

Positief gezond in Midden-Brabant!



Nota Publieke Gezondheid
Midden-Brabant
2016-2019

3 november 2015

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	6
1.1 Waaron regionaal gezondheidsbeleid?	6
1.2 Leeswijzer	6
2. Visie publieke gezondheid in Midden-Brabant	7
2.1 Positieve gezondheid	7
2.2 Een gezond sociaal domein	7
2.2 Publieke gezondheid	8
3. Wat valt op in Midden-Brabant?	9
3.1 Jeugd	9
3.2 Volwassenen en ouderen	10
3.3 Risicogroepen	11
4. Ambities publieke gezondheid in Midden-Brabant	14
4.1 Collectieve preventie	14
4.2 Jeugdgezondheidszorg	15
4.3 Ouderengezondheidszorg	17
4.4 Prenatale gezondheidszorg	18
5. Aanpak regionale ambities	19
5.1 Speerpunten collectieve preventie	19
5.1.1 Samenwerken	19
5.1.2 Gezonde scholen	19
5.1.3 Versterken opvoedvaardigheden	20
5.1.4 Gezonde omgeving	20
5.2 Maatregelen per ambitie	20
5.2.1 Jongeren onder de 18 jaar drinken geen alcohol	20
5.2.2 Kinderen hebben een gezond gewicht	22
5.2.3 Het ziekteverzuim van leerlingen neemt met 20% af	23
5.3 Evaluatie	24
5.4 Financiën	24
6. Lokaal gezondheidsbeleid Goirle	26
6.1 De beleidsontwikkeling tot op heden	26
6.2 Toelichting op de lokale situatie ten aanzien van de ambities	27
6.3 Wat gaat er verder met deze nota gebeuren?	27
Literatuur	29
Bijlage I Terugblik op pilotnota 2014-2015	31
Bijlage II Kaders voor het gezondheidsbeleid	33

Samenvatting

In de nota Publieke gezondheid Midden-Brabant staan het beleid, de ambities en de activiteiten voor de periode 2016-2019 beschreven. De negen gemeenten werken hierin samen om zo meer gezondheidswinst te behalen, hun slagkracht te vergroten en een sterkere verbinding te leggen met hun ander beleid.

De nota bouwt voort op een visie op (positieve) gezondheid, die uitgaat van de eigen kracht van mensen en een beroep doet op de participatie van inwoners. Sleutelwoorden hierin zijn veerkracht, eigen regie en gezondheidsvaardigheden.

De gezondheid van de inwoners van Midden-Brabant is over het algemeen goed, maar kan nog veel beter. De ambities uit de regionale pilotnota 2014-2015 gingen allen over collectieve gezondheidsbevordering en waren vooral gericht op de jeugd. Omdat de thema's uit de vorige nota nog steeds actueel zijn en de cijfers aangeven dat er nog gezondheidswinst te halen valt, wordt deze koers voortgezet.

Daarom zijn de volgende ambities voor de regionale aanpak benoemd:

- jongeren onder de 18 jaar drinken geen alcohol;
- kinderen hebben een gezond gewicht;
- het ziekteverzuim van leerlingen neemt af.

De ambities worden nagestreefd door in te zetten op 'samenwerken', 'gezonde scholen', 'het versterken van opvoedvaardigheden' en een 'gezonde omgeving'.

Heel concreet staan in deze nota per ambitie regionale en lokale maatregelen genoemd.

Het succes van het slagen van de ambities is afhankelijk van de inzet van alle betrokken partijen.

In 2017 vindt een tussenevaluatie plaats over de voortgang van de resultaten, zodat bijsturing mogelijk is. In 2019 wordt de nota in zijn totaliteit geëvalueerd.

Deze nota is tot stand gekomen door een samenwerking tussen de gemeenten Dongen, Gilze en Rijen, Goirle, Heusden, Hilvarenbeek, Loon op Zand, Oisterwijk, Tilburg en Waalwijk, met medewerking van de GGD Hart voor Brabant

1. Inleiding

Voor u ligt de nota publieke gezondheid Midden-Brabant. Deze nota loopt van 2016 tot en met 2019 en geldt voor de gemeenten Dongen, Gilze en Rijen, Goirle, Heusden, Hilvarenbeek, Loon op Zand, Oisterwijk, Tilburg en Waalwijk.

Bij het overleg over deze nota namen wij de input van lokale partners mee. De GGD Hart voor Brabant begeleidde bij het schrijven van de nota en adviseerde hierin.

Deze nota concentreert zich op het *regionale* gezondheidsbeleid. Elke gemeente kan, als zij dat wil, een lokaal hoofdstuk toevoegen.

1.1 Waarom regionaal gezondheidsbeleid?

De gemeenten in Midden-Brabant werken vaak op dezelfde manier aan vergelijkbare gezondheidsthema's. Door intensiever samen te werken, willen we meer gezondheidswinst behalen, om zo de slagkracht te verhogen en een sterkere verbinding te leggen met andere beleidsterreinen waarbinnen we al samenwerken, zoals jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Gezondheid is binnen deze beleidsterreinen een belangrijke voorwaarde om doelen te realiseren en door hier op aan te sluiten met gezondheid bevorderende thema's, kunnen de regionale ontwikkelingen elkaar versterken.

Door gezondheidsproblemen samen aan te pakken met een gedeelde focus, kunnen we ook de inzet van uitvoerende organisaties (zoals de GGD) beter invullen en aansturen en beter gebruik maken van elkaars ervaringen en expertise.

Deze nota bouwt voor een groot deel verder op de koers die de gemeenten in 2014 inzetten, zie daarover ook bijlage I.



1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 lichten we de visie op publieke gezondheid van de gemeenten in Midden-Brabant toe. Hoofdstuk 3 beschrijft de gezondheid van de regio. Deze vormt samen met de pilotnota 2014-2015 en de ontwikkelingen in het sociaal domein de basis voor de ambities in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 5 gaat over de wijze waarop we onze ambities willen realiseren. Als gemeenten kiezen voor een aanvullende lokale paragraaf, staat deze in hoofdstuk 6.

2. Visie publieke gezondheid in Midden-Brabant

Een gezamenlijke visie op de publieke gezondheid die gedragen wordt door alle deelnemende gemeenten, draagt bij aan de eenheid van taal in de regio Midden-Brabant. Hieronder schetsen wij de visie op publieke gezondheid in Midden-Brabant.

2.1 Positieve gezondheid

Wat is eigenlijk gezondheid? We hanteren de definitie van 'positieve gezondheid' (Huber, 2011), die een beroep doet op de zelfredzaamheid van de inwoners en uitgaat van hun eigen kracht. Deze vraagt erom het gezondheidsbeleid te focussen op het versterken van veerkracht, eigen regie en gezondheidsvaardigheden. Deze definitie past goed bij de uitdagingen in het sociaal domein in Midden-Brabant.

Positieve gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.

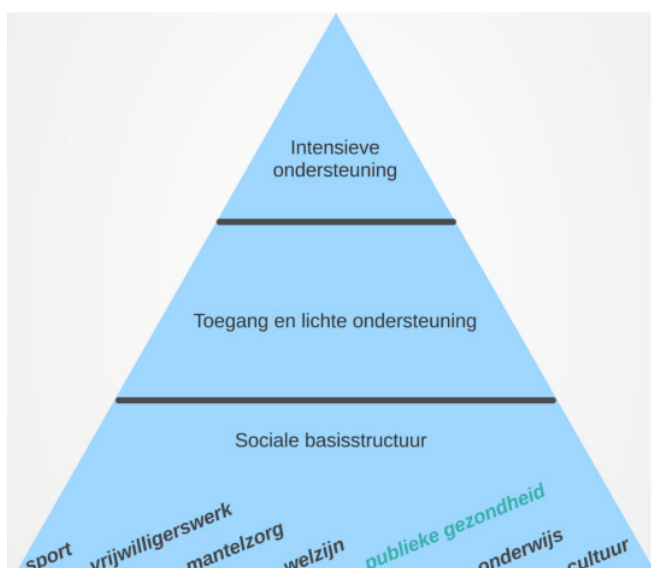
2.2 Een gezond sociaal domein

Het sociaal domein is volop in beweging door de invoering van de Participatiewet, de transitie van de Jeugdzorg en de overheveling van de AWBZ-begeleiding. Ook werd op 1 augustus 2014 de wet Passend Onderwijs van kracht; scholen hebben hierdoor een zorgplicht voor leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben.

De gemeenten in Midden-Brabant werkten intensief samen om de overheveling van deze taken zo soepel mogelijk te laten verlopen. Aan deze vernieuwingen liggen dezelfde uitgangspunten ten grondslag:

- *van vangnet naar springplank*: de nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid van inwoners, op het meedoen in de samenleving en op de sociale netwerken;
- *dicht bij huis*: ondersteuning dicht bij mensen en op lokaal niveau;
- *voorkómen is beter dan genezen*: een stevige, gezonde sociale basisstructuur voorkomt inzet van duurdere intensieve ondersteuning.

Midden-Brabant wil zich onderscheiden als een leefbare regio waar de (preventieve) zorg voor jong, oud, ziek en gezond goed is georganiseerd (uit: *Ontwerp kaderbegroting 2016, Regio Hart van Brabant*). Daarnaast is ook een stevige sociale basisstructuur van groot belang. Deze structuur biedt laagdrempelige en algemeen toegankelijke voorzieningen, dicht bij de inwoners, die mensen stimuleren om de regie over hun eigen leven te kunnen voeren. Publieke gezondheid is een belangrijk onderdeel van deze basisstructuur (*zie figuur 1*).



Figuur 1: Organisatie van de zorg en ondersteuning op lokaal en regionaal niveau

2.2 Publieke gezondheid

De publieke gezondheid richt zich op de gezondheid van de hele samenleving en op risicogroepen in het bijzonder. Een groot deel van de taken uit de Wet publieke gezondheid is wettelijk bepaald, denk aan infectieziektebestrijding, hygiënezorg of de basistaken van de jeugdgezondheidszorg. In Midden-Brabant voert de GGD Hart voor Brabant deze taken uit in een gemeenschappelijke regeling.

Op een aantal vlakken hebben gemeenten meer beleidsruimte en deze nota beschrijft de ambities binnen dit deel. In *bijlage II* staat de invulling van de wettelijke taken.

De publieke gezondheid richt zich op de preventie van ziektelast. Een derde tot de helft van de ziektelast in Nederland is te beperken door een andere leefstijl. De belangrijkste (vermijdbare) gezondheidsbedreigingen voor leefstijl zijn overmatig alcoholgebruik, overgewicht en roken. Door hier preventieve programma's op in te zetten, kunnen we een grote bijdrage leveren aan het beperken van de grootste volksgezondheidsproblemen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2009).

Regionale visie publieke gezondheid:

Publieke gezondheid draagt bij aan het gezond en veilig opgroeien van de jeugd en de versterking van de eigen kracht en zelfredzaamheid van inwoners. Dit gebeurt door het bieden van laagdrempelige, lichte opgroei- en opvoedondersteuning en de preventie van gezondheidsproblemen. Hiermee draagt publieke gezondheid bij aan de realisatie van de doelstellingen in het sociale domein.

3. Wat valt op in Midden-Brabant?

Dit hoofdstuk schetst een beeld van de gezondheid van de inwoners van Midden-Brabant. De cijfers komen uit de gezondheidsmonitoren van de GGD onder ouders van 0- tot 11-jarigen (2013), jongeren van 12 t/m 18 jaar (2011), 19- t/m 64-jarigen en 65-plussers (beiden 2012) en de screenings van de jeugdgezondheidszorg onder tweedeklassers van het voortgezet onderwijs (schooljaar 2014-2015)¹.

Hieronder staan de belangrijkste feitelijke gegevens beschreven. Dit zijn steeds de meest recente onderzoekscijfers en hierop zijn de onderstaande uitspraken gebaseerd. Er zijn geen grote veranderingen ten opzichte van voorgaande jaren.

3.1 Jeugd

Overgewicht komt nog steeds veel voor bij de jeugd

Het percentage overgewicht is nog steeds hoog; 10% van de kinderen (0 tot 12 jaar) heeft overgewicht (inclusief obesitas) en 2% heeft obesitas. Overgewicht komt vaker voor bij gezinnen met laagopgeleide ouders en eenoudergezinnen. Van de jongeren in de tweede klas van het voortgezet onderwijs heeft 16% (ernstig) overgewicht. In 2011 had 10% van de 12- t/m 18-jarigen (ernstig) overgewicht.

Vier op de tien kinderen sport niet of weinig buiten school (minder dan 1 uur per week) en 19% gaat nooit zelf fietsend of lopend naar school. Een op de vijf ouders mist een veilige speelplek in de buurt voor hun kinderen. Een derde van de kinderen zit te lang achter een beeldscherm (volgens landelijke normen): 14 uur per week of meer. Van de tweedeklassers is 10% inactief en beweegt dus onvoldoende. 73% van de jongeren van 12 t/m 18 jaar vindt dat hij/zij genoeg beweegt.

De jeugd is gezond, maar psychosociale problemen komen zeker voor

De meeste ouders vinden hun kind gezond; 97% vindt de gezondheid van hun kind (heel) goed.

Eén op de vijf kinderen heeft problemen op school die van invloed zijn op het functioneren op



school; bijna een kwart heeft concentratieproblemen en 9% heeft problemen in relaties met andere kinderen. Bij 9% van de kinderen zijn er aanwijzingen voor een verstoring van het dagelijks functioneren door psychosociale problemen. Bijna 40% van de tweedeklassers op het voortgezet onderwijs is een aandachtsleerling², omdat er sprake lijkt te zijn van lichamelijke, psychosociale problemen en/of problemen met alcohol- of drugsgebruik. Bijna een kwart (23%) van de 12-t/m 18-jarigen heeft een of meer problemen, die dag en nacht spelen.

¹ De gegevens in dit hoofdstuk zijn gemiddelden voor heel Midden-Brabant. Cijfers per gemeente zijn te vinden op www.gezondheidsatlas.nl en in het lokale hoofdstuk van deze nota.

² Een aandachtsleerling is een leerling die problemen heeft op één of meerdere gebieden. Wanneer dit blijkt uit het invullen van de vragenlijst, krijgt hij/zij een uitnodiging voor een gesprek met de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Deze beoordeelt of de leerling echt een risico loopt. Directe indicatoren (1 probleem is reden voor uitnodiging) hiervoor zijn: zien en horen, gewicht, psychosociale problemen, alcoholgebruik, drugsgebruik, problemen met ingrijpende gebeurtenissen, gezondheidsklachten, medische zorg en medicijngebruik of wanneer de leerling zelf een gesprek wil. Indirecte factoren (3 of meer problemen zijn reden voor uitnodiging) zijn: gezinssituatie, mantelzorg, rookgedrag, geldproblemen, internetten en veilig vrijen.

Jongeren onder de 18 jaar drinken alcohol

Ruim de helft (56%) van de ouders van 8 t/m 11-jarigen vindt dat kinderen pas vanaf 18 jaar een glas alcohol mogen drinken. 5% van deze kinderen heeft wel eens alcohol gedronken. Van de tweedeklassers van het voortgezet onderwijs in 2014-2015 (die dus jonger zijn dan 18 jaar) drinkt 13% wel eens alcohol; in het schooljaar 2013-2014 was dit 16%. 30% van de 12- t/m 18-jarigen is een binge drinker³ en bijna 20% was recent dronken of aangeschoten. Bijna 8% van de jongeren van 12 t/m 18 jaar rookt dagelijks en 29% heeft wel eens gerookt. (De cijfers van de jongerenmonitor zijn uit 2011, op 1 januari 2014 is de leeftijdsgrens voor het drinken van alcohol verhoogd naar 18 jaar).

Meer dan een kwart ziekteverzuim op school

Van de schoolgaande jeugd (12 t/m 18 jaar) verzuimde 27% in de 4 weken voorafgaand aan de monitor wegens ziekte van school en gaf bijna 7% aan recent te hebben gespijbeld.

De opvoeding van kinderen levert regelmatig stress op

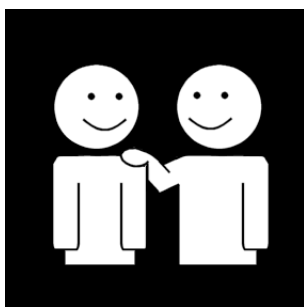
Meer dan een kwart van de ouders (28%) ervaart bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding van hun kinderen; 38% heeft soms of vaak problemen bij de opvoeding.

Ouders ervaren vooral problemen die te maken hebben met luisteren en gehoorzamen (22%), het houden aan en stellen van grenzen, regels en afspraken (18%) en ontwikkeling en gezondheid (11%). Bijna een kwart (23%) vroeg hiervoor hulp of advies aan familie, vrienden of kennissen. Vrijwel alle ouders vinden dat er genoeg opvoedingsondersteuning is in hun gemeente (98%) en 11% heeft behoefte aan meer ondersteuning vanuit hun eigen omgeving.



3.2 Volwassenen en ouderen

Mantelzorg neemt toe



Als eigen kracht onvoldoende is of ontbreekt, is het belangrijk dat er ondersteuning is. Het percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt, is 14%. Verontrustend is dat 1 op de 5 ouderen aangeeft niemand in de omgeving te hebben die hulp kan bieden bij gezondheidsproblemen. In 2009 gaf circa 1 op de 10 mensen mantelzorg en in 2012 steeg dit naar 1 op de 8. De vraag is of deze trend zich doorzet en of het aanbod aan mantelzorg voldoende is om de toenemende vraag hiernaar op termijn op te vangen. Een ander aandachtspunt is dat 1 op de 7 mantelzorgers zich (tamelijk) zwaar belast voelt. Relevant is hier ook dat veel mensen niet weten waar ze terecht kunnen voor informatie over mantelzorgondersteuning.

Een kwart van de volwassenen verricht vrijwilligerswerk.

Ouderen hebben minder regie over hun eigen leven

Eigen kracht of zelfredzaamheid betekent onder andere, dat je voor jezelf kunt zorgen; 16% van de ouderen heeft grote moeite met dagelijkse handelingen als aankleden, wassen en eten.

³ Binge drinken: iemand dronk in de afgelopen 4 weken bij een gelegenheid 5 glazen alcohol of meer.

Zelfredzaamheid gaat ook over het gevoel controle te hebben over het eigen leven en problemen te kunnen oplossen. Het vermogen om regie te voeren over het eigen leven, neemt sterk af met de leeftijd. In Midden-Brabant heeft 21% van de ouderen weinig regie over het eigen leven. Landelijk onderzoek toont aan dat participatie vooral wordt belemmerd door leefstijl gerelateerde aandoeningen, psychische problemen en valongevallen. Deze komen ook in Midden-Brabant veel voor. Zo heeft 37% van de 65-plussers een hoge bloeddruk, 22% heeft artrose en 17% heeft diabetes. Psychische problemen onder volwassenen namen zelfs toe: naar 21%. Ook het percentage mensen met dementie neemt toe, vooral door de vergrijzing (Poos et al., 2014). Ongeveer 2.400 ouderen (65 jaar en ouder) maakten in de 3 maanden voor de GGD-monitor een valongeval mee waarvoor medische behandeling nodig was. Ruim de helft van de ongevallen vond plaats in en rondom het huis.



Ziekte staat actief zijn niet in de weg

Veel ouderen krijgen te maken met normale ouderdomsproblemen en chronische aandoeningen (80%). 42% van de ouderen vindt zijn of haar eigen gezondheid niet goed. Maar als je mensen vraagt wat voor hen het begrip gezondheid betekent, zeggen ze: de dingen kunnen doen die je wilt doen. Hiervan geeft 20% aan dit niet te kunnen. Positief is dat mensen de afgelopen jaren minder beperkt worden door hun gezondheidsproblemen. Gezondheid heeft in de beleving van burgers en professionals dan ook vooral te maken met veerkracht.

Eenzaamheid blijft probleem

Circa 40% van de mensen is in meer of mindere mate eenzaam; 8% van de volwassenen en 10% van de ouderen is zelfs (zeer) ernstig eenzaam. Dit percentage is al jaren stabiel.

Leefstijl nog niet optimaal



Ongezondheid kan voorkómen worden door een gezonde leefstijl. Onder de volwassenen in Midden-Brabant zijn positieve trends te zien in hun leefstijl. Maar er is nog veel ruimte voor verbetering; een kwart van de volwassenen rookt, 1 op de 13 drinkt overmatig alcohol en ruim een derde voldoet niet aan de beweegnorm. Van de ouderen in Midden-Brabant rookt 16%, drinkt 11% overmatig alcohol en voldoet een derde niet aan de beweegnorm⁴.

3.3 Risicogroepen

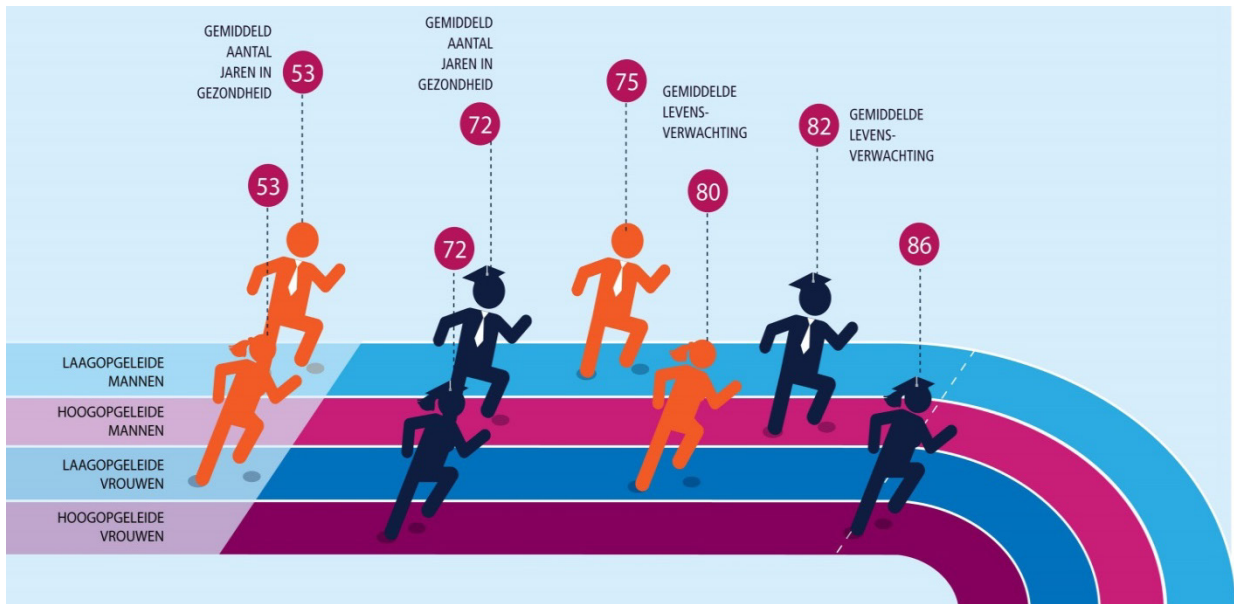
Er zijn nog steeds gezondheidsverschillen

Mensen met een lage sociaaleconomische status en kwetsbare⁵ ouderen (29% van de totale groep ouderen in Midden-Brabant) zijn risicogroepen als het gaat om gezondheid. Zij hebben veel problemen rondom participatie, zelfredzaamheid en gezondheid. De gezondheidsverschillen naar opleiding zijn hardnekkig (zie *figuur 2* en de [gegevens](#) van het Centraal Bureau voor de Statistiek).

⁴ De Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor 55-plussers is minstens 5 dagen per week een half uur matig intensief lichamelijk actief.

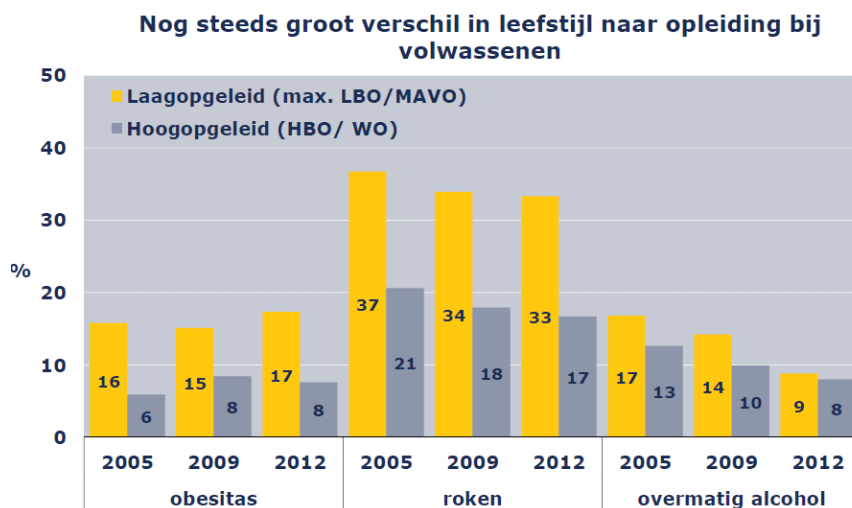
⁵ Kwetsbaarheid wordt gemeten met de Tilburg Frailty Indicator (TFI); een meetinstrument – met lichamelijke, psychische en sociale componenten – dat het integraal functioneren van ouderen in kaart brengt.

Sinds 2004 werden de verschillen in het vóórkomen van een aantal gezondheidsproblemen tussen hoog- en laagopgeleiden niet groter.



Figuur 2: (Gezonde) levensverwachting in Nederland – verschillen naar opleiding (bron: GGD West-Brabant)

Bij 11% van de gezinnen is één of beide ouders werkloos, arbeidsongeschikt of heeft een bijstandsuitkering. 18% van de ouders geeft aan dat ze moeite hebben met rondkomen. Bij bijna 1 op de 10 ouders is geldgebrek risicovol voor de gezondheid en/of het welbevinden van het kind.



Figuur 3: Gezondheidsverschillen naar opleiding en leefstijlthema onder volwassenen in het werkgebied van de GGD Hart voor Brabant

Figuur 3 toont voor het hele werkgebied van de GGD Hart voor Brabant de gezondheidsverschillen voor drie leefstijlthema's tussen hoog- en laagopgeleiden volwassenen.

De zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen uit risicogroepen zijn slechter dan bij vrouwen uit niet-risicogroepen: de sterfte rond de geboorte is hoger, maar er zijn ook meer kinderen die te vroeg

geboren worden of geboren worden met een groeiachterstand of een slechte Apgar⁶ score. Zij hebben een hoger risico op problemen met het gezond opgroeien en gedragsproblemen (Jansen, 2009).

⁶ Een test die snel een indruk oplevert van de algemene toestand van een pasgeboren baby.

4. Ambities publieke gezondheid in Midden-Brabant

Gezondheid is een belangrijk speerpunt in een groot aantal aanpalende beleidsterreinen. Vaak is het een wederkerige relatie: gezondheid is bijvoorbeeld van invloed op de mate van participatie (waaronder werk) of welzijn. Ook hebben deze beleidsterreinen (zoals ruimtelijke ordening, participatie, milieu en armoede) invloed op de gezondheid van inwoners. Het voert hier te ver om al deze aanpalende beleidsdoelen met betrekking tot gezondheid op te sommen. Wel is het belangrijk om de gezondheid prominent op de agenda te krijgen en te houden en te realiseren dat de gezondheid ook via vele andere wegen positief te beïnvloeden is.

In dit hoofdstuk staan de taken uit de Wet publieke gezondheid met beleidsvrijheid voor gemeenten: collectieve preventie, jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg en prenatale gezondheidszorg.

Hieronder staat op hoofdlijnen welke *lokale* initiatieven er zijn. We formuleren *regionale* ambities wanneer *alle* gemeenten hierop willen inzetten en waar samenwerking een meerwaarde heeft.

De ambities uit de regionale pilotnota 2014-2015 gingen allen over collectieve gezondheidsbevordering en waren vooral gericht op de jeugd. Omdat de thema's uit de vorige nota nog steeds actueel zijn en de cijfers aangeven dat er nog gezondheidswinst te halen valt, wordt deze koers voortgezet. Wel moet de collectieve gezondheidsbevordering – vooral op lokaal niveau – een sterkere verbinding krijgen met de ontwikkelingen in het sociaal domein.

4.1 Collectieve preventie

De wet geeft de meeste beleidsvrijheid bij het opstellen van preventieprogramma's. Het ministerie van VWS noemt vijf landelijke speerpunten die de grootste gezondheidsbedreigingen vormen: schadelijk alcoholgebruik en roken (genotmiddelen), overgewicht en diabetes en depressie (*zie ook bijlage II*). Deze veroorzaken de grootste ziektelast en door het voorkómen van deze problemen behalen we de meeste gezondheidswinst.

Genotmiddelen

Bijna alle gemeenten zetten al sterk in op preventie van alcoholgebruik door de jeugd. Hoe jonger kinderen en jongvolwassenen beginnen met alcohol drinken, hoe groter het risico is op blijvende hersenschade of probleemgebruik en alcoholafhankelijkheid op latere leeftijd (Kuunders et al., 2010). In de nieuwe Drank- en Horecawet ging de leeftijdsgrens voor alcoholgebruik van 16 naar 18 jaar. De gemeenten moesten een plan van aanpak voor de preventie en handhaving van alcoholmisbruik opstellen, dat gekoppeld is aan de nota gezondheidsbeleid.

Ook voor de jaren 2016 t/m 2019 blijft de preventie van alcoholgebruik door jongeren een regionale ambitie, want zij drinken nog steeds te vroeg en te veel.

Door regionaal samen te werken ontstaat er eenduidigheid in preventie, beleid en handhaving, krijgen alle leerlingen dezelfde boodschap en zijn er regionale afspraken te maken met ziekenhuizen en samenwerkingspartners.

Ambitie: jongeren onder de 18 jaar drinken geen alcohol

In het Nationaal Programma Preventie (zie *bijlage II*) staan landelijke ambities over rookvrije schoolpleinen. Op dit moment zijn ongeveer 50% van de schoolpleinen rookvrij; dit moet 100% worden. Jaarlijks ondersteunt de GGD de landelijke campagne *Stoptober* van het Trimbos Instituut. Drugsgebruik behoort niet tot de landelijk speerpunten, maar is een actueel thema op de gezondheidsagenda. Binnen de Gezonde School-aanpak wordt aandacht voor preventie van drugsgebruik meegenomen. Ook zijn genotmiddelen (roken, alcohol en drugs) onderdeel van de regionale jongerencampagne *Wat kies jij?*.

De gemeenten in Midden-Brabant formuleren geen aanvullende regionale ambities rond rook- en drugspreventie. Indien gewenst, wordt rook- en drugspreventie lokaal opgepakt binnen het lokaal het lokaal gezondheidsbeleid.

Overgewicht (en diabetes)

Preventie van overgewicht is het tweede belangrijke thema omdat jongeren met overgewicht een groter risico lopen op chronische ziekten, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Ook voelen kinderen met overgewicht zich vaker buitengesloten en/of worden ze gepest. Dit heeft een negatief effect op de socialemotionele ontwikkeling van het kind (Visscher et al., 2012).

Een belangrijk argument om samen te werken aan de aanpak van overgewicht is, dat diverse gemeenten constateren dat er niet altijd een geschikt integraal aanbod is voor kinderen met licht en matig overgewicht. Er is geen (kortdurende) groepsinterventie, gericht op gedragsverandering bij het hele gezin, met aandacht voor voeding, bewegen en opvoeden. Door samen te werken, kunnen we de noodzaak tot deze aanpak beter bij de zorgverzekeraars onder de aandacht brengen en de samenwerking met hen zoeken.

Ambitie: kinderen hebben een gezond gewicht

Aangezien diabetes (type II) een gevolg is van overgewicht, zijn de preventieve activiteiten op het gebied van overgewicht ook gericht op diabetes. Op lokaal niveau zetten enkele gemeenten extra in op de preventie van diabetes bij risicogroepen. Regionaal formuleren we geen ambities voor de preventie van diabetes.

Depressie

Depressie is een aandoening met grote gevolgen voor degene die het betreft. Belangrijk is om met name jongeren met depressieve gevoelens zo snel mogelijk in beeld te krijgen en hulp te bieden. Hier heeft de jeugdgezondheidszorg een belangrijke rol in.

4.2 Jeugdgezondheidszorg

De gemeenten in Midden-Brabant hebben het beleidsplan *Samen voor de Jeugd 2015-2018* opgesteld. In de *Uitwerking regionaal beleidskader* staan de volgende doelen:

- Meer jeugdigen groeien veilig en gezond op en nemen actief deel aan het sociale, economische en culturele leven;
- De gezinnen zijn meer zelfredzaam en maken gebruik van het sociale netwerk bij het oplossen van problemen bij opgroeien en opvoeden;

- Gezinnen weten waar ze terecht kunnen voor informatie, advies en ondersteuning;
- Door actieve sociale participatie leveren burgers een bijdrage aan een positief opgroeien opvoedklimaat;
- Semiprofessionals in de alledaagse leefomgeving van jeugdigen weten waar ze terecht kunnen met zorgen, signalen en meldingen.

Door het nieuwe basispakket jeugdgezondheidszorg (van de GGD) is er naast de wettelijke taken meer vrije beleidsruimte voor elke gemeente om een eigen invulling te geven aan de rol en positie van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in het lokale sociale domein. Deze ruimte wordt ook ingezet op een intensievere begeleiding van risicogezinnen. De JGZ kan hierdoor meer bijdragen aan de bovenstaande doelen. Ook heeft de JGZ door het hoge bereik van kinderen (ongeveer 95%) en hun ouders een belangrijke signalerende taak voor meerdere leefgebieden. De jeugdgezondheidszorg werkt met de Quickscan en Integrale Vraag Analyse en kan bij (dreigende) problemen lichte ondersteuning bieden of doorverwijzen naar adequate hulp. De jeugdgezondheidszorg versterkt de ondersteuningsstructuren in het onderwijs of sociale (wijk)teams.

De gemeenten maken hierin binnen het jeugdbeleid hun eigen keuzes en deze vallen buiten deze nota. Het is belangrijk de (collectieve) preventie goed aan te laten sluiten op de praktijk binnen de sociale wijk- en zorgteams. De individuele problemen die de sociale teams en zorgteams signaleren, moeten een vertaling krijgen naar een collectieve aanpak.

Ziekteverzuim

Een nieuw onderdeel van het basispakket JGZ is het zogenaamde pubercontactmoment. De jeugdgezondheidszorg screent al alle leerlingen in de 2^e klas van het voortgezet onderwijs op diverse risicofactoren die het gezond opgroeien belemmeren. Door het extra pubercontactmoment kan de jeugdarts in het voortgezet onderwijs de ziekteverzuimbegeleiding van leerlingen intensiveren. Hiermee blijven ook de leerlingen na de 2^e klas beter in beeld. Op de scholen was er een verschuiving van ongeoorloofd (spijbelen) naar geoorloofd verzuim (ziek melden). Een ziekmelding kan een signaal zijn van een onderliggend probleem zoals psychosociale problemen (zoals depressieve gevoelens of depressie), middelengebruik of overmatig alcoholgebruik en is een eerste stap in vroegtijdig schoolverlaten. Door het gesprek aan te gaan met ziekgemelde leerlingen kan de jeugdarts problemen sneller in kaart brengen en kan er de juiste ondersteuning of hulp komen.

Ook Regionale Opleidingscentra (ROC's) tonen interesse in deze aanpak. Daarnaast is bovenmatig verzuim hier vaak een voorbode van vroegtijdig schoolverlaten en dus het missen van een startkwalificatie en dit verkleint de kansen op de arbeidsmarkt. We hebben de ambitie om ook op de ROC's het ongeoorloofd verzuim terug te dringen, ziekgemelde leerlingen eerder in beeld te hebben en ze intensiever te begeleiden naar terugkeer op school.

Scholen voor voortgezet onderwijs en zeker ROC's hebben een regionale functie. Door samen te werken, kunnen we de middelen efficiënter inzetten en is er binnen de jeugdgezondheidszorg en de samenwerkingsverbanden voor voortgezet onderwijs een eenduidige inzet.

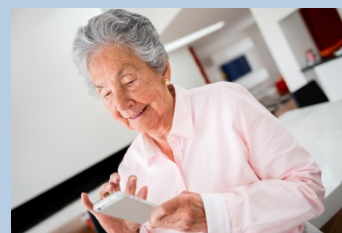
Ambitie: het ziekteverzuim van leerlingen neemt met 20% af

4.3 Ouderengezondheidszorg

Ouderengezondheidszorg is een relatief nieuw thema binnen de Wet publieke gezondheid, maar er gebeurt al geruime tijd veel op dit vlak, vooral vanuit het welzijnswerk en de Wmo. Zo profileren gemeenten zich als dementievriendelijke gemeente (zie hieronder) of hebben ze een dementieconsulent (Loon op Zand). Ook zijn er huisbezoeken door ouderenadviseurs ter preventie van eenzaamheid en om de behoefte aan lichte ondersteuning in kaart te brengen (Oisterwijk, Goirle, Waalwijk, Tilburg, Heusden). Andere gemeenten (Dongen en Gilze en Rijen) bieden samen met de eerstelijnszorg een beweegaanbod voor ouderen met een risico op diabetes. Daarnaast zijn er gezondheidsvoorlichters die oudere risicogroepen voorlichten over een gezonde leefstijl (Tilburg, Dongen en Waalwijk) en brengen gemeenten het reguliere sport- en beweegaanbod dichterbij de ouderen (Dongen, Hilvarenbeek, Loon op Zand, Heusden en Tilburg). Beweging is van positieve invloed op overgewicht, diabetes, depressie en welbevinden. Ook zijn er in alle gemeenten initiatieven ter ondersteuning van mantelzorgers en zorgvrijwilligers om overbelasting te voorkomen.

DEMENTIEVRIENDELIJKE GEMEENTE

Steeds meer gemeenten streven naar een dementievriendelijke samenleving die veilig en prettig is voor mensen met dementie en hun naasten. Dit wordt steeds belangrijker omdat steeds meer ouderen langer zelfstandig thuis moet blijven wonen. De gemeenten Waalwijk, Oisterwijk, Heusden, Gilze en Rijen, en Tilburg mogen zich Dementievriendelijke gemeente noemen en werken samen met lokale partners aan een sterk dementienetwerk, goede publieksinformatie en de juiste begeleiding op maat. Hilvarenbeek en Goirle hebben de intentie om een dementievriendelijke gemeente te worden.



In Midden-Brabant heeft een groot deel van de ouderen een of meer chronische ziekten en heeft daardoor zorg en ondersteuning van naasten en/of professionals nodig. Het bieden van de professionele zorg thuis is deels de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en deels van de gemeenten en daarom is het van belang om hierin samen op te trekken. De convenanten tussen de gemeente Tilburg en zorgverzekeraars CZ en VGZ lopen af in 2015. De intentie is nieuwe convenanten af te sluiten voor heel Midden-Brabant. In minimaal één van deze convenanten worden samenwerkingsafspraken rondom kwetsbare ouderen opgenomen.

Voor het ouderengezondheidsbeleid formuleren de gemeenten in Midden-Brabant geen regionale ambitie; zij vullen dit lokaal in, vooral vanuit het welzijns- en Wmo-beleid.

Het ROM volksgezondheid volgt de ontwikkelingen binnen deze – steeds groter wordende – groep nauwgezet. Door een goede lokale afstemming met de sociale (wijk)teams kunnen gemeenten signalen tijdig oppakken en vertalen naar een preventieplan (op wijk, buurt- of kernniveau). Hierin kunnen de verschillende initiatieven vanuit het welzijns-, Wmo-, of gezondheidsbeleid in samenhang worden opgenomen en uitgevoerd. Mochten zich gezondheidsbedreigingen voordoen die gebaat zijn bij een regionale aanpak, dan kunnen we mogelijk een (aanvullende) regionale ambitie in de looptijd van deze nota toevoegen.

4.4 Prenatale gezondheidszorg

Een nieuw onderwerp binnen de Wet publieke gezondheid is de prenatale gezondheidszorg (zie ook bijlage II). Nederland heeft -Europees gezien- een relatief hoge babysterfte, vooral bij risicogroepen. Ook andere ongunstige zwangerschapsuitkomsten, zoals een te laag geboortegewicht of vroeggeboorte, zijn een bedreiging voor de ontplooiingskansen van het kind en het gezond opgroeien.

De invloed van niet-medische factoren op de zwangerschap zoals armoede en leefstijlfactoren was lange tijd onderbelicht. Het Erasmus MC zette dit onderwerp op de landelijke agenda en startte met subsidie van het ministerie van VWS een landelijk project om meer aandacht te krijgen voor het beïnvloeden van leefstijlfactoren voor en tijdens de zwangerschap. Inmiddels participeert de gemeente Tilburg al enige jaren in dit landelijke project Healthy Pregnancy 4 All.

HEALTHY PREGNANCY 4 ALL

Het primaire doel van dit project is de zwangerschapsuitkomsten bij risicogroepen te verbeteren door in te zetten op twee pijlers:

- Preconceptiezorg: binnen deze pijler zijn er kinderwensspreekuren bij de verloskundigen, geven gezondheidsvoorlichters preconceptievoorlichting en is er informatie voor vrouwen met een kinderwens.
- Risicoscreening en ontwikkeling zorgpaden: binnen de samenwerkingsverbanden tussen de ziekenhuizen en verloskundigenpraktijken is gestart met de risicoscreening. Ook zijn zorgpaden in kaart gebracht, zowel voor de medische domeinen als de sociale domeinen: sociaal, etniciteit, zorg, leefstijl, medisch (algemeen) en verloskunde. Het zorgpad brengt de doorverwijsmogelijkheden voor een zwangere vrouw met problemen voor de totale keten inzichtelijk in beeld.



Het Elisabeth Ziekenhuis en het Tweesteden Ziekenhuis participeren in samenwerking met de aangesloten verloskundige praktijken en de gemeente Tilburg in dit project. In de eerste fase ontwikkelde men zorgpaden die de doorgeleiding (medisch, sociaal) op lokaal niveau helder maken. Zij blijken te voorzien in een behoefte en stellen signaleerders in staat beter en sneller door te geleiden. Ook zijn er collectieve voorlichtingen over gezond zwanger worden aan risicogroepen, zoals allochtone vrouwen, tienermeiden en vrouwen met een lage sociaaleconomische status. Doordat de ziekenhuizen regionaal werken, kan het zinvol zijn om de werkwijze van risicoscreening in de verloskundige zorg en het toeleiden naar de zorgpaden ook in te voeren in de andere gemeenten. Binnen de tweede fase van het project, die in Tilburg onlangs startte, krijgt de jeugdgezondheidszorg in twee pilotwijken een rol binnen de voorlichting in de periode tussen twee zwangerschappen in.

De gemeenten in Midden-Brabant formuleren nog geen regionale ambitie voor de prenatale gezondheidszorg, maar onderzoeken de mogelijkheid om de opbrengsten van fase 1 van dit project regiobreed uit te rollen.

5. Aanpak regionale ambities

In het vorige hoofdstuk formuleerden we onze ambities op inhoudelijke thema's en doelgroepen. Dit hoofdstuk beschrijft hoe we die ambities willen nastreven. De bijdrage per gemeente aan deze ambities, is verder geconcretiseerd in het lokale hoofdstuk.

5.1 Speerpunten collectieve preventie

Bij de collectieve preventie van gezondheidsbedreigingen zijn vier onderdelen essentieel: samenwerken, gezonde scholen, het versterken van opvoedvaardigheden en een gezonde omgeving. De interventies per onderdeel zijn bij voorkeur bewezen effectief en ten minste goed theoretisch onderbouwd (zie [Loket Gezond Leven](#)).

5.1.1 Samenwerken

Publieke gezondheid is een van de onderdelen binnen de sociale basisstructuur. Het in samenhang brengen van gezondheid met andere beleidsterreinen (onderwijs, Wmo, welzijn, sport e.d.) versterkt het totale sociaal domein. Hiervoor is samenwerken met alle partners (scholen, sportverenigingen, jongerenwerkers, ouderenadviseurs, etc.) van groot belang. Ook is een hechte samenwerking met de sociale (wijk)teams en de zorgteams op de scholen essentieel. Op basis van hun signalen uit de praktijk, ondersteund door het monitoren van de gezondheid, kunnen we snel nieuwe gezondheidsbedreigingen signaleren en een (school- of wijk-) preventieplan opstellen, dat collectieve preventie verbindt met individuele signalering en ondersteuning. Deze samenwerking vindt vooral lokaal plaats; dicht bij de burgers in de wijk, kern of buurt of op de scholen.

5.1.2 Gezonde scholen

Onze ambities zijn vooral gericht op de jeugd. De school is de plek waar we de jongeren goed kunnen bereiken en waar interventies in te bedden zijn in schoolgezondheidsbeleid. Hiervoor hanteren we de Gezonde School aanpak. We motiveren alle scholen (basisonderwijs en voortgezet onderwijs) om een Gezonde School te zijn. Gezondheidsbevordering en preventie op scholen lonen en leiden vaak tot gezonder gedrag, betere schoolprestaties en minder vaak vroegtijdig schoolverlaten (Bos, 2010). De methode gaat uit van inzet op 4 pijlers:

- signalering en doorverwijzing;
- voorlichting/educatie;
- schoolomgeving;
- beleid en handhaving.



De meest voorkomende thema's waarmee scholen aan gezondheid werken, zijn sport/beweging, sociaalemotionele gezondheid, voeding en mediawijsheid (basisonderwijs), alcohol/roken en relaties en seksualiteit (voortgezet onderwijs). Steeds meer scholen werken structureel aan de gezondheid van hun leerlingen en werknemers, volgens de [Gezonde School](#)-aanpak: begin 2015 ongeveer 40% van de basisscholen en ongeveer 48% van de scholen voor voortgezet onderwijs. Jaarlijks organiseert de GGD een minisymposium rondom een actueel gezondheidsthema. Daar krijgen de scholen tools aangereikt om hiermee aan de slag te gaan.

5.1.3 Versterken opvoedvaardigheden



Om (leefstijlfactoren bij) kinderen en jongeren te beïnvloeden, is het van belang om ook de ouders als doelgroep te onderscheiden. Zij spelen –zeker op jonge leeftijd, maar ook in de puberteit– de belangrijkste rol in de opvoeding. Door ouders te versterken in hun opvoedvaardigheden kunnen zij hun kinderen beter begeleiden in het gezond en veilig opgroeien en – waar nodig– grenzen stellen. De collectieve opvoedondersteuning richt zich op normaliseren, positief opvoeden en het verbeteren van communicatie binnen het gezin (volgens de Triple P-methodiek).

5.1.4 Gezonde omgeving

Een gezonde (groene) omgeving heeft een positieve invloed op de gezondheid. Vanuit zijn basistaken zet de GGD in op bijvoorbeeld lucht (fijnstof), geluid, binnenmilieu, bodem, klimaat en straling/elektromagnetische velden. Het ministerie van Infrastructuur en Milieu start met het programma *Slimme en Gezonde stad*, met gezondheid als centraal thema binnen het milieubeleid. Ook in de nieuwe Omgevingswet (zie *bijlage II*) krijgt gezondheid een nadrukkelijker rol. Binnen de collectieve preventie is veel aandacht voor de positieve invloed van een gezonde (groene) omgeving. Een effectieve aanpak van gezondheid richt zich immers niet alleen op het gedrag van mensen maar ook de directe leefomgeving, die eigenlijk moet uitnodigen tot gezond gedrag. Denk aan de rol van een school, van je werkplek of de wijk waarin je woont die er op gericht zouden moeten zijn dat we verleid worden tot gezond gedrag; bijvoorbeeld door groenvoorzieningen, beweegvriendelijke gebouwen, veilige fietspaden en een goede sociale cohesie in een buurt. Uit onderzoek blijkt dat wie in een groene wijk woont, zich beter voelt en minder vaak de huisarts bezoekt (De Vries, 2009). Groen heeft een positieve invloed op angststoornissen en depressies, maar ook aandoeningen aan de luchtwegen, diabetes, hoge bloeddruk en hartklachten. Daarnaast is groen in de buurt of op het schoolplein goed voor de ontwikkeling van kinderen en kan het bijdragen aan persoonlijke ontwikkeling, zingeving en een goed microklimaat. Ook nodigt een gezonde (groene) omgeving uit tot bewegen en draagt bij aan de vermindering van overgewicht en diabetes (De Vries, 2013). Binnen de Gezonde School-methode is ook veel aandacht voor groene schoolpleinen; het Rijk subsidieert de inrichting van groene schoolpleinen.

5.2 Maatregelen per ambitie

Voor het bereiken van de regionale ambities, worden hieronder de belangrijkste maatregelen per ambitie genoemd. Een aantal van deze maatregelen worden regionaal ingezet, maar voor het bereiken van de ambities is ook lokale inzet noodzakelijk. Dit verduidelijken wij per ambitie. Per jaar maken we een apart document met hierin het *regionale uitvoeringsplan*. De afspraken voor de gemeentelijke inzet zijn terug te vinden in de (twee)jaarlijkse lokaal accentafspraken.

5.2.1 Jongeren onder de 18 jaar drinken geen alcohol

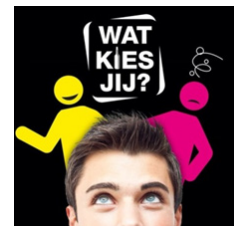
Bij de preventie van alcoholgebruik werken gemeenten, GGD, Novadic Kentron, HALT, het voortgezet onderwijs, sportverenigingen, ziekenhuizen en het jongerenwerk samen. Voor deze ambitie kiezen we de volgende *regionale* maatregelen:

1. Betere nazorg na alcoholintoxicatie

In de beide ziekenhuizen willen we de samenwerking met de spoedeisende eerste hulp versterken. Kinderartsen willen jongeren met een alcoholintoxicatie die binnenkomen op de eerste hulp (met hun ouders) ook verwijzen naar een netwerk buiten het ziekenhuis voor verdere ondersteuning. De sociale teams moeten hier ook een rol in krijgen.

2. Jongeren zijn zich bewust van gevolgen schadelijk alcoholgebruik

De jongerencampagne *Wat kies jij?* van de GGD is er onder andere op gericht om jongeren bewust te maken van de gevolgen van alcoholgebruik, wat veilig en normaal gedrag is en heeft als doel de weerbaarheid te vergroten. Dit gebeurt door de jongeren met een knipoog te leren zelf de goede keuzes te maken. De campagne loopt via school, evenementen en verschillende digitale kanalen (Facebook, Twitter, Instagram en Youtube).



De volgende maatregelen worden vooral *lokaal* ingezet.

3. Scholen werken gestructureerd aan alcoholpreventie

Voor de preventie van alcoholgebruik door jongeren onder de 18 jaar stimuleren we alle scholen voor voortgezet onderwijs om met de Gezonde School methode dit thema op te pakken.

4. Sportverenigingen werken gestructureerd aan alcoholpreventie

Ook binnen de sportverenigingen is overmatig alcoholgebruik aan de orde. De 'derde helft' is een bekend verschijnsel. Voor de sportverenigingen willen we inzetten op bewustwording bij het verenigingsbestuur en dat ondersteunen in het inrichten van een alcoholvrije sportkantine, vooral tijdens jeugdwedstrijden.

5. Ouders voeden hun kinderen (18-) alcoholvrij op

Ouders zijn, ook bij pubers, een belangrijke doelgroep bij het terugdringen van alcoholgebruik door hun kinderen. Hiervoor zetten we diverse interventies in ter versterking van de opvoedvaardigheden en het verhogen van het bewustzijn van de gevaren van (overmatig) alcoholgebruik door jonge mensen en hun eigen rol. Voorbeelden zijn *Uit met ouders* en de ouder (-met kind-) bijeenkomst *Puberbrein*.

PUBERBREIN

In deze bijeenkomst voor ouders/verzorgers en professionals die met jongeren werken, krijgen zij informatie over de ontwikkeling van de hersenen van pubers en typisch pubergedrag dat hiermee te verklaren is. Dit wordt op ludieke wijze verduidelijkt met interactieve sketches over typische ouder-puber situaties. Ouders stellen vragen en wisselen tips met elkaar uit. Er vonden al diverse bijeenkomsten plaats (onder andere in Goirle, Hilvarenbeek, Tilburg, Oisterwijk, Heusden, Loon op Zand, Waalwijk en Dongen) die zeer goed bezocht waren en positief werden beoordeeld.



5.2.2 Kinderen hebben een gezond gewicht

De aanpak van overgewicht is bij uitstek geschikt voor integrale samenwerking: het is van belang om in te zetten op goed beweegaanbod, een uitnodigende, beweegvriendelijke (groene) omgeving en het aanbod van gezonde voeding. Daarbij is vroegsignalering van (dreigend) overgewicht en doorgeleiding naar de juiste ondersteuning essentieel. Ook bij dit thema spelen de opvoedvaardigheden van de ouders – vooral van jongere kinderen – een belangrijke rol.

In Midden-Brabant zijn drie JOGG-gemeenten actief (zie hieronder). Zij brengen de bestaande lokale initiatieven tot preventie van overgewicht hiermee beter met elkaar in samenhang en versterken ze. Het landelijk JOGG-bureau ondersteunt hen bij hun aanpak met landelijke campagnes en adviezen over onder andere publiek-private samenwerking en social marketing.

Voor deze ambitie kiezen we de volgende *regionale* maatregelen:

6. Versterken samenwerking JOGG gemeenten

De JOGG-gemeenten willen intensiever samenwerken bij de aanpak van overgewicht. Een intensievere samenwerking tussen de JOGG-gemeenten biedt een betere mogelijkheid tot het delen van ervaringen en deskundigheidsbevordering en het uitzetten van gezamenlijke campagnes. Ook is de schaalgrootte interessanter voor bedrijven om de publiek-private samenwerking aan te gaan. We onderzoeken de mogelijkheden voor de overige gemeenten om aan te sluiten bij JOGG.

JONGEREN OP GEZOND GEWICHT (JOGG)

Gemeenten werken samen met publieke en private partners aan het terugdringen van overgewicht bij kinderen. Hierbij werken zij vooral aan het stimuleren van gezonde voeding en sporten en bewegen. Het streven is om een samenleving te creëren waarin alle kinderen en jongeren wonen, leren, recreëren en werken in een omgeving waarin een gezonde leefstijl de normaalste zaak van de wereld is. In Midden-Brabant werken de gemeenten Dongen, Waalwijk en Tilburg met deze aanpak.

**jongeren op
gezond gewicht**

7. Betere doorverwijsmogelijkheden voor kinderen met overgewicht

In een aantal gemeenten zijn er niet genoeg doorverwijsmogelijkheden voor kinderen met overgewicht. Het aanbod dat er is, is vaak versnipperd en vooral als er zorg nodig is, is de financiering onzeker. We willen kiezen voor een geïntegreerde gecombineerde leefstijlinterventie, gericht op overgewicht. Door regionale samenwerking kunnen we de noodzaak tot zo'n aanpak beter bij de zorgverzekeraars onder de aandacht brengen en de samenwerking met hen zoeken.

De volgende maatregelen vereisen vooral een *lokale* inzet van tijd en middelen.

Op lokaal niveau werken voorlichters, jeugdgezondheidszorg (signalering en lichte ondersteuning), (basis- en voortgezet) onderwijs, combinatiefunctionarissen of buurtsportcoaches en diëtisten samen.

8. Scholen werken gestructureerd aan gezond gewicht

Voor de preventie van overgewicht stimuleren we alle basisscholen om met de Gezonde School methode dit thema op te pakken.

9. Ouders voeden hun kinderen gezond op

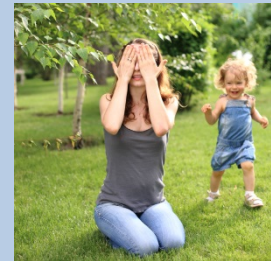
Ouders hebben een belangrijke bijdrage in het voorkómen van overgewicht bij hun kinderen. Ze moeten niet alleen kennis hebben van gezonde voeding en gezond beweeggedrag, maar ook weten hoe zij hun kinderen op een positieve manier kunnen motiveren tot een gezonde leefstijl. Door ouders handvatten te bieden om grenzen te stellen, het beweeggedrag van en de communicatie met hun kind te verbeteren, worden ze versterkt in hun algemene opvoedvaardigheden. Voorbeelden zijn oudervoorlichtingen over positief opvoeden of de cursus *Peuter in Zicht*.

PEUTERCURSUS: PEUTER IN ZICHT

In deze cursus leren ouders van peuters een aantal hoofdvaardigheden:

- steunen: ouders realiseren zich dat hun peuter zich ontwikkelt vanuit de veilige basis die zij bieden;
- stimuleren: ouders leren hoe zij hun kind op een goede manier kunnen stimuleren zelfstandiger te worden;
- sturen: ouders leren om duidelijke regels en grenzen aan te geven, vanuit een positieve opvoedingshouding.

De cursus loopt in de hele regio.



5.2.3 Het ziekteverzuim van leerlingen neemt met 20% af

Ziekteverzuim is vaak een signaal van een onderliggend probleem zoals psychosociale problemen (depressie), middelengebruik of overmatig alcoholgebruik en een eerste stap in vroegtijdig schoolverlaten. Om ziekgemelde leerlingen sneller in beeld te hebben en zodoende op tijd adequate ondersteuning te kunnen bieden, introduceerde de GGD op alle VO-scholen in Midden-Brabant in het schooljaar 2014-2015 de werkwijze M@ZL.

M@ZL

Achter iedere melding van langdurig of frequent ziekteverzuim gaat vaak een probleem schuil. M@ZL (Medische Advisering van de Ziekgemelde Leerling) is een bewezen effectieve methode, en op alle scholen voor voortgezet onderwijs in Midden-Brabant ingevoerd. Het is een manier van signaleren en begeleiden in nauwe samenwerking tussen de school (die signaleert), de leerplichtambtenaar (die controleert en handhaaft) en de jeugdarts, die adviseert en begeleidt. Zij betreft hierbij altijd het interne zorgteam en de ouders. De risicogroep komt zo beter en eerder in beeld. Door deze aanpak daalt het (ziekte)verzuim per school en wordt de ouderbetrokkenheid groter. M@ZL is ook toepasbaar op de ROC's.



Voor deze ambitie kiezen we de volgende *regionale* maatregelen:

10. Verdere optimalisatie M@ZL op het voortgezet onderwijs
11. Invoering M@ZL op de ROC's

Voor de optimalisatie en invoering van deze aanpak werken de zorgteams op de onderwijsinstellingen, de jeugdgezondheidszorg en de leerplicht nauw samen.

5.3 Evaluatie

Voor het halen van de doelstellingen bij de ambities zijn we afhankelijk van veel partners. Veel lokale inzet vindt plaats op de scholen en sportverenigingen. De GGD zal zich maximaal inspannen om draagvlak te creëren, te adviseren en interventies uit te voeren binnen de beschikbare middelen. Het succes is echter afhankelijk van de inzet van alle betrokken partijen. In 2017 vindt een tussenevaluatie plaats over de voortgang van de resultaten uit het uitvoeringsplan, zodat bijsturing mogelijk is.

In 2019 evalueren we de totstandkoming, de inhoud en realisatie van de regionale ambities en doelen uit deze nota en de vraag in hoeverre de maatregelen uit het uitvoeringsplan aan deze ambities en doelen hebben bijgedragen. Deze informatie dient als input voor de volgende beleidsperiode. De informatie uit de tussentijdse evaluatie kan leiden tot tussentijdse aanpassing van het uitvoeringsplan.

5.4 Financiën

In de Wet publieke gezondheid is vastgelegd dat gemeenten een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand dienen te houden. De GGD Hart voor Brabant wordt gefinancierd middels de inwonersbijdrage en enkele vaste bijdragen, bijvoorbeeld voor het pubercontactmoment. De bijdrage van alle individuele gemeenten binnen de gemeenschappelijke regeling is te vinden in de voorjaarsnota 2016. Het grootste deel van deze bijdrage is bestemd voor het basispakket (dit is het wettelijk vastgesteld uniform takenpakket dat door de GGD wordt uitgevoerd, zie bijlage II). Daarnaast is er binnen deze financiering een bedrag beschikbaar voor het aanbrengen van lokale speerpunten, de lokale accenten (zie onderstaande tabel 1).

Tabel 1: Het aantal inwoners per gemeente (op 1 januari 2015) en het bijbehorende bedrag dat vanuit uniforme middelen voor de GGD beschikbaar is voor lokale accenten in 2016

Gemeente	Aantal inwoners	Bedrag
Dongen	25.395	€23.617
Gilze en Rijen	26.065	€24.240
Goirle	23.014	€21.403
Heusden	43.132	€40.112
Hilvarenbeek	15.042	€13.989
Loon op Zand	22.960	€21.353
Oisterwijk	25.732	€23.931
Tilburg	211.648	€196.833
Waalwijk	46.713	€43.443
Totaal	439.701	€408.921

Voor het realiseren van de regionale ambities wordt een gedeelte van de reeds gefinancierde uniforme middelen gereserveerd. De gemeenten dienen daarnaast in hun lokaal accentafspraken

eveneens inzet te reserveren. Zo wordt door elke gemeente lokaal bijgedragen aan de realisatie van de ambities.

De GGD reserveert jaarlijks onderstaande bedragen uit uniforme middelen (reeds gefinancierd) om in te zetten voor de maatregelen uit hoofdstuk 5 (zie tabel 2). Voor de overige jaren van de looptijd van deze nota wordt eenzelfde berekening gehanteerd en in het uitvoeringsplan per jaar opnieuw opgenomen.

Tabel 2: Het bedrag uit uniforme middelen, dat beschikbaar is voor de regionale ambities

Gemeente	GGD inzet uit uniforme middelen voor 2016
Jongeren onder de 18 jaar drinken geen alcohol	€75.000
Kinderen hebben een gezond gewicht	€100.000
Het (ziekte)verzuim van leerlingen neemt af	€380.000
Totaal	€555.000

Activiteitenbudget

Voor communicatie- en PR-materialen, het faciliteren van bijeenkomsten en het verzorgen van trainingen begroten we een regionaal activiteitenbudget van €8.000, -.

In onderstaande tabel is te zien hoeveel -naast het lokale activiteitenbudget- in 2016 nodig is voor de uitvoering van de regionale ambities. De factor is bepaald op basis van het aantal inwoners. Voor de overige jaren van de looptijd van deze nota wordt eenzelfde berekening gehanteerd en in het uitvoeringsplan per jaar opnieuw opgenomen.

Tabel 3: De verdeling per gemeente voor het regionaal activiteitenbudget

Gemeente	Factor	Bijdrage
Tilburg	0,48	€3.840
Waalwijk	0,11	€880
Heusden	0,10	€800
Loon op Zand	0,05	€400
Dongen	0,06	€480
Gilze en Rijen	0,06	€480
Goirle	0,05	€400
Hilvarenbeek	0,03	€240
Oisterwijk	0,06	€480
Totaal	1	€8.000

6. Lokaal gezondheidsbeleid Goirle

6.1 De beleidsontwikkeling tot op heden

Op grond van de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) dienen gemeenten elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen.

De gemeente Goirle heeft het gezondheidsbeleid op twee manieren vastgelegd. Enerzijds in het lokaal gerichte beleidsplan Back to basics (2011) dat aanvankelijk een looptijd had van 2012 - 2015, maar waarvan de looptijd door de raad later met twee jaar is verlengd tot en met 2017. In B2B is onder het domein Preventie aangegeven welke taken de gemeente heeft ten aanzien van het voorkomen van gezondheidsproblemen.

De volgende (sub-)doelstellingen zijn door de raad toen vastgesteld:

1. Het verminderen van het percentage kinderen van 2 t/m 11 jaar en het percentage jongeren van 12 t/m 17 jaar met overgewicht.
2. Het verminderen van het percentage jongeren tot 18 jaar dat overmatig alcohol gebruikt.
3. Het verminderen van het percentage ouderen boven de 65 jaar dat eenzaam is.
4. Het, zoveel als mogelijk, voorkomen van eenzaamheid onder ouderen.
5. Het, zoveel als mogelijk, voorkomen van gezondheidsproblemen onder ouderen boven de 65 jaar.
6. Het, zoveel als mogelijk, voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen.
7. Het verbeteren van vroegsignalering van psychische en psychosociale problemen en het toeleiden naar een hulpverleningsaanbod.

Voor de eerste vijf doelstellingen wordt gestreefd naar een afname (op termijn) van 10%.

Met name de eerste twee doelen sluiten goed aan bij de eerder (in hoofdstuk 4) genoemde ambities 'jongeren onder de 18 jaar drinken geen alcohol' en 'kinderen hebben een gezond gewicht'.

Aangezien deze doelen van B2B en het hiermee ingezette beleid (tot 2018) nog steeds van kracht zijn, is er thans geen reden om een nieuw lokaal gezondheidsbeleid op te stellen.

We hebben afgesproken dat op basis van het onlangs door de raad vastgestelde Plan van Aanpak evaluatie beleidsplan B2B een evaluatie gestart wordt, die medio 2016 zal zijn afgerond. Op basis van deze evaluatie zal een nieuw beleidsplan worden gemaakt, waarvan gezondheidszorg een onderdeel is.

Anderzijds werkt de gemeente samen met de andere acht Midden-brabantse gemeenten en de GGD Hart voor Brabant op een aantal gebieden waar samenwerking een duidelijke meerwaarde heeft. Dit is eerder, in hoofdstuk 4, uiteen gezet. De eertijds gezamenlijk opgestelde pilotnota Regionaal gezondheidsbeleid 2014 -2015 loopt af, en daarom is er door alle partners deze nieuwe Nota Publieke gezondheid 2016-2019 opgesteld (in feite de voorgaande vijf hoofdstukken). Daarmee leggen de betrokken gemeenten ook hun collectieve volksgezondheid op regionaal niveau vast. De uitwerking ervan is opgenomen in het *Uitvoeringsplan regionaal gezondheidsbeleid 2016* dat voor de raad ter inzage is gelegd.

De conclusie is dus dat voor Goirle op dit moment geen nieuw lokaal gezondheidsbeleid hoeft te worden vastgesteld, maar dat de regionale samenwerking in Midden-Brabant wel aan herijking toe is, hetgeen in deze nota gebeurt.

6.2 Toelichting op de lokale situatie ten aanzien van de ambities

In aanvulling op het beeld, dat in hoofdstuk 3 is geschetst voor Midden-Brabant, is het volgende voor onze gemeente te melden met betrekking tot twee ambities.

Overgewicht kinderen

Dit blijft een punt van zorg binnen onze gemeente. Uit de gezondheidsmonitor Jongeren (12 t/m 18 jaar) bleek dat zowel in 2007 als in 2011 er 11% van de kinderen overgewicht hadden, waarvan 2% ernstig (obesitas). Dit ligt op het regionaal gemiddelde. Uit de screening van Goirlese leerlingen in de 2^e klas van het voortgezet onderwijs (screening 2VO) blijkt dat het percentage kinderen met overgewicht is toegenomen van 13 (schooljaar 13/14) naar 19 (schooljaar 14/15), en met ernstig overgewicht van 2%, naar 3%. Daarmee is er het laatste schooljaar méér overgewicht geconstateerd (22%) dan gemiddeld in de rest van de regio: (ernstig) overgewicht is daar 16% (iets gedaald vergeleken een jaar ervoor). Vanuit de GGD was er geen verklaring voor deze cijfers.

Alcoholgebruik jongeren

In het kader van het Preventie en handavingsplan Alcohol 2014 - 2017, dat op 13 mei 2014 door de raad is vastgesteld, is ingegaan op de lokale situatie. Wanneer we de cijfers van 2011 vergelijken met die van 2007 (gezondheidsmonitor Jongeren (12- 18 jaar), dan valt op dat er een lichte daling is van het alcoholgebruik: jongeren drinken (iets) minder vaak en zijn ook minder aangeschoten/ het percentage zogenaamde binge drinkers (drinkt meer dan 5 glazen per avond) is echter gelijk gebleven: 37% (regio: 31% in 2011).

Kijken we naar de recentere uitkomsten van de screening 2VO dan zien we een daling onder deze 13/14 jarigen die alcohol drinken van 18% naar 11%. Dat is hoopgevend.

Maar het is nog te vroeg om te zeggen of het stringentere rijks - en lokale beleid om alcoholgebruik onder jongeren tegen te gaan (al) succesvol is. Dat zullen latere metingen uit moeten wijzen. We verwijzen overigens in dit verband nog naar de evaluatie van de kadernota Integrale veiligheid 2013 - 2016, die binnenkort zal worden afgerond. Hierin staan de maatregelen opgesomd die de afgelopen periode genomen zijn om alcohol (en drugs-)gebruik onder jongeren tegen te gaan.

6.3 Wat gaat er verder met deze nota gebeuren?

Zoals hiervoor, in paragraaf 6.1 is gemeld, worden er in regionaal verband de nodige acties ondernomen ter ondersteuning van de drie genoemde ambities. Deze maatregelen worden van jaar tot jaar bepaald. De acties voor 2016 liggen grotendeels in het verlengde van wat tot op heden is gedaan, en zijn opgenomen in het Uitvoeringsplan regionaal gezondheidsbeleid 2016.

Daarnaast zullen er tussen de GGD en de afzonderlijke gemeenten afspraken worden gemaakt hoe deze maatregelen het best lokaal ingebed kunnen worden, en in hoeverre daarvoor extra lokale middelen nodig zijn. De gemeente kan namelijk de middelen in het kader van het 'lokaal accent' in

2016 inzetten. Dit bedrag bedraagt € 21.403 voor Goirle (zie tabel 1 in paragraaf 5.4). De gesprekken hierover zijn inmiddels gestart. In 2015 werden ook extra middelen ingezet voor zgn. 'plustaken' met betrekking tot alcoholpreventie. Wij zullen nader bezien - afwegende tegen andere prioriteiten en de inzet via het lokaal accent - of dit in 2016 nog nodig is.

Naar aanleiding de cijfers betreffende overgewicht en signalen vanuit de 1^e lijns huisartsenzorg wordt gekeken of het mogelijk is een project ter verbetering van de leefstijl op te starten. Dit zou meerdere aspecten van (verkeerde) levensstijl omvatten, dus ook weinig bewegen, teveel alcoholgebruik. Hiervoor wordt gezocht naar gezamenlijk draagvlak en werkwijze tussen betrokken partijen waaronder de GGD, de huisartsen, de zorgverzekeraars en 't Loket.

Wij hebben bij de GGD al wel aangegeven dat wij inzichtelijk willen hebben wat de GGD precies doet aan lokale preventie ten aanzien van de diverse (gezondheids-)taken: welke (doorlopende) zorgpaden zijn er, hoe vindt de overdracht naar zorginstellingen en gezondheidsinstanties plaats, hoe wordt de voortgang gemonitord, e.d.? Op basis daarvan willen we - samen met de GGD- bekijken welke resultaten we voor 2016 zouden kunnen verwachten. De GGD maakt hierover een notitie die we zullen betrekken bij de afspraken over het lokaal accent en eventuele plustaken.

Zoals gezegd, zal het gezondheidsbeleid ook deel uitmaken van de evaluatie B2B die volgend jaar zijn beslag krijgt. In dit kader zal de raad nader geïnformeerd worden over de bereikte resultaten en de ontwikkelingen.

Literatuur

Bos V, De Jong D, Paulussen TGWM. Gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs. Stand van zaken, effectiviteit en ervaringen van GGD'en en scholen. RIVM Bilthoven: 2010

Huber M et. al., How should we define health? 15 juni 2011.

Jansen, P.W. (2009) Social inequalities in pregnancy outcomes and early childhood behaviour. The Generation R Study. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Kuunders MMAP, Laar MW van. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Alcoholgebruik, 24 maart 2010.

Poos MJJC (RIVM), Meijer S (RIVM), Willemse B (Trimbos-instituut). Neemt het aantal mensen met dementie toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen\Dementie, 23 juni 2014.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. Zoetermeer (2009).

Regio Hart van Brabant (2016). Ontwerp kader-begroting 2016.

Visscher TLS, Bakel AM van, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Persoonsgebonden\Overgewicht, 23 november 2012.

De Vries S, Maas J, Kramer H. Effecten van nabije natuur op gezondheid en welzijn. mogelijke mechanismen achter de relatie tussen groen in de woonomgeving en gezondheid. Alterra Wageningen UR: Maart (2009).

De Vries S, Langers F, Donders JLM, Willeboer MT, Van den Berg AE. Meer groen op het schoolplein: een interventiestudie. De effecten van het groen herinrichten van schoolpleinen op de ontwikkeling, het welzijn en de natuurhouding van het kind. Alterra Wageningen UR: Oktober (2013).

Bijlage I Terugblik op pilotnota 2014-2015

Deze (nieuwe) nota is een vervolg op de pilotnota regionaal gezondheidsbeleid 2014-2015 die het startpunt was voor afstemming tussen de Midden-Brabantse gemeenten. Begin 2015 was er een procesevaluatie en de belangrijkste bevindingen hieruit namen we mee in deze nota.

De ambtenaren volksgezondheid startten in 2013, met steun van de GGD, met het afstemmen van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Dit leidde tot een eerste regionale pilotnota Volksgezondheid 2014-2015 met een uitvoeringsplan. Alle gemeenten ondersteunden deze nota, maar stelden deze niet allemaal vast, omdat enkele nota's toen een andere looptijd hadden.

In 2015 evalueerden de ambtenaren het proces, als voorbereiding op een nieuwe nota. Hieronder staan daarvan de resultaten. Naast een aantal verbeterpunten was de conclusie dat het zinvol is om de samenwerking voort te zetten. Ook wilde men focussen op minder ambities en die concreet maken in een uitvoeringsplan.

Proces

Rol gemeenten

- a. De betrokkenheid – en vooral een evenredige en actieve betrokkenheid van alle gemeenten bij het proces kan beter.
- b. De interne afstemming (met o.a. college, raad, collega's) stond bij de totstandkoming van de pilotnota onder tijdsdruk. De gemeentelijke planningen zouden duidelijk moeten zijn om te voorkomen dat er te veel tijdsdruk zit op het ophalen of afstemmen van informatie met derden.
- c. Bestuurlijke afstemming zou via het portefeuillehoudersoverleg Volksgezondheid en/of het Bestuurlijk ROM kunnen. Ook de verbinding met het Ambtelijk ROM jeugd zou nadrukkelijker moeten zijn.
- d. Aandachtspunt bij de totstandkoming van de nieuwe nota is het beter inhoudelijk betrekken van de samenwerkingspartners.

Rol GGD

Sommige gemeenten verwachten een actievere adviserende rol over de te kiezen speerpunten. Gemeenten waren tevreden over de penvoering door de GGD. Gedeelde penvoering met (enkele) gemeenten zou mogelijk meer inhoudelijke betrokkenheid van de gemeenten creëren. Er is volgens sommige gemeenten een strakkere sturing nodig op agenda en resultaten van een gezamenlijk overleg. Belangrijk is dat dit niet ten koste gaat van de onderlinge gedachtevorming, discussie en gezamenlijk draagvlak. Over het aanspreken op elkaars verantwoordelijkheden zijn de meningen verdeeld; volgens sommige gemeenten is dit iets voor de GGD, volgens anderen is dit een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Hier moeten duidelijke afspraken over komen.

Overleg

Overleggen moeten goed voorbereid worden zodat ze efficiënt verlopen. De frequentie wordt over het algemeen goed beoordeeld.

De vertegenwoordiging en input van gemeenten kan beter en moet evenrediger zijn. Ook actieve bijdrage voor en na overleg is wenselijk wanneer men niet aanwezig kan zijn. Dit voorkomt herhaling van discussie en het komt de doorlooptijd ten goede. Dit vraagt een duidelijke besluitenlijst na elk overleg.

Samenwerking

De samenwerking tussen GGD en gemeenten verloopt goed. De samenwerking en uitvoering van de nota met partners kan – zoals gezegd – beter. Alle gemeenten en de GGD vinden dit belangrijk maar onder tijdsdruk is dit te weinig gebeurd. Dit moet bij de nieuwe nota nadrukkelijk ingepland worden.

Inhoud

Ambities nota

De meerderheid vindt het aantal ambities te groot. Regionaal zijn er keuzes nodig in de ambities die men oppakt. Deze keuzes moeten 'smart' geformuleerd worden en vertaald naar een regionaal uitvoeringsplan met duidelijk geformuleerde doelen. Aanvullend kan er een lokaal uitvoeringsplan komen. Het abstractieniveau in de nota moet gelijk zijn voor alle ambities die erin staan.

De pilotnota is nog maar beperkt vertaald in lokale uitvoeringsplannen.

Er is nog geen eenduidige regionaal gedragen visie op gezondheid.

Ook sluit de pilotnota nog niet voldoende aan op de ontwikkelingen in het sociaal domein. Omdat dit nu meer vorm heeft gekregen binnen de gemeenten, zal dit bij de nieuwe nota beter gaan.

Resultaten

De regionale pilotnota heeft tot resultaat dat er nu tussen de Midden-Brabantse gemeenten een structureel inhoudelijk overleg is over gezondheidsbeleid. Ook vinden we elkaar makkelijker in regionale samenwerking. Daarnaast vinden gemeenten dat regionale samenwerking op het vlak van gezondheidsbeleid voldoende meerwaarde heeft, waarmee er in principe genoeg draagvlak is om dit voort te zetten.

Bijlage II Kaders voor het gezondheidsbeleid

De inhoud van deze nota is gebonden aan een aantal kaders, die in deze bijlage kort beschreven staan. Relevante lokale kaders, staan – waar nodig – in het lokale deel van deze nota.

Wet publieke gezondheid

De Wet publieke gezondheid (Wpg) legt de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheidszorg vast. De Wpg regelt onder andere de organisatie van de publieke gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen of vervoermiddelen die (internationaal) gezondheidsgevaaren kunnen opleveren. Daarnaast zijn ook de jeugd- en de ouderengezondheidszorg onderdeel van deze wet.

De inhoud van een groot deel van de taken uit de Wpg is wettelijk bepaald. Denk hierbij aan infectieziektebestrijding, technische hygiënezorg of de uitvoering van de basistaken door de jeugdgezondheidszorg. Op een aantal onderdelen hebben gemeenten meer beleidsruimte, onder andere bij collectieve gezondheidsbevordering. Hieronder staat een beknopte weergave van de uitvoering van de wet. De GGD Hart voor Brabant voert een groot deel van deze wettelijke taken uit binnen een gemeenschappelijke regeling.

Wet publieke gezondheid	Regionale uitvoering
Het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking door epidemiologische analyse	De GGD verzamelt gegevens over de gezondheid van de inwoners van zijn werkgebied die grotendeels gepubliceerd worden op www.gezondheidsatlas.nl en onderlegger zijn voor verdiepend onderzoek, advisering en keuzes voor beleid.
Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen	De gevolgen voor gezondheid moeten meegenomen worden in alle gemeentelijke besluiten. GGD GHOR Nederland bepleit dat in de Omgevingswet (die naar verwachting in 2018 verschijnt) gezondheid en fysieke veiligheid structureel en expliciet worden betrokken in de planvorming en besluitvorming over de leefomgeving. Dit zorgt ervoor dat gemeenten op kunnen komen voor de goede kwaliteit van de fysieke leefomgeving, zodat mensen gezond kunnen leven en opgroeien. Vroegtijdig gezondheid betrekken in planvorming en besluitvorming vermindert gezondheidslasten, het voorkomt onnodige kosten voor herstel en het vermindert publieke onrust. Daarnaast bieden ruimtelijke ontwikkelingen kansen voor het versterken van een goede fysieke leefomgeving.
Bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's	De speerpunten vanuit het rijk voor preventieprogramma's zijn: overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, roken, depressie en diabetes. Dit zijn de gezondheidsproblemen die bij veel van onze inwoners voorkomen. Het verschil in deze speerpunten is dat <i>alcoholgebruik</i> ,

	<p><i>roken</i> en <i>overgewicht</i> leefstijlfactoren zijn. Met het voorkomen en tegengaan van deze leefstijlfactoren kunnen we een grote bijdrage leveren aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen.</p> <p>Daarnaast is het belangrijk om <i>diabetes</i> en <i>depressie</i> te voorkomen en om deze in een vroeg stadium te signaleren, omdat deze aandoeningen nauw samen hangen met de hierboven genoemde leefstijlfactoren. Diabetes type II kan voor een groot deel voorkomen worden met een gezonde leefstijl. Bij mensen met een depressie zie je vaak dat men een ongezonde leefstijl heeft (roken, relatief veel alcoholgebruik, ongezonde voeding en onvoldoende beweging); ook hier kunnen vroegsignalering en tijdige interventies veel ziektelast voorkomen en gezondheidswinst opleveren. Inzet op deze speerpunten levert dus een bijdrage aan het verkleinen van de grootste gezondheidsproblemen.</p>
<p>Het bevorderen van medische milieukundige zorg</p>	<p>Dit is opgedeeld in 5 taakgebieden: het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's (in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen), het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek. Er zijn drie focuspunten: gezonde gebiedsontwikkeling & wijkinrichting, intensieve veehouderij en veiligheid & crisisbeheersing. Het bureau Gezondheid, Milieu en Veiligheid van de GGD voert deze taken uit en fungeert als kenniscentrum op een groot aantal inhoudelijke thema's o.a. lucht, geluid, binnenmilieu, bodem, klimaat, straling/ elektromagnetische velden, groen, asbest, kankerclusters, zwemwater en ongedierte (o.a. eikenprocessierups). Door het bureau tijdig in te schakelen bij nieuwe wijk- of landbouwontwikkelingsplannen kan het aspect gezondheid al vroeg in het proces integraal onderdeel worden van de plannen.</p>
<p>Het bevorderen van technische hygiënezorg</p>	<p>De technische hygiënezorg gaat na waar een verhoogd risico bestaat op de verspreiding van ziekmakende micro-organismen (bijvoorbeeld legionella) en stelt maatregelen voor om de risico's in te dammen. De GGD ondersteunt de gemeente bij het inschatten van de infectierisico's door het uitvoeren van inspecties en het onderhouden van het risicoprofiel.</p> <p>De aandacht gaat hierbij uit naar o.a. kinderdagverblijven, basisscholen, piercing- en tatoeagestudio's, seksinrichtingen, camping- en zorgboerderijen, grote evenementen en voorzieningen voor nachtopvang en asielzoekerscentra. Het werk bestaat voor een groot deel uit het uitvoeren van periodieke inspecties van de veiligheid en hygiëne.</p>

	<p>Het grootste deel van het werk is het toezicht op de kwaliteit van de kinderopvang (kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang, peuterspeelzalen, gastouderbureaus en gastouders). Met de komst van de Wet Ontwikkelingskansen door Kwaliteit en Educatie is de wet- en regelgeving voor kinderopvang en peuterspeelzalen geharmoniseerd. Er worden jaarlijks inspecties uitgevoerd door de GGD op basis van risicogestuurd toezicht: meer toezicht waar nodig en minder toezicht waar dat kan.</p>
Het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen	<p>Het doel van de psychosociale hulp is om door samenwerking en coördinatie van de hulpverlening een bijdrage te leveren aan vermindering en/of voorkoming van maatschappelijke onrust, van de met het incident samenhangende psychosociale klachten en/of gezondheidsproblemen. Het kan hierbij zowel gaan om een klein incident als een grootschalig ongeval of een ramp. Binnen de Veiligheidsregio is de taakverdeling tussen de betrokken partijen goed aangegeven; brandweer, politie, GHOR (geneeskundige hulp) en gemeenten (vooral opvang, verzorging en communicatie) werken hierin samen en zorgen voor een optimaal psychosociaal hulpverleningsnetwerk voor de nazorg bij ongevallen en rampen. Dit houdt onder andere in dat er een bereikbaarheid is geregeld voor de psychosociale hulp bij ongevallen en rampen en bij incidenten.</p>
Het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders	<p>Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het informeren van aanstaande ouders over een gezonde zwangerschap, de bevalling en de periode daarna. Dit vult elke gemeente zelf in, waarin huisartsen en verloskundigen vaak een grote rol spelen.</p>
Uitvoering jeugdgezondheidszorg	<p>De jeugdgezondheidszorg van de GGD heeft als taken:</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. het volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen; 13. het signaleren van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren bij jeugdigen; 14. een vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen bij jeugdigen; 15. screening en vaccinaties (Rijksvaccinatieprogramma); 16. voorlichting, advies, instructie, begeleiding aan jeugdigen en hun ouders.
Uitvoering ouderengezondheidszorg	<p>Het volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen, het signaleren van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren en het ramen van de behoeften aan zorg bij ouderen gebeurt met de gezondheidsenquêtes van de GGD. Ook specifieke stoornissen als comorbiditeit worden hiermee vroegtijdig opgespoord. Het geven van voorlichting, advies en begeleiding aan ouderen en het</p>

	formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen is iets wat iedere gemeente afzonderlijk invult.
Infectieziektebestrijding	<p>Dit zijn de algemene preventieve maatregelen zoals het registreren van infectieziekten, meldingen hiervan doen bij de inspectie, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding. Ook het doen van meldingen van tuberculose is een wettelijke taak. De GGD voert deze taken uit en doet tevens bron- en contactonderzoek in het kader van infectieziekten en specifiek voor TBC en soa. De burgemeester en/of het bestuur van de veiligheidsregio zijn – afhankelijk van de aard van de infectieziekte – verantwoordelijk voor het leiding geven bij het bestrijden van epidemieën van infectieziekten en de voorbereiding daarop.</p> <p>Een andere taak is het bestrijden van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Voor een seksuele gezondheid is het stimuleren van weerbaarheid onder jongeren en het bevorderen van gezond seksueel gedrag van groot belang. Jongeren moeten de mogelijkheid hebben relaties vrijwillig en op een prettige manier aan te kunnen gaan en problemen als soa's of ongewenste zwangerschap te voorkomen. Hiervoor is een goede informatievoorziening aan jongeren en seksuele en relationele vorming van de jeugd belangrijk. Via Sense (centrum voor seksuele gezondheid) biedt de GGD soa-zorg en aanvullende seksualiteitshulpverlening voor jongeren tot 25 jaar. Regionaal worden de Sense-sprekuren aangeboden, evenals diverse lespakketten op school.</p>

Nationaal Programma Preventie – Alles is gezondheid...

Maatschappelijke organisaties, bedrijven, onderzoekers en overheden maakten op basis van de Volksgezondheidstoekomstverkenning (VTV) 2014 afspraken om gezondheid te beïnvloeden: roken en alcoholmisbruik tegengaan, obesitas voorkomen en bewegen bevorderen. Dat zijn belangrijke punten in het Nationaal Programma Preventie *Alles is gezondheid...*, dat loopt van 2014 tot en met 2016.

Het programma richt zich op:

1. Meer preventie in de zorg: bijvoorbeeld door middel van e-health, deltaplan Dementie en bevolkingsonderzoek darmkanker
2. Preventie in de wijk: door ondersteuning van projecten als Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), sport en bewegen in de buurt en het terugdringen van gezondheidsachterstanden door het *Gezond In De Stad* (GIDS) stimuleringsfonds
3. Preventie op school: door stimulering schoolgezondheidsbeleid door de Gezonde School aanpak, de Gezonde Schoolkantine en Gezonde Schoolpleinen

4. Preventie op het werk: door duurzame inzetbaarheid bevorderen door een gezonde leefstijl op de werkvloer

Landelijke nota gezondheidsbeleid

De nieuwe landelijke nota volksgezondheid verschijnt naar verwachting in het najaar van 2015. Navraag leert dat deze voortborduurde op de speerpunten in het Nationaal Programma Preventie. Hoofdpijnen van het landelijke beleid vanaf 2016 zijn:

1. Het huidige beleid wordt voortgezet.
2. Gemeenten hebben met de decentralisaties meer verantwoordelijkheden gekregen, waarmee hun rol voor de gezondheid van de burgers sterk is toegenomen. Ook biedt dit meer mogelijkheden voor een integrale aanpak en het leveren van maatwerk. Hiervoor is goede informatievoorziening belangrijk; GGD'en kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Het RIVM ondersteunt met lokale gezondheidsprofielen en bij opstellen van regionale VTV's.
3. Gezondheid is niet alleen een doel, maar ook middel om doelstellingen in andere domeinen te bereiken. Daarom is het van belang om gezondheid te verbinden met doelstellingen in andere domeinen zoals school, werk, buurt, sport, en zorg en te kiezen voor een integrale aanpak.
4. De VTV 2014 geeft aan dat de belangrijkste ziekten en risico's gelijk blijven. Daarom worden de zes speerpunten van het beleid gehandhaafd: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes, depressie en inzet op voldoende bewegen.
5. Trends in leefstijl zijn niet langer ongunstig.
6. De VTV 2014 geeft aan dat er grote verschillen zijn tussen hoog en laagopgeleiden en het aantal mensen met een chronische ziekte toeneemt. Daarom is meer aandacht voor het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (segv) en chronisch zieken nodig.

Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) heeft als doel dat alle mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving, al of niet geholpen door hun eigen sociale netwerk. Als dat niet lukt, kan de gemeente ondersteuning bieden; bijvoorbeeld door het ondersteunen van vrijwilligers, mantelzorgers en hulp bij het huishouden (Bron: [Handreiking Gezonde Gemeente](#)). Zowel de Wmo als de Wpg beogen te voorkomen dat mensen zwaardere vormen van hulp nodig hebben. De visieontwikkeling op beide wetten loopt dan ook vaak gelijk als het gaat om het versterken van de zelfredzaamheid van inwoners en het stimuleren van hun eigen regie.

De manier waarop de wetten dat doen, verschilt. De Wpg richt zich hiervoor vooral op de preventie van gezondheidsproblemen bij het collectief of risicogroepen hieruit. De Wmo probeert vooral participatie te stimuleren bij mensen die een beperking hebben en zich hierdoor belemmerd voelen. Bij beide wetten is een sterke integrale samenhang met andere

beleidsterreinen als onderwijs, sport, veiligheid, wonen en ruimtelijke ordening; deze zijn nodig om voor een effectieve aanpak van gezondheids- en welzijnsproblemen.

Drank- en Horecawet

Het doel van deze wet is het voorkomen van gezondheidsschade en verstoring van de openbare orde door alcoholgebruik. De wet regelt dat er geen alcohol mag worden verkocht aan en gedronken door jongeren onder de 18 jaar. Ook het doorschenken aan personen onder invloed is verboden. Gemeenten moeten in een preventie- en handhavingsplan vastleggen hoe ze invulling geven aan de wet. Elke vier jaar moet dit plan gelijktijdig met de nota gezondheidsbeleid worden vastgesteld. Het plan bevat onder andere de doelstellingen van het preventiebeleid en de acties die de gemeente hierop onderneemt, de manier waarop zij handhaaft en welke resultaten zij hiermee wil behalen.

De gemeenten in Midden-Brabant hebben sinds 2014 een lokaal preventie- en handhavingsplan. Om deze cyclus gelijk te laten lopen met die van het gezondheidsbeleid, kiezen we ervoor om de huidige plannen te verlengen tot 2019. De gemeenten Heusden en Waalwijk stellen een nieuw preventie- en handhavingsplan op voor de periode 2016-2019.

De uitwerking van het preventieve deel van de plannen komt terug in deze nota. Eventuele lokale aanvullingen hierop staan in de lokale uitvoeringsplannen aanvullend op deze nota.

Omgevingswet

Naar verwachting treedt in 2018 (binnen de looptijd van deze nota) de nieuwe Omgevingswet in werking die 26 wetten op het vlak van de fysieke leefomgeving integreert. Het doel is het behouden, beheren, gebruiken en ontwikkelen van een veilige en gezonde leefomgeving op een duurzame en doelmatige wijze. Duurzaamheid wordt binnen deze wet bevorderd door de integrale besluitvorming: door alle relevante aspecten, waaronder gezondheid, in een zo vroeg mogelijk stadium te betrekken. Eventuele consequenties voor het lokaal gezondheidsbeleid zijn op het moment van schrijven niet duidelijk.