

2^e nota

'Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Smallingerland 2009-2012'

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
1. Inleiding	3
2. Verantwoording totstandkoming van beleid	3
3. Leeswijzer	4
DEEL 1: HET KADER	5
1. Inleiding	5
2. Wettelijk kader	
2.1 <i>De Grondwet</i>	
2.2 <i>De Wet maatschappelijke ondersteuning</i>	
2.3 <i>De Wet publieke gezondheid</i>	
3. Terugblik 'Basisnota gemeentelijk gezondheidsbeleid Smallingerland 2004-2008'	6
4. Het belang van (preventief) gezondheidsbeleid	6
4.1 <i>Inleiding</i>	
4.2 <i>Visie op gezondheid</i>	
4.3 <i>Hoe gezond is Nederland?</i>	
4.4 <i>Preventiebeleid</i>	
4.5 <i>Integraal gezondheidsbeleid</i>	
5. Ontwikkelingen	7
5.1 <i>Preventienota Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport</i>	
5.2 <i>Kaderbrief minister van VWS</i>	
5.3 <i>Masterplan Gezond Leven Fryslân</i>	
6. Gezondheidssituatie in de gemeente Smallingerland	11
7. Hulpverleningsdienst Fryslân in relatie tot de uitvoering WPG	13
8. Samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg	14
DEEL 2: DE SPEERPUNTEN 2009-2012 NADER UITGEWERKT	15
1. Inleiding	15
2. Speerpunten	15
3. Doelgroepen	15
4. Aanpak	15
<i>Speerpunt 1: Opvoedingsondersteuning en weerbaarheid</i>	16
<i>Speerpunt 2: Roken</i>	18
<i>Speerpunt 3: Alcohol</i>	19
<i>Speerpunt 4: Bewegen en voeding (overgewicht)</i>	21
<i>Speerpunt 5: Seksuele gezondheid</i>	24
DEEL 3: FINANCIËN	25
BIJLAGEN	26
Bijlage 1: Bronnen	26
Bijlage 2: Gebruikte afkortingen	27
Bijlage 3: Epidemiologie: hoe is de gezondheid van de inwoners van Smallingerland	28

VOORWOORD

1. Inleiding

Voor u ligt de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Smallingerland voor de periode 2009–2012. Gezondheid is een breed begrip. Volgens de World Health Organisation (WHO) is gezondheid "*een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken*".

De uitgangspunten die voor onze eerste nota lokaal gezondheidsbeleid zijn gehanteerd, gelden ook voor deze tweede nota, namelijk:

Optimale kansen op gezondheid voor iedereen

De gemeente moet ervoor zorgen dat alle burgers optimale kansen op gezondheid hebben. Het belangrijkste aangrijpingspunt in dit kader is preventie. Zorgvoorzieningen voor iedereen beschikbaar en bereikbaar zijn; daarnaast moet er een goede onderlinge samenhang tussen deze voorzieningen zijn. Tot slot moet er een vangnet zijn voor diegenen die geen gebruik (kunnen) maken van de reguliere voorzieningen.

Verkleinen van gezondheidsverschillen

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

De focus van deze nota is gericht op het **bevorderen** van een **gezonde leefstijl**. Een goede gezondheid draagt bij aan een actieve deelname aan de samenleving. Het is daarom belangrijk dat mensen positieve keuzes kunnen maken voor wat betreft hun eigen gedrag, invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en dat ze, indien nodig, gepaste, betaalbare zorg ontvangen.

2. Verantwoording totstandkoming van beleid

Deze tweede nota 'Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Smallingerland 2009-2012' heeft een intensieve voorbereidingstijd gehad. Door de deelname van onze gemeente in de provinciale projectgroep MGL hebben we al in een vroeg stadium kunnen profiteren van de daar ontwikkelde producten.

Tijdens een presentatie van het MGL aan de commissie Samenlevingszaken en Zorg (januari 2008) bleek dat het belang, om in deze nota de focus op 'leefstijl' te richten, werd onderschreven. Op 5 juni 2008 is het eerste concept van de 2^e nota 'Lokaal gezondheidsbeleid Smallingerland 2009-2012' op hoofdlijnen door het college van b&w vastgesteld.

In de periode na de zomervakantie heb ik, samen met de beleidsmedewerker volksgezondheid, gesprekken gevoerd met directies van primair en voortgezet onderwijs, Renn4 'De Zwaai', ROC De Friese Poort, Sportbedrijf Smallingerland en andere bij de uitvoering van de nota betrokken organisaties. Na deze gespreksronde is de nota op onderdelen geactualiseerd, aangescherpt en aangepast.

De nota is in de raadvergadering van 12 mei 2009 vastgesteld.

3. Leeswijzer

Het eerste deel van deze nota beschrijft onder andere het wettelijk kader, onze visie op gezondheidsbeleid, ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, etc. Voor een deel is tekst overgenomen uit de 'Basisnota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Smallingerland 2004-2008'.

In de tweede deel wordt concreet ingegaan op wat onze gemeente gaat doen om de strijd aan te binden met de grootste bedreigingen voor de volksgezondheid. De belangrijkste input hiervoor wordt geleverd door de aanbevelingen uit het Masterplan Gezond Leven Fryslân (MGL). De aanbevelingen in combinatie met epidemiologische gegevens hebben geleid tot het benoemen van speerpunten voor de komende vier jaar. Per speerpunten zijn de te ondernemen acties inzichtelijk gemaakt.

In het derde deel worden de financiële consequenties van het voorgenomen beleid inzichtelijk gemaakt.

De volgende bijlagen maken deel uit van deze nota:

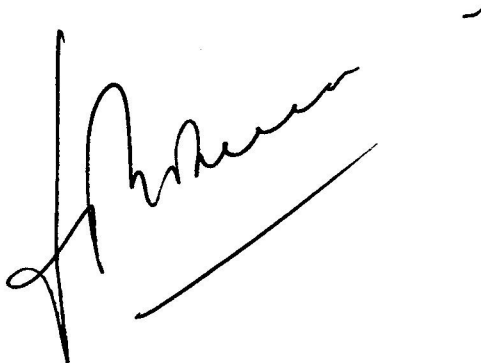
Bijlage 1: Bronnen

Bijlage 2: Gebruikte afkortingen

Bijlage 3: Epidemiologie: hoe is de gezondheid van de inwoners van Smallingerland

Drachten, mei 2009

Namens het college van burgemeester en wethouders,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Rozema', with a long horizontal line underneath it.

J. Rozema, wethouder volkgezondheid

DEEL 1: HET KADER

1. Inleiding

In het kader van de Wet publieke gezondheid (WPG) moet de gemeenteraad eens in de vier jaar een nota gezondheidsbeleid vaststellen. Het gezondheidsbeleid heeft raakvlakken met de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en het gemeentelijk speel- en sportbeleid, het onderwijsbeleid, in het bijzonder de Lokaal Educatieve Agenda (LEA) en de ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Vanuit een aantal praktische overwegingen hebben wij gekozen om voor deze beleidsperiode (2009-2012) voor bovengenoemde beleidsterreinen aparte beleidsnota's te maken. In deze nota's wordt over en weer naar elkaar verwezen.

2. Wettelijk kader

De volgende wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de burgers.

2.1 De Grondwet

De grondwet benoemt de algemene verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de burgers.

2.2 De Wet maatschappelijke ondersteuning

De WMO draagt ertoe bij dat álle burgers kunnen participeren in de samenleving. Zo lang mogelijk zelfstandig zijn is voor iedere Nederlander een wens. Hier zijn individuele voorzieningen voor nodig. Daarnaast moeten de wijken 'generatiebestendig' worden. Dit is een taak voor gemeenten.

2.3 De Wet publieke gezondheid

Voor gemeenten vormt de WPG (*voorheen Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid*) naast de Grondwet en de WMO, het belangrijkste kader. De rijksoverheid is verplicht iedere vier jaar de landelijke prioriteiten vast te stellen op basis van VTV (Volksgezondheid Toekomst Verkenningen) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Vervolgens bouwen gemeenten hierop voort met hun gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. Voor gemeenten zijn de GGD (Gemeenschappelijke gezondheidsdienst) en de jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de thuiszorg de belangrijkste uitvoerders van de WPG.

De WPG maakt het mogelijk om sneller in te grijpen bij dreigingen van infectieziekten. De Wet publieke gezondheid regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden.

3. Terugblik 'Basisnota gemeentelijk gezondheidsbeleid Smallingerland 2004-2008'

Op 1 december 2003 is de 'Basisnota Gemeentelijk gezondheidsbeleid Smallingerland 2004-2008' door de raad vastgesteld. Deze eerste nota lokaal gezondheidsbeleid is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

Optimale kansen op gezondheid voor iedereen:

De gemeente moet ervoor zorgen dat alle burgers optimale kansen op gezondheid hebben. Het belangrijkste aangrijpingspunt in dit kader is preventie. Zorgvoorzieningen voor iedereen beschikbaar en bereikbaar zijn; daarnaast moet er een goede onderlinge samenhang tussen deze voorzieningen zijn. Tot slot moet er een vangnet zijn voor diegenen die geen gebruik (kunnen) maken van de reguliere voorzieningen.

Verkleinen van gezondheidsverschillen

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

De ambities van de eerste nota zijn geoperationaliseerd in het 'Actieplan gemeentelijk gezondheidsbeleid Smallingerland. De daarin beschreven acties richten zich op de volgende thema's:

1. de gezonde wijk
2. versterken gezond gedrag
3. kwetsbare groepen

Per thema zijn ambities geformuleerd. Binnen de ambities zijn de volgende prioriteiten gesteld:

- ontwikkelen leefstijlprogramma dat de basis kan vormen voor interventies in het kader van lokaal gezondheidsbeleid
- sport en spel als middel voor het tegengaan van overgewicht
- toegankelijkheid (en beschikbaarheid) voorzieningen en samenhang in de keten:
- afstemming en samenhang in de zorgketen (volwassenen en jeugd)

Het Actieplan is medio 2007 geëvalueerd. De voorgenomen acties zijn voor een belangrijk deel gerealiseerd. De niet gerealiseerde acties hebben een plek gekregen in deze nota.

4. Het belang van (preventief) gezondheidsbeleid

4.1 Inleiding

Goede gezondheid is van groot belang in een samenleving. In de eerste plaats voor burgers zelf. Mensen kunnen zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig meedoen. Wie langer gezond leeft, heeft ook minder maatschappelijke ondersteuning en intensieve zorg nodig. Investeren in goede preventieve gezondheidszorg is daarom een groot maatschappelijk belang.

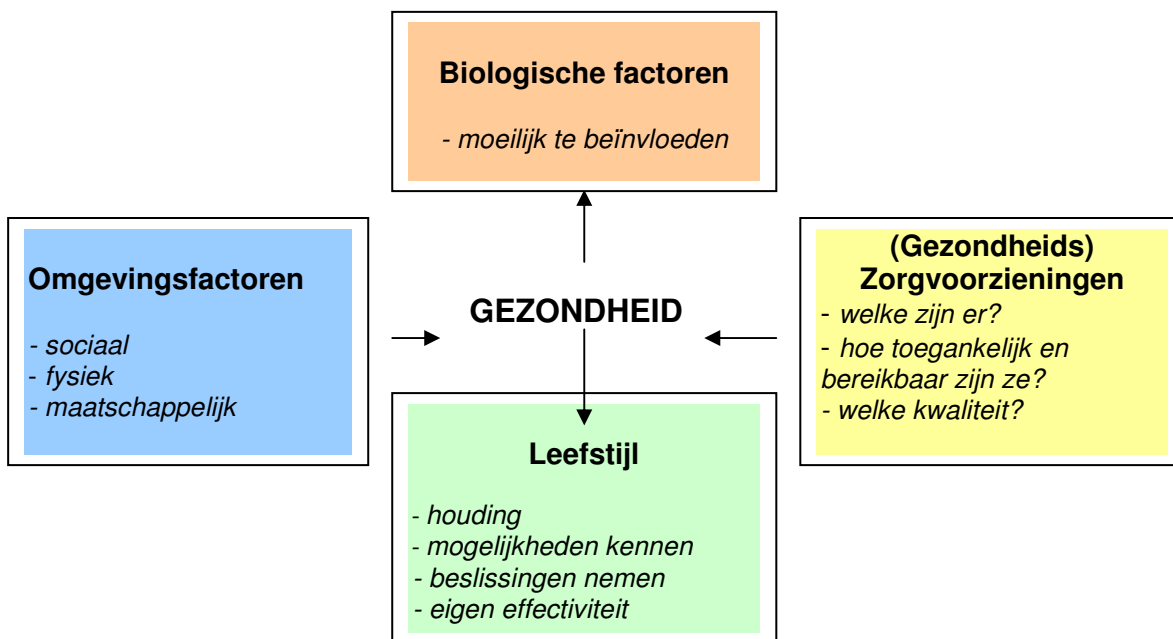
4.2 Visie op gezondheid

Het model van Lalonde geeft een beeld van alle factoren die van invloed zijn op gezondheid. Gezondheid wordt hierbij opgevat als 'een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden' (definitie van de World Health Organisation). De vier factoren zijn:

- **biologische en erfelijke factoren:** de aanwezige (aanleg tot) gezondheid of ziekte
- **omgeving:** de fysieke en sociale omgeving, zoals woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid
- **leefstijl:** het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid
- **gezondheidszorg:** de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen

Volgens dit model blijkt dat de kansen op gezondheid voor individuele burgers verschillen. De biologische factoren zijn niet beïnvloedbaar door de gemeentelijke overheid en worden verder buiten beschouwing gelaten.

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



Figuur: Het model van Lalonde, determinanten van gezondheid

De laatste jaren is er veel aandacht voor de zogenaamde **sociaal-economische gezondheidsverschillen** die vooral ontstaan door verschillen in omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen en werken. Hier ligt een belangrijk aangrijpingspunt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid dat gericht is op *behoud en verbetering van de volksgezondheid en op het wegwerken van gezondheidsverschillen tussen groepen van de bevolking in de gemeente.*

4.3 Hoe gezond is Nederland?

Nederland raakt met gezondheid op internationaal niveau achterop. Nederlanders leefden in 1960 op een na het langst van alle Europeanen. Nu is Nederland naar de middenmoot gezakt. De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn achtereenvolgens: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressies. Vervolgens diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie. Hart- en vaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. Psychische stoornissen tasten de kwaliteit van leven (ernstig) aan. Ongezonder gedrag draagt flink bij aan de ziektelast.

Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht leveren een forse bijdrage aan de hiervoor genoemde ziekten. Mensen uit armere, lage SES (sociaal-economische status) milieus gaan gemiddeld vier jaar eerder dood dan mensen uit rijkere, hoge SES milieus en hebben gemiddeld 14 jaar langer gezondheidsproblemen. Zij leven over het algemeen ongezonder (meer roken, alcoholgebruik, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden. De verschillen in gezondheid en leefstijl tussen deze groepen zijn in de afgelopen tijd niet veranderd.

4.4 Preventiebeleid

Preventiebeleid is er op gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. De doelen van gezondheidsbeleid zijn dan ook:

- Het ouder worden van mensen (toename levensverwachting);
- Langer gezond leven (toename aantal gezonde levensjaren);
- Minder verschil in gezondheid tussen mensen (verkleining verschil in achterstand bij mensen met een lage SES).

Het bevorderen van een gezonde leefstijl is het hoofdthema van het preventiebeleid.

Ziekte is voor een deel onvermijdelijk door (genetische) aanleg of toeval. Maar de welvaartsziekten van nu zijn grotendeels te vermijden: ongezond gedrag verhoogt de ziektelast. Iedereen vindt zijn eigen gezondheid belangrijk maar lang niet iedereen leeft gezond. Veel mensen hebben een te zonnige kijk op hun eigen gezondheidsgedrag. Zij hebben een verkeerd beeld bijvoorbeeld door te weinig kennis over wat gezonde voeding is of hoeveel beweging nodig is of vergelijken zichzelf met anderen die nog ongezonder leven.

Veel mensen "kiezen" voor een ongezonde leefstijl (roken, overmatig drinken, onvoldoende bewegen, ongezonde voeding). Het is nodig meer mensen tot gezonde keuzes te verleiden Dit is niet eenvoudig. Ongezond gedrag is niet alleen iets van het individu, maar hangt ook met andere factoren samen. Door de samenleving zo in te richten dat 'de gezonde en bewuste keuze een makkelijke keuze wordt' ondersteunt de overheid de burger. Dat wordt de uitdaging voor de komende vier jaar. Door meer in preventie te investeren, kan voorkomen worden dat mensen vroegtijdig ziek worden en daardoor een beroep moeten doen op zorgvoorzieningen waaronder de WMO.

4.5 Integraal gezondheidsbeleid

Gezondheidsbeleid is integraal beleid. Er is sprake van integraal gezondheidsbeleid als *het aspect gezondheid deel uitmaakt van beleid van andere sectoren dan de sector volksgezondheid*. Het is dus beleid dat buiten de strikte gezondheidssfeer valt maar waarbij het voorkómen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van gezondheid een doel is. Hierbij kan gedacht worden aan beleid met betrekking tot sport, onderwijs, welzijn, jeugd, ruimtelijke ordening, werk en bijstand, bouwen en wonen, veiligheid, milieu en WMO. Plannen van diverse afdelingen willen we, vanuit het oogpunt van het gezondheidsbeleid, tegen het licht houden. Ook zijn we erop alert dat (bestuurlijke) beslissingen op de diverse gemeentelijke terreinen geen gezondheidsrisico's opleveren.

INTEGRAAL GEZONDHEIDSBELEID		
Doelen	Acties	Resultaten
Het gezondheidsbeleid in de gemeente Smallingerland is integraal beleid	Een effectieve en efficiënte manier van integrale beleidsontwikkeling ontwikkelen door middel van het volgen van de werkleergang van de NIGZ en de GGD Fryslân	<ul style="list-style-type: none"> – Andere (relevante) gemeentelijke afdelingen dan volksgezondheid leveren een bijdrage aan het realiseren van gezondheidsdoelen – Praktische methoden die in het kader van integraal gezondheidsbeleid zijn ontwikkeld kunnen worden toegepast



5. Ontwikkelingen

5.1 Preventienota Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

In oktober 2006 is de tweede Preventienota 'Kiezen voor gezond leven' van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) verschenen. Het kabinet zet in de nota de lijnen uit voor het preventiebeleid in de periode 2007-2010.

De gemeenten worden geacht in ieder geval invulling te geven aan de speerpunten van VWS zoals verwoord in de nota 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006). De inspectie voor de Gezondheidszorg gaat hierop toezien.

Volgens de Preventienota worden de grootste bedreigingen voor de volksgezondheid gevormd door roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Deze bedreigingen vormen dan ook de speerpunten van de landelijke preventienota. De doelstellingen per speerpunt zijn:

1. **Roken:** in 2010 zijn er nog 20% rokers (nu: 28%).
2. **Schadelijk alcoholgebruik:**
 - a. het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992;
 - b. minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% nu naar 7,5% in 2010.
3. **Overgewicht:**
 - a. het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005);
 - b. het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).
4. **Diabetes:**
 - a. het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen;
 - b. heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties.
5. **Depressie:** meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

Met 'Kiezen voor gezond leven' wil het kabinet meer regie zetten op en ondersteuning bieden bij de uitvoering van het preventiebeleid. Het kabinet wil voor gemeenten de keus voor een gezond preventiebeleid makkelijker maken door:

- het ontwikkelen van informatie, kennis en interventies via programma's
- het geordend aanbieden en toegankelijk maken van preventie-instrumenten
- het ondersteunen van het proces van beleidsontwikkeling tot beleidsuitvoering

5.2 Kaderbrief minister van VWS

In september 2007 heeft de minister van VWS de kabinetsvisie op gezondheid en preventie in de Kaderbrief 2007-2011 gepresenteerd. Op basis van een aantal adviezen en rapporten, de VTV 2006 van het RIVM, en op basis van de vele gesprekken met het veld is de conclusie van het kabinet dat het huidige beleid ten aanzien van gezondheid en preventie en de uitvoering daarvan te vrijblijvend en te versnipperd is. Bovendien levert het niet genoeg gezondheidswinst op. Het kabinet wil daarom meer samenhang creëren tussen de verschillende beleidslijnen die elkaar onderling moeten gaan versterken. Het kabinet zal de komende tijd met een verschillende beleidsvoorstellen en wetswijzigingen komen.

5.3 Masterplan Gezond Leven Fryslân

Van januari 2006 tot mei 2007 heeft een provinciale projectgroep van gemeenten, GGD Fryslân en NIGZ, het Masterplan Gezond Leven Fryslân (MGL) ontwikkeld. De gemeente Smallingerland was lid van deze projectgroep.

Het idee voor het ontwikkelen van een masterplan is voortgekomen uit de evaluatie van de eerste nota's gezondheidsbeleid van de gemeenten, waarin bevorderen van een gezonde leefstijl een speerpunt is. Een constatering van gemeenten was dat zij geen consistent beleid voerden op het terrein van een gezonde leefstijl en dat in de uitvoering sprake was van een 'projectencarrousel'. Er was behoefte aan een duidelijke visie (o.a. over belangrijkste thema's en doelgroepen) en een plan van aanpak voor een meer structurele en effectieve aanpak van gezond leven in Fryslân.

Leefstijl is een belangrijk onderwerp als het gaat om gezondheidsbevordering. Het draagt in belangrijke mate bij aan de (on)gezondheid van de bevolking. Gezondheid van de burgers is van groot belang voor een vitale gemeente. Gezondheid draagt immers bij aan welvaart, productie, participatie en minder schooluitval. Het bevorderen van gezond gedrag is niet eenvoudig. In het verleden heeft het accent gelegen op voorlichting via campagnes en lesprogramma's. Steeds meer wordt duidelijk dat voorlichting alleen niet voldoende is. Volgens de projectgroep masterplan bestaat een effectieve aanpak van gezondheidsbevordering door gemeenten uit een combinatie van:

- Sturen waar dit kan, bijvoorbeeld op het gebied van regelgeving, vergunningen, handhaving;
- Benutten van structurele instrumenten voor het bevorderen van een gezonde leefstijl
- Voortdurend streven naar commitment bij professionals, maatschappelijk middenveld en burgers voor het werken aan een gezonde leefstijl; hierbij is het inzetten van 'bewezen effectieve' interventies gewenst, maar dit heeft alleen kans van slagen als uitvoerders en doelgroep zich committeren aan de aanpak; dit vraagt een voortdurende alertheid van de gemeenten
- Actieve regie van de gemeente op de speerpunten

De projectgroep adviseert, op basis van de gegevens over de gezondheidssituatie van de Friese bevolking en de speerpunten van VWS, de volgende thema's als speerpunten te nemen:

1. **opvoeding en weerbaarheid jeugd:** Omdat leefstijl in hoge mate wordt bepaald door opvoeding en door weerbaarheid is dit als centraal thema benoemd. Weerbaarheid heeft o.a. te maken met zelfvertrouwen, zelfbeheersing en weerstand bieden aan groepsdruk.
2. **roken:** Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Hoewel het nationale rookbeleid in Nederland zeker zijn vruchten afwerpt, zijn er nog groepen die nauwelijks worden bereikt.
3. **schadelijk alcoholgebruik:** Chronisch alcoholmisbruik leidt o.a. tot beschadiging van organen waaronder het zenuwstelsel. 70% van het uitgaansgeweld en 25% van de verkeersongevallen gebeuren onder invloed van alcohol. De trends van

alcoholgebruik bij jongeren zijn zeer ongunstig. Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Ook in Fryslân neemt het aantal jonge drinkers toe.

4. **bewegen en voeding (overgewicht):** In Nederland (en Fryslân) is het aantal mensen met overgewicht de afgelopen jaren flink gestegen. Mensen met overgewicht hebben veel meer kans op ernstige gezondheidsproblemen als diabetes, hart- en vaatziekten en klachten aan het bewegingsapparaat.
5. **seksuele gezondheid:** Seksuele gezondheid is gekozen als speerpunt omdat jongeren nog steeds onveilig vrijen, veel jongeren ervaring hebben met ongewenste seksuele ervaringen en het aantal geslachtsziekten in Fryslân toeneemt. Verder is een overweging dat jongeren steeds op jongere leeftijd seksueel actief zijn en er een groeiende problematiek is rond betaalde seks, loverboys, groepsverkrachtingen en cyberseks. In de uitwerking van interventies ziet de projectgroep veel raakvlakken met de speerpunten alcoholgebruik en weerbaarheid.

Twee andere speerpunten van VWS komen niet nadrukkelijk terug als speerpunt in het masterplan, namelijk **diabetes** en **depressie**, omdat VWS bij de uitwerking van deze thema's de nadruk legt op vroegtijdige opsporing en behandeling. Uitvoering van het masterplan draagt indirect echter in belangrijke mate bij aan de preventie van diabetes, omdat overgewicht een grote veroorzaker is van diabetes. Door bewegingsstimulering en de aanpak van overgewicht werken gemeenten dus aan de preventie van diabetes. Eenzelfde redenering geldt voor depressiepreventie: bewegingsstimulering en preventie van excessief alcoholgebruik leiden tot minder voorkomen van depressie.

Wij hebben de adviezen van het masterplan onderschreven. Dit houdt in dat de hiervoor genoemde speerpunten de grootste input vormen voor onze tweede nota lokaal gezondheidsbeleid.

6. Gezondheidssituatie in de gemeente Smallingerland

In bijlage 3 zijn cijfers weergegeven met betrekking tot de gezondheid inwoners van Smallingerland, Fryslân en - indien beschikbaar - Nederland. Deze cijfers komen uit de gezondheidsonderzoeken (GO Jeugd 2004 en GO Volwassenen 2006) die door de GGD Fryslân zijn uitgevoerd. Hieronder wordt een opsomming gegevens van die cijfers die relevant zijn voor onze speerpunten. Hoewel bepaalde cijfers niet significant afwijken van Friese of Nederlandse gemiddelden, betekent dat niet dat er geen actie hoeft te worden ondernomen.

	% Jeugd Smallingerland			% Volwassenen Smallingerland in	
	Tussen () % Fryslân			Tussen () % Fryslân	
	5-6 jaar	10-11 jaar	13-18 jaar	19-64 jaar	65+
Algemene gezondheid					
(Zeer) goed ervaren gezondheid	94 (93)	95 (95)	85 (88)	87 (90)	69 (73)
Lichamelijke gezondheid					
Chronische aandoening				35 (32)	57 (61)
Mobiliteitsbeperking				10 (5)	33 (29)
Astma	7 (5)	-	-	-	-

	% Jeugd Smallingerland			% Volwassenen Smallingerland in	
	Tussen () % Fryslân			Tussen () % Fryslân	
	5-6 jaar	10-11 jaar	13-18 jaar	19-64 jaar	65+
Overgewicht	8 (10)	14 (14)	14 (14)	37 (45)	48 (57)
Diabetes				-	8
Leefstijl					
Weinig tot niet lichamelijk actief	-	-	61 (52)		
Voldoet aan Nederlandse Norm Gezond Bewegen				59 (63)	72 (65)
Sport meer dan 12x per jaar ⁸				53 (60)	-
Lid van sportvereniging	-	74 (77)	63 (64)		
Ontbijt minder dan 5 dagen per week	1 (3)	3 (3)	8 (8)		
Voldoet aan voedingsnorm ontbijt				75 (78)	89 (91)
Voldoet aan voedingsnorm fruit/sap				32 (34)	53 (62)
Voldoet aan voedingsnorm groente				31 (22)	28 (32)
Fruitconsumptie minder dan 5 dagen per week	19 (14)	31 (29)	43 (46)		
Roken	-	-	27 (22)	27 (32)	10 (12)
Alcoholgebruik (drinkt wel eens)	-	-	73 (78)		
Alcoholgebruik > 20 glazen per week (alleen vmbo klas 3)	-	-	31 (25)		
Onverantwoord alcoholgebruik ¹⁰				33 (38)	27 (29)
Zware drinkers ¹¹				19 (23)	1 (3)
Vrijt onveilig (aantal positieve soa-testen 15 jaar en ouder in 2005)				56¹³	
Geestelijke gezondheid					
Matig/ernstig psychosociaal probleem (jgz)	5 (9)	-	7 (9)		

⁸ Alleen bij 19-64 jarigen.

¹⁰ Onverantwoord alcoholgebruik is voor mannen meer dan 21 glazen per week en/of meer dan 5 glazen per drinkdag en/of meer dan 5 drinkdagen per week en voor vrouwen meer dan 14 glazen per week en/of meer dan 3 glazen per drinkdag en/of meer dan 5 drinkdagen per week.

¹¹ Zware drinkers drinken minimaal één keer per week tenminste vier glazen (vrouwen) of tenminste zes glazen (mannen).

¹³ De aantallen zijn op één jaar gebaseerd en aan toevalsschommelingen onderhevig.

	% Jeugd Smallingerland			% Volwassenen Smallingerland in	
	Tussen () % Fryslân			Tussen () % Fryslân	
	5-6 jaar	10-11 jaar	13-18 jaar	19-64 jaar	65+
Onder controle/behandeling voor gedrag	3 (3)	6 (4)	4 (3)		
Algemene ontwikkelingsachterstand	5 (6)	-	-		
Ooit depressief				35 (29)	29 (26)
Eenzaam				39 (39)	45 (44)
Risico's					
Laag opgeleide moeder	18 (16)	25 (25)	-		
Eenoudergezin	6 (4)	8 (8)	10 (10)		
Risicokinderen	7	-	-		
Opvoedingsproblemen				33 (-)	36 (-)
Afgelopen jaar één vorm van (kleine) criminaliteit	-	-	35		
Laag opgeleiden ¹⁴				42 (39)	67 (74)
Ooit slachtoffer huiselijk geweld				11 (9)	

Sociaal economische gezondheidsverschillen Smallingerland		
Smallingerland 19+	Laag opgeleid	Hoog opgeleid
Alcohol: voldoet aan de norm verantwoord alcoholgebruik	41	62
Roken	28	18
Voeding: voldoet aan alle voedingsnormen	11	18
Overgewicht	55	19

7. Hulpverleningsdienst Fryslân in relatie tot de uitvoering WPG

Onze gemeente heeft de uitvoering van een groot aantal taken, die voortvloeien uit de WPG, ondergebracht bij Hulpverleningsdienst Fryslân (HVD). Het gaat om de volgende taken:

- Zicht de gezondheidstoestand van de bevolking (epidemiologisch onderzoek: In dit kader is er uitvoering gegeven aan GO Jeugd en GO Volwassenen)
- Medisch milieukundige zorg
- Technische hygiënezorg
- Infectieziektebestrijding
- [Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen](#)
- Bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

¹⁴ Betreft hier de hoogst voltooide opleiding, maximaal middelbaar algemeen voortgezet onderwijs.
Nota Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Smallingerland 2009-2012

- Jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19-jarigen
- Openbare geestelijke gezondheidszorg (provinciaal project 'Ondersteuning sociale teams')

Daarnaast voerde de HVD wettelijke taken uit op het terrein van rampenbestrijding en infectieziektebestrijding. Wij willen, om inhoud aan onze regiefunctie te kunnen geven, op een aantal beleidsterreinen duidelijke(r) contractafspraken maken met de HVD.

8. Samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg

SAMENWERKING EERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG		
Doelen	Acties	Resultaten
Ontwikkelen van een strategische analyse van de eerstelijns gezondheidszorg met als doel de relatie preventie - curatie te versterken	Overleg met de eerstelijns beroepsbeoefenaars over hun bijdrage aan het realiseren van de gezondheidsdoelen van deze nota	Een plan van aanpak waarin de acties van de eerstelijns beroepsbeoefenaars zijn beschreven

DEEL 2: DE SPEERPUNTEN 2009-2012 NADER UITGEWERKT

1. Inleiding

Op basis van de cijfers uit de gezondheidsenquêtes Smallingerland (GGD Fryslân, 2005-2006; bijlage 2), de speerpunten van VWS en het MGL leven willen wij de komende vier jaar een gezonde leefstijl bij de bevolking stimuleren. Leefstijl draagt in belangrijke mate bij aan de (on)gezondheid van de bevolking. De gezondheid van de burgers is van groot belang voor een vitale gemeente. Gezondheid draagt immers bij aan productie, participatie, minder schooluitval en welvaart; ook doen gezonde burgers minder beroep op de gezondheidszorg en op de zorg in het kader van de WMO.

2. Speerpunten

De speerpunten van lokaal gezondheidsbeleid zijn gericht op volgende leefstijlthema's: opvoedingsondersteuning en weerbaarheid, roken, alcohol, bewegen en voeding (in relatie tot overgewicht) en seksuele gezondheid.

3. Doelgroepen

We richten ons in de tweede nota vooral op de doelgroep **jeugd**. Jeugdigen hebben minder vastgeroeste gewoonten waardoor het gezonde gedrag nog bevorderd kan worden (jong geleerd, oud gedaan). Daarbij geldt: 'Voorkomen is beter dan genezen', zeker bij problemen als overgewicht en verslavingen die heel lastig te behandelen zijn. Daarnaast wordt er een krachtige inzet van gemeenten en organisaties gevraagd op leefstijlfactoren van jeugd die ongunstige trends vertonen. Een typerende uitspraak van het RIVM in dit verband is dat 'de jeugd van nu investeert in ongezondheid'. Het ombuigen van de negatieve trends verkleint de kans op het krijgen van ziekten en vergroot daarmee de gezondheidswinst op latere leeftijd. Naast jeugd zijn er onder volwassenen en ouderen ook risicogroepen. Dit zijn mensen met een **lage SES** en mensen met gezondheidsproblemen of een ongunstige leefstijl. Zij zijn vooral in beeld bij de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg.

4. Aanpak

De hiervoor genoemde speerpunten willen wij vanuit een integrale benadering vertalen in concrete acties. In onze aanpak ligt het accent van de strategieën op verleiding tot gezond gedrag, ondersteuning en facilitering van gezond gedrag en minder op het werken met het 'vermanende vingertje'. Regelgeving en leefomgeving moeten zodanig zijn ingericht dat de burgers worden uitgenodigd tot gezond leven. In onze visie bestaat een lokale effectieve aanpak van gezondheidsbevordering uit een combinatie van:

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

Op de volgende pagina's wordt per speerpunt de stand van zaken beschreven. De doelen, (realistische) acties en resultaten zijn in tabellen verwerkt. Op basis van de tabellen wordt een uitvoeringsprogramma 2009-2012 gemaakt. Hierin worden prioriteiten gesteld, plannings gemaakt en financiële consequenties inzichtelijk gemaakt.

Speerpunt 1: Opvoedingsondersteuning en weerbaarheid

Stand van zaken

Opvoedingsondersteuning maakt deel uit van prestatieveld 2 van de WMO: *op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden*. Vanuit verschillende invalshoeken wordt een bijdrage geleverd aan de invulling van dit prestatieveld. Hieronder volgt een overzicht.

- Onze gemeente beoordeelt het aanbod ontwikkelingsstimulering en opvoedingsondersteuning (O&O) op efficiency en effectiviteit (evidence based of veelbelovende interventie). Met aanbieders van activiteiten zijn afspraken gemaakt over het op elkaar afstemmen van het aanbod en het gezamenlijk aanbieden van activiteiten vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). In de notitie 'Doorgroei Jong in Smallingerland naar een Centrum voor Jeugd en Gezin in Smallingerland' wordt dit verder uitgewerkt.
- In de WPG is de *jeugdgezondheidszorg 0-19* (JGZ) geregeld. Met ingang van 2009 is de uitvoering van de JGZ 0-19 ondergebracht bij de HVD. De JGZ speelt in de uitvoering van de vijf functie voor het gemeentelijk jeugdbeleid een belangrijke rol. In het kader van de functie 'informatie en advies' wordt inhoud gegeven aan opvoedingsondersteuning. Binnen de JGZ zijn de volgende onderwerpen actueel:
 - Invoering Elektronisch Kinddossier (EKD): De minister van Jeugd en Gezin wil dat in 2010 landelijk het EKD is ingevoerd. Het EKD is een digitaal dossier dat het huidige papieren JGZ-dossier vervangt. De gemeente heeft voor de invoering van het EKD extra geld beschikbaar gesteld aan de JGZ.
 - Financiering JGZ/CJG: Het kabinet trekt in totaal € 441 miljoen uit voor de realisatie van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Tot 2012 worden deze middelen op basis van de Brede doeluitkering CJG aan gemeenten uitgekeerd. De consequenties van de brede doeluitkering zijn verwerkt in onze begroting. In de notitie 'Doorgroei Jong in Smallingerland naar een Centrum voor Jeugd en Gezin in Smallingerland' wordt inzicht gegeven in de besteding van de middelen.
- *Masterplan Gezond Leven*: Weerbaarheid en opvoedingsondersteuning zijn speerpunten van het MGL. Weerbaarheid heeft onder andere te maken met zelfvertrouwen, zelfbeheersing en weerstand bieden aan groepsdruk. De rol van ouders is daarbij (zeker in de eerste levensjaren) het belangrijkste; dan wordt de basis belegd voor een gezond leven. In onze gemeente besteden diverse organisatie aandacht aan het vergroten van de weerbaarheid van kinderen. De programma's die worden gebruikt zijn heel divers; er is geen zicht op de effectiviteit van deze programma's c.q. methodieken.

OPVOEDINGSONDERSTEUNING EN WEERBAARHEID		
Doelen	Acties	Resultaten
Samenhangende, integrale preventieve aanpak voor 0-19 jarigen door de JGZ	Uitwerken <i>portfolio JGZ 0-19</i> door HVD in nauwe samenwerking met de Friese gemeenten (commissie Openbare gezondheidszorg)	Er zijn op provinciaal afspraken gemaakt over de inhoud en de kosten van het basisaanbod JGZ 0-19; op gemeentelijk niveau zijn er afspraken gemaakt over een mogelijk aanvullend aanbod
Structurele invulling geven aan opvoedingsondersteuning op verschillende niveaus	Invoering van het programma <i>Triple P</i> bij in ieder geval de organisaties die het CJG gaan vormen	<ul style="list-style-type: none">- Ouders hebben meer vaardigheden met betrekking tot het opvoeden van hun kind(eren)- Ouders worden

OPVOEDINGSONDERSTEUNING EN WEERBAARHEID		
Doelen	Acties	Resultaten
		<p>adequaat geholpen bij hun vragen en problemen met betrekking tot het opvoeden van hun kind(eren)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ouders ervaren minder problemen bij het opvoeden van hun kind(eren)
Informatie over opvoedingsondersteunende activiteiten moet ten behoeve van ouders centraal beschikbaar zijn	<ul style="list-style-type: none"> – Het <i>O&O aanbod</i> inventariseren, herijken, aanvullen en onderbrengen in het CJG Smallingerland – Het gezamenlijk aanbod (mede) afstemmen op de in onze gemeente gesignaleerde problemen 	Ouders weten waar ze informatie over O&O activiteiten kunnen vinden (zie ook hierboven)
Bevorderen van weerbaarheid van kinderen	<ul style="list-style-type: none"> – Inventariseren op welke wijze <i>scholen</i> aandacht aan weerbaarheid (willen) besteden – In afstemming met de <i>Lokaal Educatieve Agenda</i> (LEA) een aanbod voor het onderwijs ontwikkelen 	<ul style="list-style-type: none"> – Alle scholen hebben in een lesprogramma (bij voorkeur 'Leefstijl' van Lions Quest) met betrekking tot het bevorderen van weerbaarheid – Er zijn afspraken gemaakt over het 'onderhoud' van het gekozen programma – Kinderen hebben minder psychosociale problemen
Realiseren van een samenhangende aanpak van (complexe) problemen met de eerste- en tweedelijns organisaties op basis van de 'een kind/gezin – een plan aanpak'	De aanpak, die al in de praktijk wordt gebracht, wordt verder ontwikkeld als een onderdeel van het CJG Smallingerland	Voor de beschrijving van de resultaten wordt verwezen naar de notitie 'Doorgroei Jong in Smallingerland naar een Centrum voor Jeugd en Gezin in Smallingerland'

Speerpunt 2: Roken

Stand van zaken

Onze gemeente voert al jarenlang een preventiebeleid op het gebied van roken. In (bijna) alle scholen voor basis- en voortgezet onderwijs wordt het programma 'De gezonde school en genotmiddelen' uitgevoerd door Verslavingszorg Noord Nederland en de GGD Fryslân. Activiteiten die betrekking hebben op het stoppen met roken worden uitgevoerd door het Stoppunt Roken Friesland.

ROKEN		
Doelen	Acties	Resultaten
Minder jongeren beginnen met roken	<ul style="list-style-type: none"> – Met <i>scholen</i> in het kader van het programma 'De gezonde school' afspraken maken over hun inzet voor rookpreventie – Afspraken maken met <i>Sportbedrijf Smallingerland</i> over het introduceren en ondersteunen van sportverenigingen bij het programma 'Sport en gezondheid' – Via de GGD met het <i>Provinciaal platform roken</i> afspraken maken over hoe organisaties zich inzetten voor rookpreventie 	De gezondheidsmonitor laat zien dat het roken onder jongeren, volwassenen en ouderen zal zijn afgenomen in 2011, waarbij de gemeente meelift op het landelijke beleid. De maatschappelijke effecten zijn vooral meetbaar in de gezondheidszorg op de middellange termijn: minder longkanker, hartinfarcten, minder dysmaturen, e.d.
Voorkomen c.q. verminderen van meeroken	<ul style="list-style-type: none"> – Programma 'Roken, niet waar de kleine bij is' voor 0-4 jarigen – Handhaving rookverbod in horeca en semi-commercie 	Zie hierboven
Stoppen met roken bevorderen	<ul style="list-style-type: none"> – Meer bekendheid geven aan het <i>Stoppunt Roken Friesland</i> – Via de GGD met het <i>Provinciaal platform roken</i> afspraken maken over een adequaat ondersteuningsaanbod bij het stoppen met roken 	Zie hierboven

Speerpunt 3: Alcohol

Stand van zaken

Op 5 februari 2008 heeft de gemeenteraad het actieplan 'Alcohol en Jeugd' vastgesteld. Het actieplan richt zich op jeugdigen tot 25 jaar. Op basis van het actieplan is een uitvoeringsprogramma gemaakt. In het schema hieronder worden de doelen geformuleerd voor risicogroepen en probleemdrinkers. Landelijk worden de volgende normen gehanteerd met betrekking tot alcoholgebruik.

Norm onverantwoord alcoholgebruik

Bij mannen:

1. meer dan 21 glazen per week
2. en/of meer dan 5 glazen per drinkdag
3. en/of meer dan 5 drinkdagen per week

Bij vrouwen:

1. meer dan 14 glazen per week
2. en/of meer dan 3 glazen per dag
3. en/of meer dan 5 drinkdagen per week

Norm zware drinker

Bij mannen: minimaal 1x per week tenminste 6 glazen alcohol

Bij vrouwen: minimaal 1x per week 4 glazen alcohol

ALCOHOL	
Doelen	Acties en resultaten
JEUGD ONDER DE 16 JAAR	
Tegengaan van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar	Zie actieplan en uitvoeringsprogramma 'Alcohol en Jeugd'. De gezondheidsmonitor van de GGD laat zien dat het alcoholgebruik onder de jongeren tot 16 jaar in 2011 is afgenomen.
Toename bekendheid van de norm 'nergens alcohol onder de 16 jaar'	
Betere naleving en handhaving van de wettelijke leeftijdsgrenzen met betrekking tot de verkoop van alcohol	
Geen bezit en gebruik van alcohol in de openbare ruimte	
JEUGDIGEN TUSSEN DE 16 EN 25 JAAR	
Voorkomen schadelijk alcoholgebruik door uitgaanspubliek en voorkomen van openbare orde problemen	Zie actieplan en uitvoeringsprogramma 'Alcohol en Jeugd'. De gezondheidsmonitor laat zien dat het alcoholgebruik onder de jongeren tussen de 16 en 25 jaar in 2011 is afgenomen. Daarnaast moeten de acties resulteren in: <ul style="list-style-type: none"> - Afname schadelijk alcoholgebruik in (para) commerciële horeca, op straat en bij evenementen - Afname van rijden onder invloed - Afname van alcoholgerelateerde overlast en geweld
Betere naleving en handhaving van het 'doortapverbod'	

ALCOHOL		
<i>RISICOGROEPEN EN PROBLEEMDRINKERS</i>		
Doelen	Acties	Resultaten
Voorkomen of vroegtijdig signaleren van schadelijk alcoholgebruik bij volwassenen en het voorkomen van maatschappelijke en privéproblemen	<ul style="list-style-type: none"> - Meer bekendheid geven aan 'drinknorm' - Screening promoten via 'www.drinktest.nl' 	De gezondheidsmonitor van de GGD laat zien dat het alcoholgebruik onder de onderscheiden groepen in 2011 is afgenomen
Afname alcoholgebruik tijdens zwangerschap	Afspraken maken met verloskundigen en huisartsen over welke bijdrage zij hieraan kunnen leveren	
Minder volwassen drinkers met alcoholproblemen	<ul style="list-style-type: none"> - Aandacht voor signaleren door huisartsen - Aanbod VNN meer promoten 	

Speerpunt 4: Bewegen en voeding (overgewicht)

Stand van zaken

Bewegen

Op het gebied van bewegen heeft sportstimulering de laatste jaren bijgedragen aan het in beweging krijgen van mensen. De Breedtesportimpuls (tot en met 2007) richtte zich op alle burgers. Initiatieven zoals GALM (Groninger Actief Leven Model), sportkennismaking en sport voor mensen met een beperking hebben nieuwe impulsen gegeven aan het sportaanbod in de gemeente. Het onderdeel sportstimulering is voortgezet in de activiteitenafspraken met het Sportbedrijf.

Vanaf medio 2007 is de Buurt-Onderwijs-Sport (BOS) impuls gestart. De activiteiten richten zich op de jeugd van 4 tot 19 jaar. Een mobiele sportkar met sportactiviteiten in de openbare ruimte verbreedt het sportaanbod in de wijken en dorpen. Hiermee krijgt de ongeorganiseerde sport de nodige aandacht. Tevens wordt een brug geslagen van sport naar speelbeleid. Op een basisschool wordt in het kader van de BOS-impuls het programma 'Lekker Fit' uitgevoerd. Hierin wordt een nadrukkelijke verbinding gelegd tussen bewegen en voeding.

Het rijk heeft in 2008 het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) geïntroduceerd met als doel om meer mensen aan de beweegnorm te laten voldoen en inactieve burgers in beweging te brengen.

Spelen

Het aanbieden van sport- en spelmogelijkheden in de wijken en dorpen daagt uit tot bewegen. Een doel van het gemeentelijk speelbeleid is *een bijdrage leveren aan de evenwichtige ontwikkeling van jeugdigen*. Daarmee draagt het speelbeleid bij aan de volksgezondheid in het algemeen en het behalen van de beweegnorm in het bijzonder. Dagelijks bewegen door kinderen heeft een bewezen positief effect op het beweeggedrag op latere leeftijd. Buiten spelen levert een bijdrage aan de fysieke, sociaal-emotionele en mentale ontwikkeling van jeugdigen en kan daarnaast overgewicht tegengaan.

Binnen het speelbeleid wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende doelgroepen, waarbij speelruimte voor de jongste jeugd zich vooral concentreert in de wijken en dorpen. De speelruimte moet, lopend of met de fiets, goed en veilig bereikbaar zijn. Voorzieningen voor tieners hebben een bovenwijks karakter. Bij de inrichting is aandacht voor zoveel mogelijk speelaanleidingen zoals schommelen, klimmen, glijden, verstoppelen en dergelijke. Speelruimtes hebben daarnaast een ontmoetingsfunctie in het dorp en de wijk.

Vanuit het speelbeleid is het voorstel om de 3% norm bij ontwikkelplannen op te nemen in het programma van eisen. De 3% norm is geïntroduceerd door NUSO (de landelijke organisatie voor speeltuinwerk en jeugdrecreatie) en Jantje Beton. Het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) heeft de norm overgenomen als richtlijn om binnen wijken 3% van de ruimte in te richten als speelruimte. Het initiatief om schoolpleinen open te stellen als speelruimte na schooltijd, kan een belangrijke bijdrage leveren aan het behalen van de norm in bestaande wijken en dorpen.

Bij de uitvoering van het speelbeleid zijn participatie van bewoners en integrale beleidsontwikkeling belangrijke aandachtspunten. De samenhang tussen sport, spelen en gezondheid kan geoptimaliseerd worden door vroegtijdige afstemming te zoeken bij ontwikkelplannen. Daarnaast kan de expertise van het Sportbedrijf op het gebied van bewegen een meerwaarde zijn bij keuzes rondom dit speelbeleid.

Voeding

Op dit moment voert onze gemeente geen gericht beleid met betrekking tot voeding. Wel is voeding een aandachtspunt bij de periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO) van de JGZ.

BEWEGEN EN VOEDING (OVERGEWICHT)		
Doelen	Acties	Resultaten
BEWEGEN		
Jeugdigen en volwassenen zijn op de hoogte van de beweegnorm ¹	In het kader van het beleidsplan 'Sport en bewegen 2009-2012' de campagne-uitingen '30 minuten bewegen' inzetten	Meer inwoners kennen de NNGB norm
Het percentage jeugdigen en volwassenen dat voldoet aan de beweegnorm is toegenomen	In het kader van het beleidsplan 'Sport en bewegen 2009-2012' worden de volgende acties uitgevoerd: <ul style="list-style-type: none"> – Voortzetten sportstimulering en BOS-impuls – In 2009 deelname aan NASB voorbereiden 	<ul style="list-style-type: none"> – Meer volwassenen voldoen aan de beweegnorm (nu 59%) – Afname van het aantal jongeren dat weinig tot niet actief is (nu 61%) – Deelname aan NASB vanaf medio 2010
Realiseren van een adequaat sport- en beweeg aanbod	Vaststellen in het beleidsplan 'Sport en bewegen 2009-2012'	Zie beleidsplan 'Sport en bewegen 2009-2012'
Inzichtelijk en toegankelijk maken van het sport- en beweeg aanbod in de gemeente	<ul style="list-style-type: none"> – Nagaan of het minimabeleid bijdraagt aan het meer bewegen van risicogroepen (vooral lage SES-groepen) – Deelname aan het provinciale jeugdsportfonds – Aanbod Stichting Leergeld promoten 	Financiële drempels voor deelname aan het sport- en beweeg aanbod in de gemeente zijn, voor zover mogelijk, weggenomen
Realiseren van uitdagende, uitnodigende en toegankelijke sport- en spe(e)lvoorzieningen in de wijken/dorpen	De acties die in dit kader worden uitgevoerd zijn beschreven in de notitie 'Speelbeleid'	Zie notitie 'Speelbeleid'
Actief bewegen van jeugd bewoners van risico wijken bevorderen volgens het principe 'make the healthy choice the easy choice'	Inhoud geven aan randvoorwaarden voor een 'gezonde woonomgeving die uitnodigt tot bewegen'	Randvoorwaarden worden structureel meegenomen bij nieuwe bestemmingsplannen
Realiseren van een verkeersbeleid dat de inwoners stimuleert om te fietsen en te lopen	Inhoud geven aan randvoorwaarden die nodig zijn voor het realiseren van de doelstelling	Randvoorwaarden worden structureel meegenomen bij nieuwe verkeer- en vervoersplannen
VOEDING		
Doelen	Acties	Resultaten
Vroegsignalering overgewicht	Afspraken maken met JGZ over vroegsignalering van overgewicht tijdens	

¹ Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) voor jeugdigen onder de 18: dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal twee maal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie). Voor volwassenen (boven de 18 jaar) geldt: een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.

BEWEGEN EN VOEDING (OVERGEWICHT)		
Doelen	Acties	Resultaten
	periodieke gezondheids- onderzoeken voor 0-19 jarigen	
Met kindercentra, scholen, welzijnswerk, huisartsen en JGZ een totaalplan ontwikkelen om overgewicht bij kinderen te verminderen en minimaal te stabiliseren	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting aan risico- ouders en kinderen - Opnemen van belang van gezonde voeding in leefstijlprogramma's - Afspraken maken met de JGZ en/of andere aanbieders over een aanbod voor kinderen met (licht) overgewicht 	De gezondheidsmonitor van de GGD laat zien dat het percentage jongeren met overgewicht in 2011 is afgenomen
Uitbreiden aanbod gezonde voeding in (VO)scholen, (sport)kantines en welzijnsorganisaties	<ul style="list-style-type: none"> - Afspraken maken met <i>Sportbedrijf Smallingerland</i> over het introduceren en ondersteunen van sportverenigingen bij het programma 'Sport en gezondheid' - Implementatie project 'De gezonde school' 	Sportverenigingen en scholen laten in hun beleid zien dat zij een actieve en gezonde leefstijl bevorderen
Stimuleren bewustwording belang bewegen en voeding	Aanbevelingen formuleren op basis van de evaluatie van het programma 'Lekker Fit'	Meer basisschoolleerlingen nemen deel aan het programma 'Lekker Fit'

Speerpunt 5: Seksuele gezondheid

Stand van zaken

Wij hebben op dit moment geen duidelijk zicht op wat er in het kader van dit thema binnen de gemeente gebeurt.

SEKSUELE GEZONDHEID		
Doelen	Acties	Resultaten
Realiseren dat jongeren meer kennis hebben over seksuele gezondheid en respectvol met de seksualiteit van de ander omgaan	<ul style="list-style-type: none">– Inventariseren wat er op het terrein van seksuele gezondheid (binnen het onderwijs) gebeurt– Op basis van de inventarisatie bekijken of de lesprogramma's 'Week van de lentekriebels' (BO) en 'Lang leve de liefde' (VO) kunnen worden geïmplementeerd	<ul style="list-style-type: none">– Meer openheid over gezonde vormen van seksueel gedrag– Minder grensoverschrijdend gedrag en loverboys– Stabiliseren seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)– Preventie van tienerzwangerschappen en acceptatie van homoseksualiteit

DEEL 3: FINANCIËN

In onze gemeentebegroting is, op basis gemeenschappelijke regeling Hulpverleningsdienst Fryslân, een jaarlijkse bijdrage opgenomen voor de uitvoering van taken die voortvloeien uit Wet publieke gezondheid. De taken zijn ondergebracht in een programma *veiligheid*, een programma *gezondheid* (waar onder infectieziektebestrijding) en een programma *JGZ*. Voor 2009 gaat het om een bedrag van in totaal € 2.031.000 dat als volgt over de onderdelen is verdeeld:

- Gezondheid € 756.000
- Veiligheid € 372.000
- JGZ € 903.000

Met ingang van 2008 hebben wij een structureel bedrag van € 80.000 in onze begroting opgenomen voor het (laten) uitvoeren van activiteiten in het kader van lokaal gezondheidsbeleid. Dit bedrag wordt elk jaar geïndexeerd. In het uitvoeringsprogramma 'Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Smallingerland 2009-2012' worden prioriteiten, planning en financiële consequenties inzichtelijk gemaakt.

Op basis van de huidige inzichten zullen de prioriteiten gericht zijn op:

- Implementatie van de methodiek 'De gezonde school'. Een en ander zal in nauw overleg met het onderwijs (binnen het Platform Lokaal Onderwijsbeleid) gebeuren.
- Het ontwikkelen van een basisaanbod 'weerbaarheid' voor in ieder geval kinderen in het basisonderwijs en mogelijk ook kinderen in het voortgezet onderwijs.
- Het uitvoeren van evidence based of veelbelovende interventies die een gezonde leefstijl bevorderen.
- Onder voorbehoud van instemming met de uitvoering van het Nationaal Actieplan sport en Bewegen, reserveren van een bijdrage voor de cofinanciering.

Een groot aantal acties kan worden gedekt uit andere financieringsbronnen. Zo hebben wij al geld beschikbaar gesteld voor de invoering van Triple P in Smallingerland (1^e fase). Ook zijn er structurele middelen gereserveerd voor de uitvoering van een nazorg aanbod in het kader van 'De gezonde school en genotmiddelen'. Binnen de begroting van het CJG Smallingerland is geld vrij gemaakt voor (nieuwe) activiteiten in het kader van O&O en de 'een kind/gezin – een plan' aanpak. Een aantal voorgestelde acties in het kader van 'bewegen en voeding (overgewicht)' worden gefinancierd op basis van het beleidsplan 'Sport en bewegen' en de notitie 'Speelbeleid'. Zoals al eerder is gezegd, worden de financiële consequenties, inclusief dekking, uitgewerkt in het uitvoeringsprogramma van deze nota.

Bijlage 1: Bronnen

Preventienota 'Kiezen voor gezond leven 2007-2010', Ministerie van VWS, december 2006

Kaderbrief 2007-2011 'Visie op gezondheid en preventie', Ministerie van VWS, september 2007

Map 'Gezondheid in Fryslân', GGD Fryslân

Masterplan Gezond Leven Fryslân, GGD Fryslân, juli 2007

Bouwstenennotities gemeentelijk gezondheidsbeleid, GGD Fryslân, 2008

Beleidskader 'WMO-gezondheidsbeleid 2008 – 2011', gemeente Tytsjerksteradiel, 2008

Nota 'Gemeentelijk gezondheidsbeleid 2008-2011', gemeente Leeuwarden, december 2007

Bijlage 2: Gebruikte afkortingen

BO	Basisonderwijs
BOS	Buurt Onderwijs Sport
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
EKD	Elektronisch Kinddossier
GALM	Groninger Actief Leven Model
GBS	Gereformeerde basisschool
GGD	Gemeenschappelijke gezondheidsdienst
GO	Gezondheidsonderzoek
HVD	Hulpverleningsdienst Fryslân
ID	Identiteitsbewijs
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LEA	Lokaal Educatieve Agenda
LGB	Lokaal gezondheidsbeleid
LLenB	Leren – Loopbaancompetenties – Burgerschapscompetenties
LWO	Leerweg ondersteunend onderwijs
MGL	Masterplan Gezond Leven Fryslân
MOD	Medisch Orthopedagogische Dagbehandeling
MOS	Maatschappelijke onderneming Smallingerland
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NUSO	Landelijke organisatie voor speeltuinwerk en jeugdrecreatie
O&O	Ontwikkelingsstimulering en opvoedingsondersteuning
OPO	Openbaar Primair Onderwijs
PGO	Periodieke gezondheidsonderzoeken
PLOB	Platform Lokaal Onderwijsbeleid
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns gezondheidszorg
SES	Sociaal economische status
SOA	Seksueel overdraagbare aandoeningen
VO	Voortgezet onderwijs
VRM	Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieu
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WPG	Wet publieke gezondheid

Bijlage 3: Epidemiologie: hoe is de gezondheid van de inwoners van Smallingerland

Toelichting

In deze bouwsteen zijn cijfers weergegeven m.b.t. de gezondheid van Friezen in respectievelijk onze gemeente, de provincie Fryslân en - indien beschikbaar - Nederland. De eerste tabel heeft betrekking op de Friese jeugd. De percentages zijn gebaseerd op gegevens van de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar over de jaren 2005/2006. De gegevens in de kolom 'Vo 13-18 jaar' zijn daarnaast deels gebaseerd op de enquête GO Jeugd 2004. De Friese cijfers voor volwassenen en ouderen zijn gebaseerd op de gezondheidsenquête die GGD Fryslân heeft afgenomen eind 2005/begin 2006. Als geen cijfer is vermeld, is in de enquête of registratie niet naar dit onderwerp gevraagd óf is landelijk een andere definitie gehanteerd. De resultaten per gemeente uit enquêtes zijn statistisch vergeleken met de provinciale resultaten. Cijfers in **rood** aangegeven wijken in negatieve zin significant af van het Friese gemiddelde. Cijfers in **groen** aangegeven wijken in positieve zin significant af van het Friese gemiddelde. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de bevolking van Fryslân zijn de gegevens uit enquêtes gewogen¹. Hoewel er vanzelfsprekend raakvlakken zijn tussen het gemeentelijk gezondheidsbeleid enerzijds en het lokale WMO-beleid anderzijds, wordt in de laatste kolom weergegeven waarvoor de betreffende cijfers vooral goed bruikbaar zijn.

¹ Er is gewogen naar geslacht, leeftijd, respons en omvang van de steekproef per gemeente. Wegen betekent het toekennen van een vermenigvuldigingsfactor aan alle afzonderlijke respondenten op basis van de daadwerkelijke leeftijdsverdelingen en geslachtsverdeling in de gemeente. Dit omdat mannen en vrouwen en verschillende leeftijdsgroepen verschillend kunnen responderen. In de enquête GO Jeugd is eveneens gewerkt met een correctie voor achtergrondkenmerken.

² Cijfer is gebaseerd op de leeftijdscategorie 13-14 jaar (Vo).

	Smallingerland (%)			Friesland (%)			GGB/ WMO
	Bao gr. 2 5-6 jaar	Bao gr.7 10-11 jaar	Vo 13-18 jaar	5-6 jaar	10-11 jaar	13-18 jaar	
Algemene gezondheid							
(Zeer) goed ervaren gezondheid	94	95	85	93	95	88 ²	GGB
Lichamelijke gezondheid							
Astma	7	-	-	5	-	-	GGB
Overgewicht	8	14	14	10	14	14 ²	GGB
Leefstijl							
Weinig tot niet lichamelijk actief	-	-	61*	-	-	52	GGB
Lid van sportvereniging	-	74	63	-	77	64 ²	GGB
Ontbijt minder dan 5 dagen per week	1	3	8	3	3	8 ²	GGB
Fruitconsumptie minder dan 5 dagen per week	19	31	43	14	29	46 ²	GGB
Roken	-	-	27	-	-	22	GGB
Alcoholgebruik: > 20 glazen per week (alleen vmbo klas 3)	-	-	31	-	-	25 ²	GGB
Alcoholgebruik (drinkt wel eens)	-	-	73	-	-	78	GGB
Afgelopen jaar één vorm van (kleine) criminaliteit	-	-	35	-	-	35	GGB
Rapportcijfer veiligheid huis/woonomgeving	-	-	8,6	-	-	8,7	GGB
Zorg							
Onder controle/behandeling bij huisarts/ specialist	16	14	8	16	15	13 ²	GGB/ WMO
Medicijngebruik	12	13	12	9	11	12 ²	GGB
Geestelijke gezondheid							
Matig/ernstig psychosociaal probleem (jgz)	5	-	7	9	-	9 ²	GGB/ WMO
Onder controle/behandeling voor gedrag	3	6	4	3	4	3 ²	
Algemene ontwikkelingsachterstand	5	-	-	6	-	-	GGB
	Smallingerland (%)			Friesland (%)			
Risico	0-4 jaar	Bao 4-12	Vo 13-14 jaar	0-4 jaar	Bao 4-12	Vo13-14 jaar	
Laag opgeleide moeder	18	25	-	16	25	-	GGB
Eenoudergezin	6	8	10	4	8	10	GGB/ WMO
Risicokinderen	7	-	-	9	-	-	GGB

	Smallingerland (%)		Friesland (%)		NL (%)	GGB/ WMO
	19-64 jaar	65+	19-64 jaar	65+		
Algemene gezondheid						
Matig of slecht ervaren gezondheid	13	31	10	27	19 ⁴	GGB
Lichamelijke gezondheid						
Chronische aandoening	35	57	32	61	-	WMO
Mobiliteitsbeperking	10*	33	5	29	8 ⁴	WMO
ADL-beperking	-	17	-	15	21	WMO
Overgewicht	37*	48*	45	57	45 ⁴	GGB
Diabetes ⁵	-	8*	3	13	13 ⁶	GGB
Leefstijl						
Voldoet aan Nederlandse Norm Gezond Bewegen	59	72*	63	65	51 ⁷	GGB
Sport meer dan 12 keer per jaar ⁸	53	-	60	-	62 ⁹	GGB
Roken	27	10	32	12	27 ⁴	GGB
Onverantwoord alcoholgebruik ¹⁰	33*	27	38	29	-	GGB
Zware drinkers ¹¹	19*	1	23 ¹²	3	-	GGB
Voldoet aan voedingsnorm groente	31	28	22	32	-	GGB
Voldoet aan voedingsnorm fruit/sap	32	53	34	62	-	GGB
Voldoet aan voedingsnorm ontbijt	75	89	78	91	-	GGB
Vrijt onveilig; aantal positieve soa-testen, 15 jaar en ouder (2005)	56 ¹³		+/-900		+/-7500	GGB
Huiselijk geweld						
Ooit slachtoffer	11	-	9	2	-	WMO
Zorg						
Geeft mantelzorg	14	15	16	12	12 ⁶	WMO
Ontvangt mantelzorg	-	19	-	15	-	WMO
Geestelijke gezondheid						
Ooit depressief	35*	29	29	26	25 ⁴	GGB
Eenzaam	39	45	39	44	-	WMO
Opvoeding						
Opvoedingsproblemen	33	-	36	-	-	WMO
Laag opgeleiden¹⁴	42	67*	39	74	34 ⁴	GGB

⁴ Andere leeftijdscategorie, CBS.

⁵ Gezien de kleine aantallen moeten de bijbehorende percentages voorzichtig geïnterpreteerd worden.

⁶ Iets andere definitie, redelijk vergelijkbaar, (SCP, 2005 en/of CBS,2006).

⁷ Andere leeftijdscategorie, TNO 2005.

⁸ Alleen bij 19-64 jarigen.

⁹ Andere leeftijdscategorie, WJH Mulier Instituut.

¹⁰ Onverantwoord alcoholgebruik is voor mannen meer dan 21 glazen per week en/of meer dan 5 glazen per drinkdag en/of meer dan 5 drinkdagen per week en voor vrouwen meer dan 14 glazen per week en/of meer dan 3 glazen per drinkdag en/of meer dan 5 drinkdagen per week.

¹¹ Zware drinkers: minimaal één x per week tenminste vier glazen (vrouw) of tenminste zes glazen (man).

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

¹³ De aantallen zijn op één jaar gebaseerd en aan toevalsschommelingen onderhevig.

¹⁴ Betreft hier de hoogst voltooide opleiding, maximaal middelbaar algemeen voortgezet onderwijs.