbevorderende en veilige woonwijk kan ontstaan en geeft 50 aanbevelingen voor het inrichten van wijken. Deze handleiding is bestemd voor alle gemeenten in Nederland die in nieuwbouw- en herstructureringsplannen aandacht willen besteden aan het stimuleren van lichamelijke activiteit en veiligheid van de inwoners. Het verdient aanbeveling om deze handleiding ook in onze gemeente te gebruiken.

Binnen ruimtelijke plannen worden veel milieuzaken geregeld. Hierbij valt te denken aan het scheiden van bedrijvigheid en wonen, veiligheid etc. Verder wil Midden-Drenthe het fietsgebruik stimuleren door bijvoorbeeld het aanleggen van woon - werk fietsverbindingen en het oplossen van verkeersveiligheidsknelpunten. Daarnaast zijn we bezig om het stationsgebied verder te ontwikkelen en het verbeteren van de haltevoorzieningen (door bijvoorbeeld het plaatsen van extra fietsenstallingen).

Doel: het inrichten en aanleggen van gezonde dorpen en wijken

Wat gaan we daarvoor doen?

- We zullen vanaf 2010 de RIVM handleiding 'bewegingsbevorderende en veilige wijken' bij de inrichting of renovatie van dorpen of wijken gaan hanteren.
- We houden zo veel mogelijk rekening met groenvoorzieningen en speelruimte voor kinderen en stimuleren het fietsen en lopen naar scholen.

7. Milieu en volksgezondheid

Een goed milieu betekent een belangrijke bijdrage aan de gezondheid van onze inwoners. Het Milieu BeleidsPlan 2007 -2010 (MBP) van de gemeente Midden-Drenthe heeft vele raakvlakken met de volksgezondheid. Zo staat Duurzaam bouwen (dubo) onder andere voor gezond wonen, onder andere met het oog op een goede ventilatie van woningen. Wij gaan een Energie en Duurzaam Bouwen (dubo) beleid opstellen in 2008.

Het groene karakter van Midden-Drenthe draagt bij aan een goed woon-, werk- en verblijfsklimaat. De gemeente streeft er daarom naar om de kwaliteiten van het groen te behouden, te herstellen en zo nodig te versterken. De gemeente draagt zorg voor een doelmatige inzameling en transport van afvalwater en brengen de vuiluitwerp van overstorten met de helft terug (afkoppelen van hemelwater, berkbezinkbassins, vergroting capaciteit rioolstelsel).

Doel van milieuvergunningverlening is om burgers te beschermen tegen de activiteiten die bedrijven uitvoeren (bijvoorbeeld beperken geuroverlast, geluidoverlast, veiligheidsaspecten). Met de handhaving controleren we erop of de regels ook worden nageleefd. Verder is het de bedoeling dat we een asbestbeleid gaan opstellen waarin o.a. komt te staan hoe we als gemeente om willen gaan met asbest wat vrijkomt bij calamiteiten, sloopwerkzaamheden en bij het dumpen van asbest.

Externe veiligheid (EV) is er op gericht om de risico's vanwege opslag, toepassing en transport van grote hoeveelheden gevaarlijke stoffen (voor burgers) zoveel mogelijk te beperken. Het gaat dan bijvoorbeeld om LPG, grote hoeveelheden bestrijdingsmiddelen, chloortransporten, munitietransporten etc. Dit is vrij nieuw. We gaan aan de slag om externe veiligheid op te nemen in milieuvergunningen en bestemmingsplannen en om het transport van gevaarlijke stoffen te 'routeren' door convenanten met vervoerders. Verder bestaat er een risicokaart voor burgers waarop alle risicovolle bedrijven zijn vermeld en de risico-ontvangers (scholen, kerken, woningen etc.). De gemeente houdt deze kaart bij.

Bodemverontreinigingen kunnen gevaar voor de volksgezondheid met zich meebrengen. Ernstige bodemverontreinigingen worden gesaneerd. Als gemeente zijn we bezig om de bodemkwaliteit van de gehele gemeente in beeld te brengen. Op basis hiervan gaan we beleid ontwikkelen.

In milieuvergunningen worden geluidsvoorschriften voor bedrijven opgenomen om o.a. woningen te beschermen tegen te hoge geluidsniveaus. Hier handhaven wij ook op. Verder zijn we aan de slag met een aantal geluidsaneringen van woningen (toepassen van geluidwerende maatregelen) waarbij de geluidsnormen van het weg- en spoorverkeer worden overschreden.

Het stimuleren van milieubewust gedrag is ook een belangrijk speerpunt. Bijvoorbeeld informatie verstrekken over duurzaam bouwen (ventilatie binnenklimaat woning),

voorkomen van afval verbranden, hoe om te gaan met asbest, waar milieuklachten kunnen worden gemeld, enz.

Voor een toelichting op visie, doelstellingen en acties wordt verwezen naar het Milieu Beleidsplan 2007-2010.

Bijlage 5 – Cijfers achter de doelen

Om inzicht te krijgen in de mate waarin resultaten behaald worden staan hier de meest recente cijfers van onderzoeken die de GGD periodiek uitvoert en van een onderzoek door SportDrenthe uit 2007.

Gebied	Indicator	Jaar meting	Referentie
Gezonde leefstijl	15-16 jarigen die roken (af en toe of dagelijks)	2003	20%: af en toe 9%, dagelijks 11 %
	Kinderen met overgewicht	2004	11-12 jarigen 9% 13-14 jarigen 10% 14-15 jarigen 9%
	Volwassenen met overgewicht	2003	53%
	Kinderen die voldoen aan de NNGB	2007	68%
	11-12 jarigen die wel eens alcohol hebben gedronken	2004	38%
	Volwassenen die zeer excessief alcohol gebruiken	2004	6%
Psychosociaal welbevinden	Inwoners met angst- en depressiestoornissen	2007	65-plussers Matig: 29%, hoog 4%
	Omvang digitaal pesten		(nog) niet bekend
	Volwassenen die te maken hebben met huiselijk geweld	2004	13%
	65-plussers die te maken hebben met huiselijk geweld	2007	1%
	Kinderen en slachtoffers die hulp krijgen na huiselijk geweld		(nog) niet bekend
	13-16 jarigen met indicatie voor psychosociale problematiek	2004	31%
Sociaal isolement	65- plussers die zich eenzaam voelen	2007	43%
Keten-samenwerking	De inwoners weten waar ze terecht kunnen voor informatie en hulp		(nog) niet bekend
	De inwoners hebben laagdrempelige toegang tot hulp		(nog) niet bekend
	De inwoners weten hoe ze snel bij de juiste hulpverlener terecht kunnen komen		(nog) niet bekend
	De inwoners ontvangen goed gecoördineerde hulp		(nog) niet bekend

Bijlage 6 – Begroting en dekking

De begroting is gebaseerd op een concrete invulling die nog moet worden besproken met de uitvoerende instellingen. Deze begroting geeft een indicatie van de kosten en is daarom globaal. Uit een vergelijking van de begroting en de beschikbare budgetten blijkt dat de plannen financieel haalbaar zijn. Voor de incidentele kosten zal het college dekking zoeken binnen de beschikbare structurele budgetten of binnen het de voorziening gezondheidszorg. Dat hangt af van de voorwaarden die verbonden zijn aan die budgetten. De voorziening gezondheidszorg is gebonden aan het fiat van externen.

Begroting

Onderdeel	structurele kosten	incidentele kosten	
		in 2009	vanaf 2010
Voorlichting	1000	p.m.	p.m.
Activiteiten en projecten	18.500	110.000	110.000
Materialen		27.000	10.000
Onderzoek		p.m.	
ketensamenwerking	35.000	25.000	p.m.
Totaal	€ 54.500	€ 162.000	€ 120.000

Dekking

In het volgende overzicht staan de budgetten die voor 2008 in gemeentebegroting zijn opgenomen en die worden ingezet voor het lokaal gezondheidsbeleid en die een directe relatie hebben met de Wet collectieve preventie volksgezondheid. De basissubsidies voor GGD Drenthe en Icare zijn hierin niet meegenomen omdat die voornamelijk bestemd zijn voor de uitvoering van wettelijke taken.

beschikbaar budget	
structureel	
lokaal budget volksgezondheid	20.000
maatwerkdeel JGZ	23.900
budget verslavingszorg	2.269
deskundigheidsbevordering vrijwilligers	6.000
collectieve preventie WMO	25.000
totaal	€ 77.169
incidenteel	
reserve integrale JGZ	561.260
voorziening gezondheidszorg	53.894
totaal	€ 615.154