



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten
Bibliotheek

164000

Gezond Old in 't Ambt

nota lokaal gezondheidsbeleid

Gemeente Bellingwedde

*bureau Welzijn & Onderwijs
vrijdag 13 juni 2003*

Simonet Schroot

Gezond Old in 't Ambt - nota lokaal gezondheidsbeleid Bellingwedde

in samenwerking met de gemeenten Reiderland, Scheemda en Winschoten

1. Inleiding

Een goede gezondheid ervaren we als belangrijk in het leven. Daarbij is het van belang te erkennen dat er vele factoren van invloed zijn op gezondheid, zoals woonomgeving, milieu, veiligheid, onderwijs, werk en vrijetijdsbesteding.

De gemeente neemt in dit proces een cruciale plek in. De nieuwe rol van regisseur schept niet alleen verplichtingen, maar biedt ook nieuwe kansen:

- de spelers in het veld tot elkaar brengen
- de ontwikkelingen een gewenste richting meegeven
- voorzieningen efficiënt laten functioneren
- het bevorderen van de infrastructuur.

Dit alles draagt bij tot het creëren van een omgeving die prettig is om in te wonen, te werken en te ontspannen. Gezondheid en welbevinden van de burgers zijn daarmee gebaat. Een goede gezondheid van de individuele burger is ook van invloed op en in het belang van de gemeenschap.

De gemeente voelt zich medeverantwoordelijk voor gelijke kansen op gezondheid voor iedereen. Een lokaal gezondheidsbeleid kan helpen de verschillen in gezondheid tussen welgestelden en achterstandsgroepen te verkleinen. Gezondheid wordt immers ook voor een belangrijk gedeelte bepaald door factoren die buiten de directe gezondheidszorg liggen. Juist door preventie in de fysieke en sociale omgeving en in leefwijze, liggen kansen voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Afstemming en samenwerking met alle partners in het veld, maar ook tussen buurgemeenten, is hierbij van cruciaal belang. De gemeenten in het Oldambt hebben er voor gekozen om in gezamenlijkheid met elkaar en in gezamenlijkheid met de partners in het veld een traject in te gaan om te komen tot het formuleren van lokaal gezondheidsbeleid. Dit traject heeft uiteindelijk geresulteerd in een gemeenschappelijk deel en in een maatwerkdeel, waarbij zowel ruimte is gegeven aan een gemeenschappelijke aanpak van problematiek door activiteiten als voor lokaal toegesneden actiepunten.

Het resultaat ligt voor u. Hetgeen evenwel niet wil zeggen dat hier een onwrikbaar actieplan voor 4 jaar ligt waar geen wijzigingen meer in mogelijk zijn. Omdat regie in het lokaal gezondheidsbeleid voor gemeenten een nieuwe gemeentelijke taak is, zullen zich gaandeweg dit proces steeds nieuwe ontwikkelingen en inzichten voordoen. Het getuigt ons inziens van een stimulerende pro-actieve aanpak om daar steeds adequaat in samenspel met het veld op in te spelen.

2. Waarom een nota Lokaal gezondheidsbeleid?

Uit de gezondheidsenquête van de GGD in 1998 bleek dat Groningers gemiddeld ongezonder zijn dan inwoners van de rest van Nederland. Vooral sociaal-economische factoren bepalen de gezondheid, en de sociaal-economische status (de combinatie van opleiding en inkomen) ligt in Groningen lager dan in de rest van Nederland.

Belangrijke gezondheidsbedreigende factoren zoals het overmatig gebruik van tabak, alcohol, slechte voeding, drugs en onvoldoende lichaamsbeweging komen juist in deze groep relatief veel voor. Naast de leefstijl kent ook de leefomgeving gezondheidsgerelateerde knelpunten, zowel in het binnen- als in het buitenmilieu. Ook daarbij zijn de gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's ongelijk over de bevolking verdeeld.

Gemeenten en de WCPV

Gemeenten spelen een belangrijke rol op het terrein van de volksgezondheid, en die rol wordt de komende jaren nog belangrijker. Sinds de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in 1989 zijn gemeenten verantwoordelijk voor veel werkzaamheden op het vlak van de gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. In 1995 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg grote verschillen in de uitvoering van de WCPV tussen gemeenten. Naar aanleiding daarvan is de uitvoering van de WCPV geëvalueerd door de commissie Lemstra. Deze commissie concludeerde dat de samenwerking tussen de verschillende overheden en gemeenten onderling beter zou moeten. Hetzelfde gold voor de relatie tussen gemeenten en hun GGD. Eén van de aanbevelingen van de commissie was dat gemeenten eens per vier jaar een nota Lokaal Gezondheidsbeleid uit moeten brengen. Het Lemstra-rapport heeft vervolgens een reeks van ontwikkelingen in gang gezet. In een Platform Openbare Gezondheidszorg is een visie op de Openbare Gezondheidszorg "Spelen op de winst" ontwikkeld. In deze visie staat het idee beschreven dat Openbare Gezondheidszorg die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur bevat die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid. Het gemeentelijk gezondheidsbeleid is daar een onderdeel van.

Plan van aanpak

Tevens is een plan van aanpak voor de Openbare Gezondheidszorg opgesteld. Het plan van aanpak heeft onder andere de volgende onderdelen:

- invoering van de verplichting aan gemeenten om vanaf 1 juli 2003 eens per vier jaar een nota gezondheidsbeleid uit te brengen;
- eens per vier jaar het ontwerpen van een landelijke nota gezondheidsbeleid -vanaf 2002;
- versterken van de gezondheidscomponent in het grotestedenbeleid;
- stimuleren van gemeenten om het gemeentelijk gezondheidsbeleid te versterken.

In februari 2001 werd het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg ondertekend door de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Binnenlandse Zaken, de VNG en GGD Nederland. De thema's uit het Nationaal Contract zijn:

- zo gelijk mogelijke kansen op gezondheid voor alle burgers;
- bevordering van gezond leven;
- samenwerking tussen cure en care en preventie.

Uit het bovenstaande blijkt voldoende aanleiding om met volle kracht in te zetten op een gezonde gemeente voor Bellingwedde, Reiderland, Scheemda en Winschoten.

Doelen Lokaal Gezondheidsbeleid

Het doel van lokaal gezondheidsbeleid ligt voor de hand: het bevorderen van de gezondheid van de burgers. Maar gezondheid is voor elk individu verschillend -het gaat er bijvoorbeeld niet alleen om of mensen gezond zijn, maar ook of zij zich gezond voelen. Gezondheid is een toestand van lichamelijk, sociaal en psychisch evenwicht en een voorwaarde voor maatschappelijk functioneren.

Het lokaal gezondheidsbeleid is er niet alleen om problemen op te lossen, maar ook om voorwaarden te scheppen om zo gezond mogelijk te kunnen leven.

Integraal beleid

Lokaal gezondheidsbeleid is bij uitstek integraal en intersectoraal beleid, dat stoelt op samenwerking tussen partijen. Het overstijgt sectorgrenzen, gaat over 'schotten' heen en waarborgt samenhang, ook met andere beleidsterreinen. De gemeente ambieert daarom een regisserende rol. Verder is gezondheid een ruim begrip en kan niet alles opgepakt worden. Er moeten dus keuzes gemaakt worden.

3. Visie op gezondheid en lokaal gezondheidsbeleid

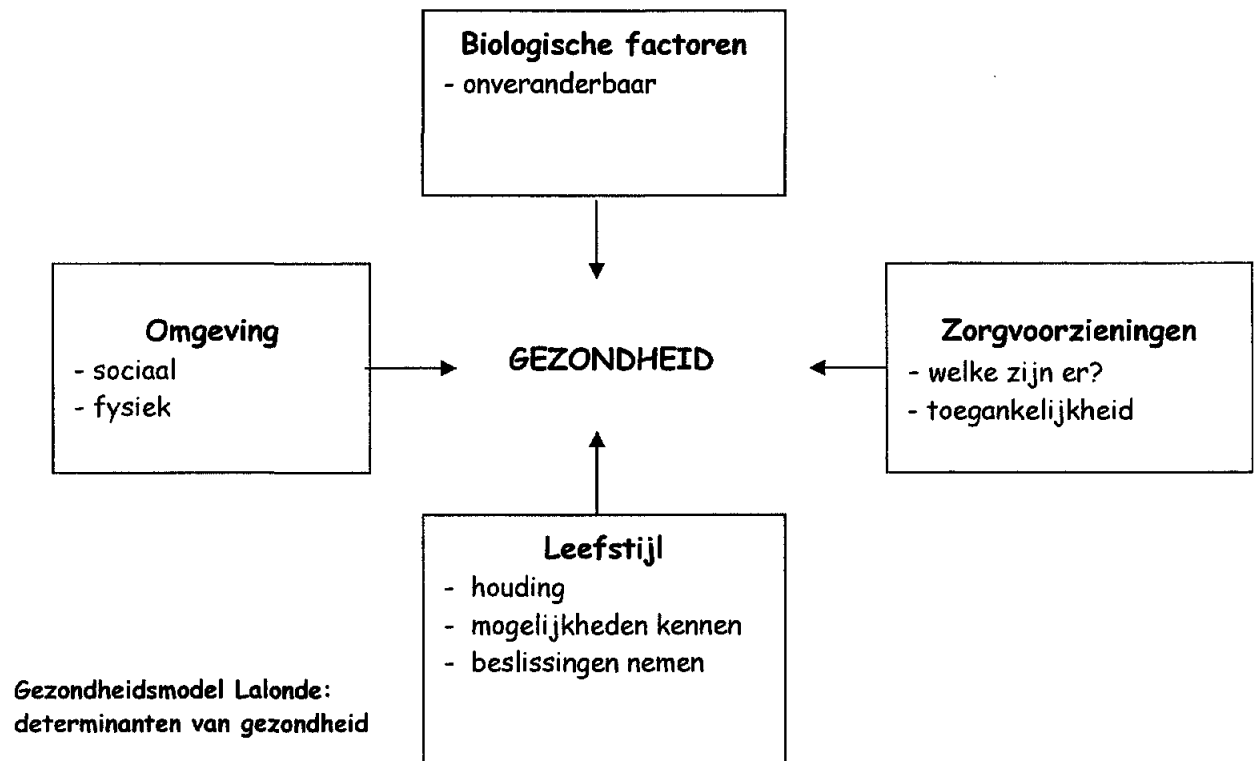
Volgens de World Health Organisation is gezondheid 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken'. Het gaat niet om een ideale situatie van burgers die nooit ziek zijn en een samenleving waarin nooit iets mis is. Het is wel belangrijk dat mensen positieve keuzes kunnen maken over hun eigen gedrag, invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en dat ze, indien nodig, gepaste, betaalbare zorg ontvangen. Voor de burger zelf is gezondheid vaak geen doel op zich, maar een voorwaarde tot geluk, mobiliteit en werk. Iemand met een handicap of chronische aandoening kan zichzelf best gezond voelen. Deze 'gezondheidsbeleving' wordt dan ook vaak als maat voor gezondheid genomen. Op bevolkingsniveau wordt de gezondheidstoestand echter meer gemeten op basis van levensverwachting en het vóórkomen van ziekte, ziekteverzuim en dergelijke. In de memorie van toelichting bij de Wijziging van de WCPV wordt gezondheidswinst opgevat als: verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven.

Invloedsfactoren

Bij het maken van beleid op het gebied van gezondheid is inzicht nodig in de manier waarop je gezondheid van mensen kunt beïnvloeden. Een handig hulpmiddel daarbij is het zogenaamde 'model van Lalonde'. Lalonde - die ooit minister van volksgezondheid in Canada was - onderscheidt vier soorten factoren die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

1. biologische en erfelijke factoren: de aanwezige (aanleg tot) gezondheid of ziekte;
2. omgevingsfactoren: de fysieke en sociale omgeving, zoals woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid;
3. leefstijlfactoren: het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid;
4. zorgsysteemfactoren: de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen.

Naast deze factoren uit het model van Lalonde is o.a. de financiële positie van de bevolking van invloed op de gezondheid. Groeperingen met een slechte financiële positie zijn minder goed in staat om deel te nemen aan sport, gebruik te maken van gezondheidsvoorzieningen en zich te wapenen tegen aanvallen op de gezondheid.



Sociaal-economische gezondheidsverschillen

In dit overzicht van factoren is te zien dat de kansen op gezondheid voor individuele burgers verschillen. 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. De biologische factoren zijn niet beïnvloedbaar door de gemeentelijke overheid en worden dus verder buiten beschouwing gelaten. Op omgeving en leefstijl heeft de gemeente de meeste invloed. Ook de gezondheidszorg is 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.

Samenwerking centraal

Uit het voorgaande blijkt dat gezondheid niet alleen te beïnvloeden is via de sector volksgezondheid. Ook maatregelen en gedrag op het terrein van bijvoorbeeld verkeer, veiligheid, ruimtelijke ordening, sociaal beleid, milieu en onderwijs, kunnen de gezondheid beïnvloeden. Gezondheidsbeleid is dan ook per definitie integraal beleid. Samenwerking staat hierbij centraal: binnen de gemeente, tussen gemeenten en met regionale instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties en financiers. Naast uitvoerder van gezondheidsbeleid werpt de gemeente zich zo steeds meer op als regisseur van gezondheidsbeleid. In die functie bevordert zij verschillende vormen van zorg en de afstemming daartussen.

Visie op Lokaal Gezondheidsbeleid

Onder het lokaal gezondheidsbeleid wordt verstaan de vorming en uitvoering van dat beleid dat gericht is op:

- het behoud of verbetering van onze volksgezondheid
- het wegwerken van gezondheidsverschillen tussen groepen van de bevolking in de gemeente.

Afgeleide doelstellingen zijn:

- verlenging van de levensverwachting in goede gezondheid
- vermindering van bestaande ongelijkheden in kansen op gezondheid
- verhoging van de kwaliteit van leven
- oplossing van maatschappelijke problemen
- meer samenhang in het aanbod, afgestemd op de vraag.

Gezondheid is hier gedefinieerd in termen van algemeen welzijn en niet alleen als afwezigheid van ziekte. Gezondheidsbeleid beweegt zich daarmee op het snijvlak van welzijn, wonen en zorg en heeft daarom een integrale benadering. Samenwerking staat hierbij centraal: binnen de gemeente, tussen gemeenten en met regionale instellingen en financiers. Naast uitvoerder van gezondheidsbeleid werpt de gemeente zich zo steeds meer op als regisseur van gezondheidsbeleid. In die functie bevordert zij verschillende vormen van zorg en de afstemming daartussen.

Uitgangspunten voor onze visie

De visie op lokaal gezondheidsbeleid is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- De lokale gezondheidssituatie dient als leidraad voor het gemeentelijk beleid.
- Gezondheidsbeleid wordt gericht op specifieke bevolkingsgroepen zoals ouderen, jeugdigen en allochtonen als zij met het algemene beleid niet worden bereikt. Daarnaast kan het beleid gericht worden op mensen met complexe problemen zoals dak- en thuislozen en verslaafden. De prioriteitsstelling is afhankelijk van de lokale situatie.
- Het beleid kan alleen effectief zijn indien het aansluit op de wensen en de behoeften van de bevolking.
- Gezien het feit dat veel zorgleveranciers een bovenlokaal bereik hebben, is het vaak moeilijk om op het individuele niveau van de gemeente afspraken te maken. Een aantal aspecten heeft daarom regionale afstemming of een gezamenlijke aanpak.
- De integrale benadering van gezondheidsbeleid dient meer dan tot op heden het geval is, deel uit te maken van het totale gemeentelijk beleid.

4. Landelijke kaders bij lokaal gezondheidsbeleid

De gemeentelijke gezondheidstaken zijn deels gebaseerd op wetgeving, deels heeft de gemeente ook vrijheid in het vormgeven van haar beleid. De belangrijkste wettelijke basis voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Op grond van deze wet hebben gemeenten een belangrijke taak op het terrein van de openbare gezondheidszorg.

Collectieve preventie

De WCPV bepaalt dat de gemeente o.a. de samenhang binnen de collectieve preventie bevordert, alsmede de afstemming met de curatieve gezondheidszorg. De gemeente draagt voorts zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie op het gebied van infectieziekten en gezondheidsrisico's voor jeugdigen.

Hiertoe moet zij een gemeentelijke gezondheidsdienst in stand houden, de GGD. In de provincie Groningen hebben de 25 gemeenten besloten tot de oprichting van één gemeenschappelijke gezondheidsdienst, onderdeel van de Hulpverleningsdienst Groningen.

Aanknopingspunten voor Lokaal Gezondheidsbeleid

Naast de wettelijke taken let de gemeente in het belang van haar burgers onder andere op het voorzieningspeil en de toegang tot de zorg. Ook tracht zij te voorkomen dat mensen tussen wal en schip raken door een vangnet te bieden. Bij stadsvernieuwing en -uitbreiding wordt steeds meer rekening gehouden met zaken die de gezondheid beïnvloeden, zoals gezonde huisvesting (binnenmilieu), een gezonde woonomgeving, een veilige verkeerssituatie en de aanwezigheid van voldoende voorzieningen. Daarnaast heeft de gemeente op het volksgezondheidssterrein een 'makelaarsfunctie'. Zij brengt partijen rond bepaalde problemen en knelpunten in de zorg bijeen om gemeenschappelijk tot een oplossing te komen.

Belangrijkste -voor de gemeente relevante- wetgeving

- | | |
|---|----------------------------------|
| - Grondwet | - Rampenwet |
| - Gemeentewet | - Wet op de lijkbezorging |
| - Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging | - Welzijnswet |
| - Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten | - Deconstructiewet |
| - WCPV | - Quarantainewet |
| - Wet Voorzieningen Gehandicapten | - Waterleidingwet |
| - Wet infectieziektebestrijding | - Wet ambulancevervoer |
| - Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen | - Kwaliteitswet zorginstellingen |
| - Wet bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen | |

5. Kaders van de gemeente Bellingwedde bij lokaal gezondheidsbeleid

Hiervoor is gesteld dat lokaal gezondheidsbeleid vele raakvlakken heeft met andere terreinen van gemeentelijk beleid. Wil het gezondheidsbeleid daarom effectief zijn, zullen deze andere terreinen moeten worden verkend op bestaande en gewenste aangrijpingspunten.

Op basis van een recente inventarisatie onderscheiden wij in de gemeente Bellingwedde een aantal dwarsverbanden, die mogelijkheden bieden voor het nemen van beleidsmaatregelen die bijdragen aan de door ons gewenste doelen. Hieronder volgt een samenvatting van de betrokken beleidsterreinen.

A. Lokaal integraal jeugdbeleid:

speerpunten 2003-2004 (in voorbereiding)

Plan van aanpak Jeugd en Veiligheid

GOA-beleidsplan 2002-2006

B. Sport en recreatie:

breedtesportimpuls

GALM-projecten

C. Woon Welzijn Zorgbeleid

WWZ-regie

Steunsteer-plusfunctie

Sociale integratie mensen met een handicap

D. Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening Milieu

Woonplan/Duurzaam bouwen

Afvalstoffenbeleid

Legionellapreventie

E. Gebiedsgericht beleid

POP Levende dorpen

dorpsvisie-ontwikkeling

lokaal sociaal beleid

F. Accommodatiebeleid

Ontwikkeling integraal accommodatiebeleid

Onderwijshuisvesting

G. Openbare orde en veiligheid

Integraal veiligheidsbeleid

Rampenplan

Brandveiligheid

H. Personeelsbeleid

RIE

arbobeleid gemeentelijke organisatie

bedrijfshulpverlening

6. Uitgangspunten en doelstellingen gemeente Bellingwedde

Het belangrijkste uitgangspunt is dat zonder probleeminventarisatie en integraal beleid gezondheidsproblemen niet resultaatgericht en daadkrachtig aangepakt kunnen worden. De gemeente gaat er daarbij van uit dat alleen een samenstelsel van maatregelen op meerdere beleidsterreinen kan leiden tot het bereiken van onze doelstellingen. Rekening houdend met de mogelijkheden die wij voor onze gemeente haalbaar achten, worden minimaal de volgende twee doelstellingen voorgesteld voor het lokale gezondheidsbeleid:

- a. **Optimale kansen op gezondheid voor iedereen.** De gemeente stimuleert dit via preventie en door het bevorderen van de samenhang tussen de voorzieningen en het bieden van een vangnet voor hen die geen gebruik kunnen maken van reguliere voorzieningen.
- b. **Verkleinen van gezondheidsverschillen** tussen mensen met een hogere en lagere economische status, waardoor meer mensen (ook zij met een lagere status) meer jaren in goede gezondheid door zullen brengen. De kansen op een gezond leven zijn niet gelijk verdeeld over de inwoners. Sommige mensen ondervinden meer bedreigingen voor hun gezondheid of kunnen minder goed voor zichzelf zorgen. De gemeente heeft een bijzondere taak voor deze groepen.

Methodische uitgangspunten bij het maken van beleid zijn:

- **Interactie:** de gemeente stelt haar beleid op in samenwerking met lokale en regionale zorginstellingen, regiogemeenten en vertegenwoordigers van cliënten/zorgconsumenten. Een kleinschalige aanpak kan de interactie tussen gemeente, organisaties en burgers verbeteren. Een thema zoals "gezonde dorpen en wijken" kan bij deze aanpak in het kader van lokaal sociaal beleid ingevoerd worden.
- **Integraliteit van beleid:** gezondheid wordt voor een groot deel bepaald door externe factoren. Via integraal beleid worden deze determinanten van gezondheid beïnvloed. De gemeente heeft daarmee op diverse terreinen een aanzienlijke invloed.

7. Proces en dilemma's

In nauwe samenwerking met de GGD Groningen heeft de werkgroep van de vier Oldambster gemeenten een stappenplan gemaakt om te komen tot een 'Nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007' inclusief een activiteitenplan.

Stap 1

Gedurende de eerste stap is het huidige beleid bij de gemeenten intern geïnventariseerd en is een 'Gezondheidsprofiel' (zie bijlage 1) opgesteld door de GGD Groningen. Hierbij is onder meer gekeken naar:

1. **Probleemgerichte aspecten:** roken, milieu, etc
2. **Doelgroepgerichte aspecten:** ouderen, jongeren, gehandicapten, etc
3. **Themagerichte aspecten:** huisvesting, OGGZ, etc

Stap 2

Aan de hand van de in stap 1 verzamelde informatie is een brainstorm-bijeenkomst georganiseerd (21 februari 2003 in Scheemda) waarvoor zo'n 80 instellingen, personen, raadsleden en anderen werden uitgenodigd. In totaal 50 aanwezigen hebben in drie workshops (Gezonde omgeving, Gezond gedrag en Kwetsbare burgers) gesproken over het gezondheidsprofiel, daar commentaar en aanvullingen op gegeven, en oplossingsrichtingen voor de problemen bedacht. Dit leidde tot een aantal aanbevelingen naar de gemeenten in de sfeer van prioriteitstelling.

Stap 3

In de volgende fase is het woord aan de politiek. Op basis van het visiedeel van de conceptnotitie is in de opiniërende raad van 17 april gesproken over de gemeentelijke visie op Lokaal Gezondheidsbeleid, en over het verzamelde materiaal inclusief de keuzes van de aanwezigen tijdens de brainstormsessie. De raadsfracties bepaalden vervolgens hun beleidsprioriteiten die voor verdere uitwerking in aanmerking kwamen. De werkgroep van ambtenaren en GGD kreeg vervolgens opdracht om per gemeente het uitvoeringsdeel van de nota voor te bereiden.

Stap 4

In deze laatste fase is gewerkt aan de definitieve opstelling van de nota Lokaal Gezondheidsbeleid, waarin de aangegeven knelpunten en wensen uit het veld getoetst zijn aan de gestelde beleidsprioriteiten van de gemeenteraad. Op basis daarvan is gekozen voor een realistische invulling van het maatwerkgedeelte, waarbij rekening gehouden is met de beperkte financiële middelen van de gemeente.

Dilemma's

Gezondheidsbeleid impliceert het maken van keuzes. Dat is niet altijd gemakkelijk: enerzijds willen we als gemeente zoveel mogelijk voor de burgers doen, anderzijds zijn de mogelijkheden en de middelen beperkt. Dat betekent dat we systematisch zijn nagegaan:

- Of een aangedragen probleem wel echt een probleem is (vaak zijn er achterliggende oorzaken die het echte probleem vormen, en wij willen ons niet richten op symptoombestrijding)
- Of wij als gemeente wel mogelijkheden hebben om iets aan het probleem te doen - bijvoorbeeld of het een gemeentelijke verantwoordelijkheid betreft, en of er aansluiting bestaat op onze gemeentelijke visie of beleidskaders
- Of we (als beide andere vraagstellingen met 'ja' zijn beantwoord) wel kansen zien voor een efficiënte aanpak van het probleem: effectieve maatregelen, realiseerbaar tegen haalbare middelen.

In de bijlagen is een uitgebreide beschrijving (met voorbeelden) opgenomen van de werking van dit toetsingsmodel.

8. Thema's: Knelpunten en oplossingsrichtingen

Thema 1 Gezonde omgeving

Onder het thema 'gezonde omgeving' vinden we knelpunten op verschillende terreinen:

- a) samenstelling van de bevolking in de regio (b.v. sociaal-economisch, leeftijd);
- b) fysieke omgeving (hygiënezorg, milieu);
- c) voorzieningen gezondheidszorg.

De belangrijkste gedachtegang in dit thema is dat gezonde inwoners in een gezonde omgeving zorgen voor een gezonde buurt of een gezond dorp. De buurt/het dorp is de plek waar plaats is voor iedereen, ook voor mensen met een andere huidskleur of met een psychische, lichamelijke of sociale handicap. Niet in alle buurten/dorpen manifesteren zich dezelfde problemen in dezelfde mate. In een beperkt aantal buurten/dorpen is bovendien een opeenstapeling van problemen gesignaleerd. Het is van belang ons te richten op die plekken waar de problemen het grootst zijn en waar de meeste gezondheidswinst kan worden gehaald. Hierbij wordt rekening gehouden met specifieke problemen en karakteristieken van de omgeving.

Een gezonde buurt/een gezond dorp kan niet *alleen* door de gemeente gevormd worden, daarbij zijn alle spelers op die plekken van belang, waarbij *samen* de verantwoordelijkheid genomen wordt voor de gezondheid. Bij een gezonde woonomgeving zijn bewoners en gemeente verantwoordelijk. Hierbij gaat het om de verbetering van kwaliteit van het milieu in en om de woning, om een kritisch vergunningenbeleid en om een afwisselende en veilige ruimtelijke ordening met voldoende mogelijkheden voor het beleven van de eigen culturele waarden. Gezamenlijk streven wij naar een gezonde en leefbare omgeving.

Uit de inventarisatie en de discussies over dit thema komen de volgende knelpunten en oplossingsrichtingen naar voren:

Thema Gezonde Omgeving

Benoemde knelpunten

- gebrek aan samenhang in gemeentelijk beleid
- idem in het zorgaanbod
- bereikbaarheid voorzieningen
- gebrek aan kwalitatief goede speelvoorzieningen
- verdwijnen van voorzieningen uit de kernen

Aangegeven oplossingsrichtingen

- wonen, welzijn, zorg staat centraal
- leeftijdsbestendig bouwen zodat mensen langer in hun eigen woonomgeving kunnen blijven wonen; gemeenten anticiperen hierop in een vroeg stadium in hun structuur- en bestemmingsplannen
- goede bereikbaarheid van voorzieningen
- zorgen voor aanspreekpunten in de directe woonomgeving (zorgposten/steunstees), met daarin ook dienstverlenende mogelijkheden (pinnen etc)
- bewegingsaanbod zo dicht mogelijk naar de burger toebrengen met aandacht voor (bereikbaarheid van) bewegingsonderwijs
- meer voorzieningen voor bewegen inrichten waaronder speelvoorzieningen
- gemeente heeft een (gezondheidsbevorderende) stimulerende taak maar moet ook de eigen verantwoordelijkheid van mensen stimuleren
- gemeente moet meer samenhang in activiteiten aanbrengen
- bij voorkeur voorzieningen als sport, school, doelgroepen clusteren
- prioriteit leggen bij multifunctionele voorzieningen (bijv. brede school)
- gemeentelijke plannen (altijd) toetsen aan het Lokaal Gezondheidsbeleid!

Thema 2 Gezond gedrag

Veel gezondheidswinst is te behalen door gezonder gedrag van de burger. Versterking gezond gedrag is daarom één van de drie centrale thema's van het gezondheidsbeleid. Gedrag heeft een belangrijke invloed op iemands gezondheid. Maar gedrag, en zeker 'gevestigd' gedrag, is moeilijk beïnvloedbaar. Bij dit thema wordt daarom het accent gelegd op het aanleren van vaardigheden op jonge leeftijd, om later gezonde gedragskeuzes te kunnen maken. Daarnaast heeft de gemeente in de sfeer van regelgeving en handhaving mogelijkheden om risicogedrag in te perken.

Uit de inventarisatie en de discussies over dit thema komen de volgende knelpunten en oplossingsrichtingen naar voren:

Thema Gezond Gedrag

Benoemde knelpunten

- kindermishandeling: organisatie van signalering en verwijzing daadwerkelijke hulp
- huiselijk geweld: idem
- imago-probleem bij jongeren (roken; drank)
- bewegingsarmoede bij jeugd en jongeren
- informatieachterstand
- locaties consultatiebureaus

Aangegeven oplossingsrichting

- voorlichting aan doelgroepen
- bevordering zelfbeeld
- projecten ter stimulering beweging jonge kinderen
- samenwerking met sportverenigingen
- SOA-voorlichting in lespakketten
- locaties consultatiebureaus dichtbij de ouders

Thema 3 Kwetsbare burgers

Bij het eerste thema 'gezonde omgeving' is geconstateerd dat de samenstelling van de bevolking een aandachtspunt is. Binnen elke gemeenschap zijn (soms kleine) groepen burgers die meer dan algemene en reguliere aandacht behoeven: de kwetsbare burgers. De gemeente voelt zich - binnen haar mogelijkheden - verantwoordelijk voor het scheppen van voorwaarden waardoor ook voor deze groepen de doelstellingen van het Lokaal Gezondheidsbeleid kunnen worden nagestreefd. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is het activeren van de betreffende burgers in het zelf werken aan een betere gezondheid.

Uit de inventarisatie en de discussies over dit thema komen de volgende knelpunten en oplossingsrichtingen naar voren:

Thema Kwetsbare burgers

Benoemde knelpunten

- mensen met een verlaagd zelfbeeld als gevolg van hun sociaal-economische positie
- specifieke aandacht voor jongeren uit bovenstaande
- ouderen
- gehandicapten

Aangegeven oplossingsrichtingen

- cultuuromslag teweegbrengen bij de jeugd
- meer aandacht voor mantelzorgers
- uitbouw concept WWZ regie (in steunsteer)
- mondigheid van kwetsbare burgers naar de zorgaanbieders vergroten

Daarnaast ontvingen wij nog de volgende reacties op het gezondheidsprofiel van instellingen die niet aanwezig konden zijn op de conferentie:

Benoemde knelpunten:

- geen noodopvang (bad, bed, brood) c.q. noodhospitium bij gevallen van huisuitzetting
- door de tendens van steeds korter durende ziekenhuisopnames komen ontslagen patiënten vaker zorgbehoevender al weer thuis. Dit brengt een zwaardere belasting met zich mee voor de mantelzorg; in sommige gevallen is die mantelzorg er niet
- de invoering van het PGB heeft een negatieve kant: er is een groep mensen die voor een PGB kiest i.p.v. voor hulp in natura (aanlokkelijkheid van het geld) maar niet zelf in staat is op juiste wijze met het budget om te gaan. Op de vrije markt zijn veel aanbieders als PGB-beheerder die in feite niets anders zijn dan particuliere onderneminkjes die een personeelslid leveren. Wanneer door ziekte o.i.d. dit personeel wegvalt is er geen opvulling en wordt daadwerkelijke hulp dus niet meer aan de klant geleverd
- de casusgebonden netwerken in de regio (buurtnetwerken, signaleringsnetwerken, consultatieteams, Sociaal Maatschappelijk Strafrechtelijk-netwerk) krijgen steeds meer te maken met zwaardere multi-problematiek. De behandeling hiervan gaat de draagkracht en de taak van het netwerk te boven
- het wegvallen van steeds meer gezondheidsvoorzieningen (huisartsenpraktijken, consultatiebureaus) op het platteland

Aangegeven oplossingsrichtingen:

- verdere versterking van de zorg voor mantelzorgers
- voor gesignaleerde multi-problematiek (de zwaardere cases uit de signaleringsnetwerken) is het juist belangrijk dat er één regievoerder is. Het instellen van bv regio-casemanagers hiervoor zou een oplossing zijn, die volmacht hebben om directe lijnen met betrokken organisaties te onderhouden.
- het wegvallen van steeds meer gezondheidsvoorzieningen (huisartsenpraktijken, consultatiebureaus) op het platteland zou wellicht kunnen worden ondervangen door het inrichten van multifunctionele behandelkamers in multifunctionele centra (Steunsteepusmodel) verspreid door het verzorgingsgebied.
- Inrichten gecentraliseerd loket niet-commerciële PGB-consulenten

9. Inzet van de gemeente in de jaren 2003-2007

Op basis van de uitkomsten van de brain-storm bijeenkomst van 21 februari 2003 en van de discussie in de opiniërende raad van 17 april 2003 zijn wij van plan om in de vier jaar waarvoor dit beleidsplan van toepassing is de volgende inzet te plegen.

9.1 *Gezondheidsbeleid als integraal beleid*

Voordat wij hier aangeven wat de inzet van de gemeente Bellingwedde de komende jaren zal zijn willen wij voorop stellen dat de gemeente in dezen een integraal beleid zal voeren.

Wat verstaan wij onder integraal beleid?

Integraal beleid bestaat ons inziens uit twee componenten. Een *inhoudelijke* en een *organisatorische* component. De eerste component vloeit voort uit onze visie op maatschappelijke problemen en een dusdanige begripsbepaling daarvan, dat de kansen op succes optimaal zijn. Met andere woorden het probleem dient dusdanig te worden geanalyseerd en beschreven dat daarvoor een succesvolle oplossing kan worden gezocht. Het is hierbij de bedoeling, dat van de verschillende beleidssectoren een bijdrage wordt verwacht waarbij de centrumbeleidssector (de sector, waar het betreffende beleidsveld geconcentreerd is en de beleidsontwikkeling ook daadwerkelijk plaatsvindt) als coördinerende sector optreedt.

De tweede component behelst de organisatie van het beleid en de implementatie daarvan. In eerste instantie kan gedacht worden aan projectmatig werken per gekozen thema in het veld. Daarbij worden dan partijen bijeen geroepen, die elk vanuit hun eigen verantwoordelijkheid worden gevraagd hun eigen bijdrage te leveren. Opgemerkt moet daarbij worden, dat een project over het algemeen slechts een tijdelijke oplossing kan bieden. De waarde van het projectmatig aanpakken van de thema's ligt eerder in het experimentele karakter ervan: op deze wijze kan getoetst worden welke knelpunten en oplossingsrichtingen levensvatbaar zijn. Een meer permanente oplossing kan op basis daarvan dan gevonden worden door de organisatie van het beleid te herzien en de op te lossen problematiek als richtinggevend te beschouwen.

Gezondheidsbeleid is integraal beleid. Bijna elke beleidsontwikkeling binnen de gemeentelijke overheid heeft wel een gezondheidscomponent in zich. We zullen derhalve nagaan op welke beleidsterreinen we tevens de gezondheidscomponent kunnen versterken. Dit houdt in, dat we er naar zullen streven om bij alle bestuurlijke beslissingen de factor gezondheidswinst mee te wegen, dat gezondheidsrisico's zullen worden vermeden dan wel in voorkomende gevallen tot het minimum zullen worden beperkt.

Wij hopen tevens dat op deze wijze het gesignaleerde knelpunt van gebrek aan samenhang (zie Hoofdstuk 8, thema *Gezonde Omgeving*) in het gemeentelijk beleid bestreden zal worden.

9.2 *Prioriteitstelling binnen de drie thema's*

9.2.1 *Gezonde omgeving*

Als een van de grootste knelpunten wordt gezien het (in stand kunnen houden van het) voorzieningenniveau in de kleine kernen en de bereikbaarheid daarvan. Voorzieningen verdwijnen steeds meer uit de dorpen, worden gecentraliseerd en zowel de fysieke als ervaren bereikbaarheid wordt voor veel mensen groter. Met name denken we daarbij aan welzijns-, zorg- en onderwijsvoorzieningen (dorpshuis, school, thuiszorg, maatschappelijk werk) alsmede aan dienstverlening (winkel, bank, openbaar vervoer).

Gelukkig kent de gemeente Bellingwedde sinds een aantal jaren de infrastructuur van de Steunstee. Steunstee is een voorziening in de kleine kernen met een algemeen welzijnskarakter, toegankelijk voor iedereen, die tevens dienst doet als basis voor zorg en veiligheid. Doordat het Steunsteemodel zich op experimentele basis ontwikkeld heeft kent de gemeente Bellingwedde (nog) geen geformuleerd en door de gemeenteraad vastgesteld Woon Welzijn Zorg-beleid. Wel is zij, als bakermat van het Steunstee-model, uiteraard betrokken bij het regionale bureau "Wel Thuis", dat is opgericht om regionaal beleid op het gebied van wonen, welzijn en zorg (WWZ) te ontwikkelen en het Steunsteemodel in de regio te implementeren.

Om de voortgang van de ontwikkelingen te bewaken en te kunnen aansturen is een gemeentelijk netwerk georganiseerd van Woon-, Welzijns- Zorginstellingen en de gemeente.

De Steunstee dient tevens als uitvalsbasis voor het organiseren van velerlei activiteiten van en voor bewoners door vrijwilligers.

Het ligt voor de hand om de Woon Welzijn Zorg-ontwikkeling en de Steunstee als fysieke voorziening te benutten als aanspreekpunt voor de gezondheid van de burger in de directe woonomgeving. Met name in de nieuw te bouwen Steunsteeden (wooncomplex Bellingwolde Oost en multifunctionele accommodatie Blijham) doen zich concrete mogelijkheden voor. Hierbij wordt gedacht aan medegebruik door het AMW, jeugdzorg, verzorgingshuis De Blanckenbörg (zakelijke dienstverlening, voorlichting, Bewegen voor Ouderen) en de Ouder- en Kindzorg (consultatiebureau).

Ook kan elke Steunstee middels de WWZ-regie een rol spelen als loketfunctie voor indicatiestelling (RIO/WVG). Tevens kan gedacht worden aan het onderbrengen van diverse dienstverlenende functies (pinautomaat; bibliotheekboekendienst; medicijnophaaldienst). Het uitgangspunt van de Steunstee dienstverlening is tweeledig, te weten een haal- en brengfunctie: de burger moet halen wat hij of zij zelf kan halen in de Steunstee; daar waar hij of zij dat niet meer kan wordt het aan huis gebracht. Tenslotte zal vrijwilligersondersteuning een belangrijk speerpunt zijn in het Steunsteemodel.

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat wij de intentie hebben om alle Steunsteeden zoveel mogelijk te integreren in nieuwe kerngerichte plannen zoals bijvoorbeeld plannen voor multifunctionele accommodaties en/of brede school, zodat wellicht in de toekomst ruimte ontstaat om in dergelijke accommodaties multifunctionele behandelkamers (huisarts, fysiotherapeut, consultatiebureau) te gaan inrichten. In ons te ontwikkelen accommodatiebeleid zullen wij hier nader op in gaan.

Om al deze ontwikkelingen in te bedden in een samenhangend gemeentelijk beleid zal de gemeente Bellingwedde moeten overgaan tot het formuleren van een visie op deze Woon Welzijn Zorgontwikkelingen. Een belangrijk aandachtspunt dient daarbij te zijn de kwetsbaarheid van de huidige constructie, die deels gebaseerd is op gesubsidieerde arbeid.

Een ander knelpunt is het gebrek aan ruimtelijke, kwalitatief goede speelvoorzieningen voor de jeugd. Dit probleem is inmiddels integraal opgepakt in het kader van het lokaal sociaal beleid. In gezamenlijkheid met de Stichting Welzijn Bellingwedde en de dorpsraden is een dorpenronde gehouden om de knelpunten en behoeften te inventariseren. Dit zal dienen als basis voor een te ontwikkelen speelruimtebeleid. Aangezien dit onderwerp reeds onderdeel uitmaakt van het geformuleerde integraal jeugdbeleid en onze visie op het belang van spelen daarin gegeven is, (nota Samen op weg naar Samenhang p. 24-25), wordt het in het kader van deze notitie niet nader uitgewerkt.

9.2.2 Gezond gedrag

In het kader van het thema gezond gedrag en meer in het bijzonder betreffende het stimuleren van een gezonde leefstijl bij de bevolking wordt nadrukkelijk door zowel het veld als alle fracties van de raad aandacht gevraagd voor de jeugd en de rol van het onderwijs. Wij zijn met betrokken partijen en de raad van mening dat met name bij kinderen en jongeren gezondheidswinst valt te behalen door preventieve activiteiten en het stimuleren van bewegen. In de nota lokaal samenhangend jeugdbeleid "Samen op weg naar Samenhang" wordt in het hoofdstuk over de Jeugdgezondheidszorg (p. 25-27) reeds uitgebreid ingegaan op de regie die de gemeente heeft gekregen in de jeugdgezondheidszorg en de situatie in Bellingwedde. Als knelpunten worden daarin, kort samengevat, benoemd het gebruik van alcohol en drugs, opvoedingsproblematiek, overgewicht en bewegingsarmoede bij kinderen en jongeren.

Wij zien reden genoeg om er naar te streven om sport en bewegen meer deel te laten uitmaken van de belevingswereld van de jeugd. Wij hangen daarbij de stelling aan, dat sport en bewegen geen doel op zich is maar vooral een middel om sociale, communicatieve en culturele doelen te realiseren of hieraan verwante normen- en waardenproblematiek te kanaliseren. Verder zijn wij er van overtuigd dat sport en bewegen steeds meer gebruikt zal gaan worden om de gezondheid en de leefstijl van mensen positief te beïnvloeden en daarmee een positieve invloed zal hebben op het menselijk welbevinden.

We willen graag onder andere de school gebruiken als proeftuin voor de ontwikkeling van het sport- en vrijetijdsleven. Sport en bewegingsonderwijs zullen vooral op basisscholen een geïntegreerd onderdeel moeten worden van het totale programma. Sport en bewegen moeten nadrukkelijk binnen de leefstijl en leefcultuur van jonge kinderen worden geïntroduceerd. Sport en bewegen moet daarbij dienen als een doel en middel om gezondheid en sociale/communicatieve vaardigheden te ontwikkelen. In 2003 wordt gestart met twee breedtesportprojecten in de gemeente Bellingwedde. Een project betreft het Groningen Sport Model van het Huis voor de Sport, waarvoor wij een breedtesportproject starten met als pilot de Oosterschool en de buurt Bellingwolde Oost. Het andere project betreft het werken met WhoZNext-teams aangaande sportstimulering voor en door jongeren van 12-18 jaar, waarbij naast het Huis voor de Sport ook het jongerenwerk en de jongerenraad een rol vervullen. Uiteindelijk willen wij er naar streven dat ook op het gebied van gezond gedrag, bewegen en sport een doorgaande lijn ontstaat.

Voor wat betreft de Ouder- en Kindzorg zullen wij ons tot het uiterste inspannen deze zo dicht mogelijk bij de burgers te houden. Wij trachten de OKZ in de dorpen te behouden, waarbij wij creatieve oplossingen (bv middels Steunsteelokaties) zullen onderzoeken. Wanneer dit met de huidige aanbieder niet lukt zullen wij, zo mogelijk in regionaal verband, actief op de markt zoeken naar een andere aanbieder die een dergelijk aanbod dicht bij de burger wel heeft of kan ontwikkelen.

Wij streven een doorgaande lijn na in de gezondheidszorg van 0-19-jarigen; daarbij behoort ook een betere aansluiting van de OKZ bij het GOA-beleid. In ons GOA-beleidsplan is daarin voorzien. Om een goede sturing daarin te verkrijgen zal jaarlijks ook van de inhoudelijke beleidslijn terzake een evaluatie plaatsvinden. Het is voor de gemeente Bellingwedde geen logische zaak dat alle rijks gelden voor het maatwerkdeel Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in de toekomst automatisch worden doorgeleid naar de GGd. Binnen de kaders van het lokaal gezondheidsbeleid en het integraal jeugdbeleid zullen wij activiteiten voor maatwerk JGZ ontwikkelen die zo dicht mogelijk bij onze eigen jongeren staan.

Voorts komt als een van de knelpunten bij dit thema naar voren het alcohol- en drugsgebruik, met daarbij ook speciale aandacht voor jongeren. De gemeente Winschoten heeft in het voorjaar 2003 een onderzoek laten verrichten en een alcoholnota uitgebracht. Om op dit gebied, mede gezien ook de verwachte generaliseerbaarheid van een aantal gegevens en de gegevens uit het Gezondheidsprofiel Oldambt, niet het wiel opnieuw uit te vinden wordt gezocht naar aansluiting bij het in Winschoten ontwikkelde beleid. Dit houdt in dat wij de gegevens door Winschoten verzameld, in de komende tijd zullen toetsen op hun toepasbaarheid voor de gemeente Bellingwedde en in de komende periode zullen werken aan een alcoholnota die moet leiden tot een alcoholontmoedigingsbeleid voor de gemeente Bellingwedde.

Voor wat betreft het aandachtsveld jongeren zal in het kader van het gemeentelijk beleid Jeugd en Veiligheid (nota Om erger te voorkomen) een aantal activiteiten voortgezet of ontwikkeld worden (training Verantwoord Alcoholgebruik voor jeugdsozen, drugsvoorlichting, handhaving leeftijdsgrens alcoholgebruik in jeugdsozen). Het is ons bekend dat het Dollardcollege deel gaat nemen aan het project De Veilige en Gezonde School; wij zullen ons inspannen om te bereiken dat ook de locatie Bellingwolde daar in betrokken wordt.

§ 9.2.2 Kwetsbare groepen

In zijn algemeenheid wordt als knelpunt aangegeven de gezondheidstoestand van mensen met een verlaagd sociaal economische status.

Sociaal economische gezondheidsverschillen dienen in onze optiek extra aandacht te krijgen binnen het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Het probleem met betrekking tot deze gezondheidsverschillen is het feit, dat ze worden veroorzaakt door sociaal economische factoren, die niet binnen de gemeentelijke beleidsterreinen vallen. Naast het bestaande beleid waarbij wij ons inspannen om de sociaal economische positie van de zwakste groepen in onze gemeente te verbeteren - waarbij behoort dat wij maximaal gebruik zullen maken van de mogelijkheden die ons ten dienste staan om minimaal beleid ten gunste van de doelgroep te voeren - zullen wij bij ons gezondheidsbeleid en de uit te voeren activiteiten extra aandacht schenken aan deze doelgroep. Hierbij zal voor gezondheidspreventieve activiteiten voor kinderen in achterstandsituaties uiteraard een dwarsverband gelegd worden met het gemeentelijk GOA-beleid.

De gemeente Bellingwedde heeft met drie buurtnetwerken een gemeentedekkend signaleringsnetwerk op het gebied van achterstanden voor de jeugd van 0-12 jaar. In het kader van het gemeentelijk beleid Jeugd en Veiligheid wordt er gewerkt aan het oprichten van een dergelijk signaleringsnetwerk voor de leeftijdscategorie 12-23 jaar; deze zal voor eind 2003 operationeel zijn. Als een van de knelpunten wordt uit het veld aangegeven dat de casusgebonden netwerken in de regio (buurtnetwerken, signaleringsnetwerken, consultatieteams, Sociaal Maatschappelijk Strafrechtelijk-netwerk) steeds meer te maken krijgen met zwaardere multi-problematiek. De behandeling hiervan gaat de draagkracht en de taak van het netwerk te boven. In een aantal gevallen, waar soms huiselijk geweld en kindermishandeling deel van uitmaken, wordt de problematiek door de individuele instanties terugverwezen omdat een integrale benadering ontbreekt. Juist voor deze multi-problematiek is het belangrijk dat er één regievoerder is. Het instellen van bv regio-casemanagers hiervoor zou een oplossing zijn, die volmacht hebben om directe lijnen met betrokken organisaties te onderhouden. Wij zijn voornemens om, in navolging van de gemeente Winschoten, een convenant OGGz af te sluiten om de randvoorwaarden voor een dergelijke aanpak te scheppen. Indien alle Oldambtgemeenten dit doen, kan de bestaande multiproblematiek op regionaal niveau opgepakt worden.

Jongeren, ouderen en gehandicapten worden als aparte doelgroep benoemd.

In de eerste twee thema's is reeds aandacht besteed aan de jeugdgezondheidszorg. Ook is ingegaan op de functie van het Steunsteemodel. Hieronder gaan wij op de overblijvende knelpunten betreffende de andere doelgroepen in.

Ook aan ouderen wordt, als het gaat om bewegen, extra aandacht besteed. Zo wordt er in de kernen Bellingwolde en Wedde door de gymnastiekverenigingen in samenwerking met het Huis voor de Sport reeds enige jaren Galm-projecten gedraaid. Het ligt in de bedoeling deze projecten een structurele inbedding te geven in de breedtesport. Hier wordt in meerdere opzichten gewerkt aan het welzijn en welbevinden van de oudere burgers. Enerzijds wordt er gewerkt aan lichamelijke gezondheid, anderzijds wordt op deze wijze voorkomen, dat oudere burgers in een sociaal isolement komen te verkeren.

Daarnaast wordt er door De Blanckenbörg een aanbod Meer Bewegen voor Ouderen verzorgd. Er bestaan plannen een dergelijk bewegingsaanbod vanuit De Blanckenbörg extramuraal te verbreden naar de Steunstee-accommodaties. In eerste instantie zal een experiment opgezet worden in de nieuwe accommodatie in Bellingwolde-Oost.

De kwaliteit van het leven van mensen met een handicap en/of beperking verdient op deze plaats bijzondere aandacht.

De Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) legt aan de gemeenten de zorgplicht op om door middel van de verlening van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen het deelnemen aan het maatschappelijk verkeer voor gehandicapten en mensen met een beperking die in de gemeente woonachtig zijn mogelijk te maken. In het kader van het lokaal gezondheidsbeleid zal de gemeente in deze, daar waar mogelijk, een ruimhartig beleid voeren. Daarom zal de gemeente Bellingwedde nauwer gaan samen werken met de omliggende gemeenten Reiderland, Scheemda en Winschoten om zo een meer uniform en regionaal beleid te kunnen ontwikkelen. Hierbij zal nadrukkelijk aandacht besteed worden aan een volwaardige cliëntenparticipatie.

Voor wat betreft de integrale indicatie op het gebied van verpleging en verzorging subsidiëren wij reeds sinds enige jaren het Regionaal Indicatie Orgaan Oost welke is gesitueerd in Nieuwe Pekela (sinds 1 april CMZ, Centraal meldpunt Zorg Oost). Inmiddels hebben wij samen met de gemeenten Menterwolde, Pekela, Reiderland, Scheemda, Veendam en Winschoten tevens de Wvg-advisering ondergebracht bij het CMZ. Een totaal geïntegreerde indicatie - en adviesstelling vindt met ingang van 1 april 2003 daar plaats.

Wij vinden het belangrijk dat de burger zo dicht mogelijk bij huis terecht kan bij een loket hiervoor. Wij willen dan ook bewerkstelligen dat de lokale loketten voor RIO/WVG gekoppeld worden aan de Steunstee.

Tot slot dient hier nog vermeld te worden dat de gemeente Bellingwedde deelneemt aan het provinciaal project Sociale integratie van mensen met een handicap. Wij streven naar een goede inbedding van dit project in de activiteiten die Steunstee ontplooit op het gebied van mantelzorg en vrijwilligersondersteuning, zodat na afloop van het project de sociale integratie van mensen met een handicap blijvend bevorderd wordt middels het Woon Welzijn Zorg-beleid en de daarbijbehorende Steunstee-infrastructuur.

10. Financiën

In hoofdstuk 9 hebben wij onze ambities op het terrein van de volksgezondheid voor de komende periode neergelegd. Daarbij hebben wij zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij bestaande beleidsinitiatieven en geprobeerd de dwarsverbanden aan te geven. Dit heeft tot gevolg dat bij de uitvoering van de diverse activiteiten gebruik gemaakt kan worden van bestaande budgetten, geraamde kredieten of subsidies.

Zoals in de inleiding van deze nota reeds verwoord gaat het hier om een beleidsnota voor 4 jaar, waarin voor de gemeente voor het eerst een regierol is weggelegd. Omdat regie in het lokaal gezondheidsbeleid een nieuwe taak is, kunnen gaandeweg het traject nieuwe inzichten ontstaan en ontwikkelingen zich voordoen waarop ingespeeld moet worden. Daarom gaat het hier niet om een vastgelegd activiteitenplan maar om een beleidskader, waar activiteiten aan ontleend worden.

In eerste instantie gaan wij er daarom van uit dat ons lokaal gezondheidsbeleid gefinancierd kan worden uit de volgende bestaande financiële stromen:

financiering uit bestaande beleidskaders:		
<i>Plan van aanpak Jeugd en Veiligheid</i>	<i>gemeentebegroting</i>	<i>€ 52.550</i>
<i>GOA-beleidsplan 2002-2006</i>	<i>GOA/VVE-budget/schooljaar</i>	<i>€ 68.270</i>
<i>breedtesportimpuls eigen bijdrage</i>	<i>rijksbijdrage via Huis vd Sport</i>	<i>€ 8.500</i>
	<i>gemeentebegroting</i>	<i>€ 2.269</i>
<i>GALM-projecten</i>	<i>gemeentebegroting</i>	<i>€ 454</i>
<i>Steunsteef-(plus)functie</i>	<i>in budget Stichting Welzijn</i>	<i>€ 46.201</i>
	<i>eigen budget huisvesting</i>	<i>€ 11.345</i>
<i>Sociale integratie mensen met handicap</i>		<i>€ 1.815</i>
externe financieringsstromen op basis van (nieuwe) beleidsverplichtingen:		
<i>Jeugdgezondheidszorg</i>		<i>€ 166.812</i>
<i>Tijdelijke Stimuleringsuitkering Vrijwilligerswerk</i>		<i>€ 5.672</i>
<i>Gebiedsgericht beleid Zorg & Welzijn</i>		<i>p.m</i>
<i>POP sociale vitaliteit</i>		<i>p.m</i>
<i>Stimuleringsuitkering Algemeen Maatschappelijk Werk</i>		<i>€ 8.500</i>
gevraagde eigen financiële ruimte voor nieuw beleid:		<i>p.m.</i>

Besluitvormende raadsvergadering van 24 juni 2003, nr. b 6/2-1.

Vaststelling "Gezond Old in 't Ambt", nota Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Bellingwedde 2003-2007.

Aan

de raad.

Bij dezen bieden wij u de nota "Gezond Old in 't Ambt", nota Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Bellingwedde 2003-2007 ter vaststelling aan.

Landelijk is aan gemeenten de verplichting opgelegd om ingaande 1 juli 2003 eens per vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid uit te brengen. In de vier gemeenten Bellingwedde, Reiderland, Scheemda en Winschoten is in samenwerking met de GGd in gezamenlijkheid gewerkt aan het opstellen van een nota Lokaal gezondheidsbeleid, op basis van het Gezondheidsprofiel Oldambt 2002 opgesteld door de GGd. Het eerste gedeelte bestaat derhalve uit een gezamenlijke visie van de vier samenwerkende gemeentes (hoofdstuk 1-4), waarbij elke gemeente haar eigen bestaand beleid (hoofdstuk 5), uitgangspunten en doelstellingen (hoofdstuk 6) en werkwijze (hoofdstuk 7) heeft benoemd.

Vervolgens zijn de op de gezondheidsconferentie van 21 februari 2003 aangegeven knelpunten en de door betrokken partijen voorgestane oplossingsrichtingen (hoofdstuk 8) door uw raad opiniërend besproken op 17 april 2003. De door u gestelde prioriteiten en gedane suggesties zijn, voor zover realistisch (beïnvloedbaar door de gemeentelijke overheid) verwerkt in hoofdstuk 9, waar onze beleidskeuzes voor de komende periode verwoord zijn. Daarbij hebben wij zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij bestaande beleidsinitiatieven en geprobeerd de dwarsverbanden met bestaand gemeentelijk beleid aan te geven. Dit heeft tot gevolg dat bij de uitvoering van de diverse activiteiten gebruik gemaakt kan worden van bestaande budgetten, geraamde kredieten of subsidies (hoofdstuk 10).

Zoals in de inleiding van de nota verwoord gaat het hier om een beleidsnota voor 4 jaar, waarin voor de gemeente voor het eerst een regierol is weggelegd. Omdat regie in het lokaal gezondheidsbeleid een nieuwe taak is, kunnen gaandeweg het traject nieuwe inzichten ontstaan en ontwikkelingen zich voordoen waarop ingespeeld moet worden. Daarom gaat het hier niet om een onwrikbaar vastgelegd activiteitenplan maar om een beleidskader, waar activiteiten aan ontleend worden. Mochten genoemde nieuwe inzichten en ontwikkelingen met zich meebrengen dat wij gedurende de periode 2003-2007 nieuwe keuzes moeten maken met financiële gevolgen die niet door de bestaande budgetten gedekt kunnen worden, dan zullen wij dit uiteraard eerst aan u voorleggen.

In eerste instantie gaan wij er evenwel van uit dat het lokaal gezondheidsbeleid gefinancierd kan worden uit de bestaande budgetten.

Nr. b 6/2-2

de r a a d van de gemeente Bellingwedde;

gelezen het voorstel van het college van burgemeester en wethouders dd. 16 juni 2003,
nr. b 6/2-1;

b e s l u i t :

de nota Gezond Old in 't Ambt, nota lokaal gezondheidsbeleid Gemeente Bellingwedde,
vast te stellen.

Aldus besloten door de raad van de Gemeente Bellingwedde
in zijn openbare vergadering dd. 24 juni 2003.

De griffier,

De voorzitter,