



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

Bibliotheek

162137

Eemsmond gezond!

Nota lokaal gezondheidsbeleid
2004 - 2007

Vooraf

Gezondheid is het hoogste goed is een uitdrukking die veel mensen van harte zullen onderschrijven. En zo zijn er nog een groot aantal zegswijzen waarin de belangrijkheid van gezondheid wordt benadrukt. Kortom, gezondheid, zowel lichamelijk als geestelijk, is uitermate belangrijk voor de mens. Gezonde burgers zijn op hun beurt weer belangrijk voor de gemeente. Gezonde burgers maken namelijk een gezonde gemeente waar het aangenaam wonen is. De rol die de gemeente speelt op het gebied van de volksgezondheid is de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden. Om het gemeentelijk gezondheidsbeleid te versterken zijn gemeenten door het rijk verplicht vanaf juli 2003 een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen.

Om de gezondheid van hun inwoners te beschermen en te bevorderen, hebben de acht Noord-Groningse gemeenten Appingedam, Bedum, Delfzijl, Eemsum, Loppersum, De Marne, Ten Boer, en Winsum de handen ineengeslagen. Later heeft ook de gemeente Slochteren zich hierbij aangesloten. Onder de vlag van de Regioraad Noord-Groningen en in samenwerking met de GGD Groningen hebben bovengenoemde negen gemeenten samen gewerkt aan een gezamenlijke nota Lokaal Gezondheidsbeleid.

Voor u ligt de nota Eemsumd Gezond! Deze nota komt voort uit de gezamenlijke regionale nota¹ en is aangepast voor de lokale situatie in onze gemeente. Het is een tekst die landelijke, regionale en lokale kaders en uitgangspunten bij elkaar brengt, gezamenlijke en gemeentespecifieke gezondheidsgerelateerde knelpunten vermeldt en tevens de maatregelen die de gemeente Eemsumd, al dan niet gezamenlijk met buurgemeenten, hiervoor de komende vier jaar wil nemen.

Speciale aandacht verdienen de professionals, vrijwilligers en betrokken inwoners van de gemeente die in september 2003 aanwezig waren bij de expertmeeting die de gemeente in samenwerking met de GGD heeft georganiseerd om een overzicht te krijgen van de gezondheidsknelpunten in Eemsumd. Tijdens deze bijeenkomst hebben zij vanuit verschillende invalshoeken een overzicht gegeven van bestaande en mogelijke aanstaande situaties die zij als zorgelijk ervaren. Vanaf deze plaats willen wij alle aanwezigen nogmaals hartelijk bedanken; u heeft een waardevolle bijdrage aan deze nota geleverd!

¹ Verder is gebruik gemaakt van de nota's van de gemeenten Menterwolde, Groningen en Delfzijl

Leeswijzer

In de hoofdstukken 1 en 2 wordt de achtergrond en het wettelijk kader van de nota lokaal gezondheidsbeleid beschreven. U vindt hier een korte beschrijving van de Wet collectieve preventie gezondheidszorg (Wcpv) die gemeenten verplicht tot het opstellen van een nota lokaal gezondheidsbeleid. Ook wordt een kort overzicht gegeven van overige relevante wetgeving. De landelijke, achterliggende visie op gezondheid wordt toegelicht, de wettelijke taken en de relatie met de GGD.

In hoofdstuk 3 volgt een beschrijving van de gezondheidssituatie van de bewoners van Noord Groningen. Deze beschrijving is gebaseerd op het gezondheidsprofiel dat de GGD heeft opgesteld voor de inwoners van de gemeenten Eemsmond, De Marne, Winsum, Bedum, Loppersum, Ten Boer en Slochteren. Naast demografische gegevens wordt ook een overzicht gegeven van leefstijlfactoren, sociaal-economische status en maatschappelijke en omgevingsfactoren, alle in relatie tot gezondheid.

Momenteel gebeurt er ook al veel op het terrein van gezondheid, zowel binnen de gemeente als binnen de regio Noord Groningen. In hoofdstuk 4 wordt hiervan een overzicht gegeven en wordt ingegaan op de plek die gezondheid heeft binnen het lokaal sociaal beleid, de provinciale regiovisie Zorg in Samenhang, het OGGz-convenant en het raadsprogramma van de gemeente Eemsmond, resulterend in de uitgangspunten voor deze nota Eemsmond Gezond!

Hoofdstuk 5 geeft de specifieke knelpunten weer op het gebied van gezondheid in Eemsmond. Deze knelpunten zijn op verschillende wijze, in samenspraak met betrokkenen geïnventariseerd. De knelpunten zijn onder te brengen in drie thema's: gezonde dorpen, versterking gezond gedrag en kwetsbare groepen.

De opsomming van knelpunten heeft geleid tot de formulering van beleidsspeerpunten en beleidsdoelstellingen. Deze vindt u terug in hoofdstuk 6. Per beleidsdoelstelling is ook al een oplossingsrichting omschreven. Een en ander leidt tot het uitvoeringsplan lokaal gezondheidsbeleid in hoofdstuk 7.

Inhoudsopgave

Vooraf	3
Leeswijzer	4
Inhoudsopgave	5
Hoofdstuk 1 De achtergrond	6
1.1 Waaron Lokaal gezondheidsbeleid?	6
1.2 Visie op gezondheid	7
1.3 Visie op Lokaal Gezondheidsbeleid	8
Hoofdstuk 2 Landelijke kaders bij lokaal gezondheidsbeleid	10
2.1 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	10
2.2 Modernisering AWBZ en Wet Maatschappelijke Zorg	11
2.3 Overige wetten of autonoom beleid	12
2.4 Relatie met GGD	13
2.5 Landelijke prioriteiten	13
Hoofdstuk 3 Gezondheid in Noord-Groningen	15
3.1 Demografie	15
3.2 Sociaal economische status	15
3.3 Gezondheidstoestand	16
3.4 Gezondheidszorg	16
3.5 Leefwijze	16
3.6 Maatschappelijk milieu	17
3.7 Fysiek milieu	17
Hoofdstuk 4 Regionale en lokale kaders	18
4.1 Huidig regionaal beleid in Noord-Groningen	18
4.1.1 Lokaal sociaal beleid, sociale structuurschets en gebiedsgerichte aanpak	18
4.1.2 Regiovisie	18
4.1.3 Convenant Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz)	18
4.2 Gemeentelijke kaders en uitgangspunten	19
4.2.1 Raadsprogramma Eemsmond	19
4.2.2 Uitgangspunten en doelstellingen van de nota	19
Hoofdstuk 5 Knelpunten in Eemsmond	21
5.1 Regionale knelpunten	21
5.2 Gemeentespecifieke knelpunten	21
Hoofdstuk 6 Speerpunten van beleid, beleidsdoelstellingen en oplossingen	24
6.1 Speerpunt 1: Zorgdragen voor gezonde dorpen en wijken	24
6.2 Speerpunt 2: Versterken van gezond gedrag	26
6.3 Speerpunt 3: Speciale aandacht voor kwetsbare groepen	26
Hoofdstuk 7 Uitvoeringsprogramma	28
Hoofdstuk 8 Tot slot	31
Bijlage Lijst van afkortingen	32

Hoofdstuk 1 De achtergrond

1.1 Waarom Lokaal gezondheidsbeleid?

Mensen vinden gezondheid heel belangrijk in hun leven. Toch leven mensen lang niet altijd gezond en vaak weten ze ook niet waar de risico's schuilen. Bovendien zijn de risico's niet voor iedereen hetzelfde. Gezondheidsrisico's en gezondheidsproblemen zijn ongelijk over de bevolking verdeeld. Vandaar dat lokaal gezondheidsbeleid zo belangrijk is. Uit de gezondheidsenquête van de GGD uit 2002 blijkt dat Groningers gemiddeld ongezonder zijn dan inwoners van de rest van Nederland.

Het is bekend dat sociaal-economische factoren gerelateerd zijn aan gezondheid. Met name van sociaal-economische status (SES; de combinatie van opleiding en inkomen) is aangetoond dat deze de gezondheid beïnvloedt. Dit is vooral gekoppeld aan leefstijl: mensen met een lage sociaal-economische status roken meer, gebruiken meer alcohol en drugs, eten ongezonder en bewegen minder vergeleken met de hoge SES-groepen. In Groningen is de gemiddelde sociaal-economische status lager dan in de rest van Nederland. Daarom is het ook niet verbazingwekkend dat bovengenoemde leefstijlfactoren belangrijke gezondheidsbedreigende factoren zijn die een rol spelen in het dagelijks leven van relatief veel inwoners van de provincie. Naast de *leefstijl* kent ook de *leefomgeving* factoren gerelateerd aan gezondheid, zowel in het binnen- als in het buitenmilieu.

Gemeenten spelen een steeds belangrijkere rol op het terrein van de volksgezondheid. 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. Het Lemstra-rapport heeft vervolgens een reeks van ontwikkelingen in gang gezet:

- ① In het Platform Openbare Gezondheidszorg is de 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.
- ② Tevens is een **plan van aanpak voor de openbare gezondheidszorg** opgesteld. Het plan van aanpak bevat onder andere de volgende onderdelen:
 - invoering van de verplichting aan gemeenten om vanaf juli 2003 eens per vier jaar een nota gezondheidsbeleid uit te brengen;
 - eens per vier jaar het ontwerpen van een landelijke nota gezondheidsbeleid, te beginnen in 2002;
 - versterken van de gezondheidscomponent in het grotestedenbeleid;
 - stimuleren van gemeenten om het gemeentelijk gezondheidsbeleid te versterken.
- ③ 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.

Het doel van lokaal gezondheidsbeleid ligt voor de hand: het bevorderen van de gezondheid van de burgers. Gezondheid is echter een ruim begrip en (lokaal) gezondheidsbeleid dus net zo. Het 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. Niet alles kan opgepakt worden. Voor er echter keuzes gemaakt kunnen worden, zullen we eerst moeten kijken wat we verstaan onder gezondheid en lokaal gezondheidsbeleid.

1.2 Visie op gezondheid

Bij gezonde burgers gaat het niet om een ideale situatie van burgers die nooit ziek zijn en een samenleving waarin nooit iets mis is (zie definitie

Gezondheid (volgens WHO)
een toestand van volledig
lichamelijk, geestelijk en
sociaal welzijn en niet
alleen de afwezigheid van
ziekten en gebreken'.

gezondheid van de World Health Organisation (WHO)). 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

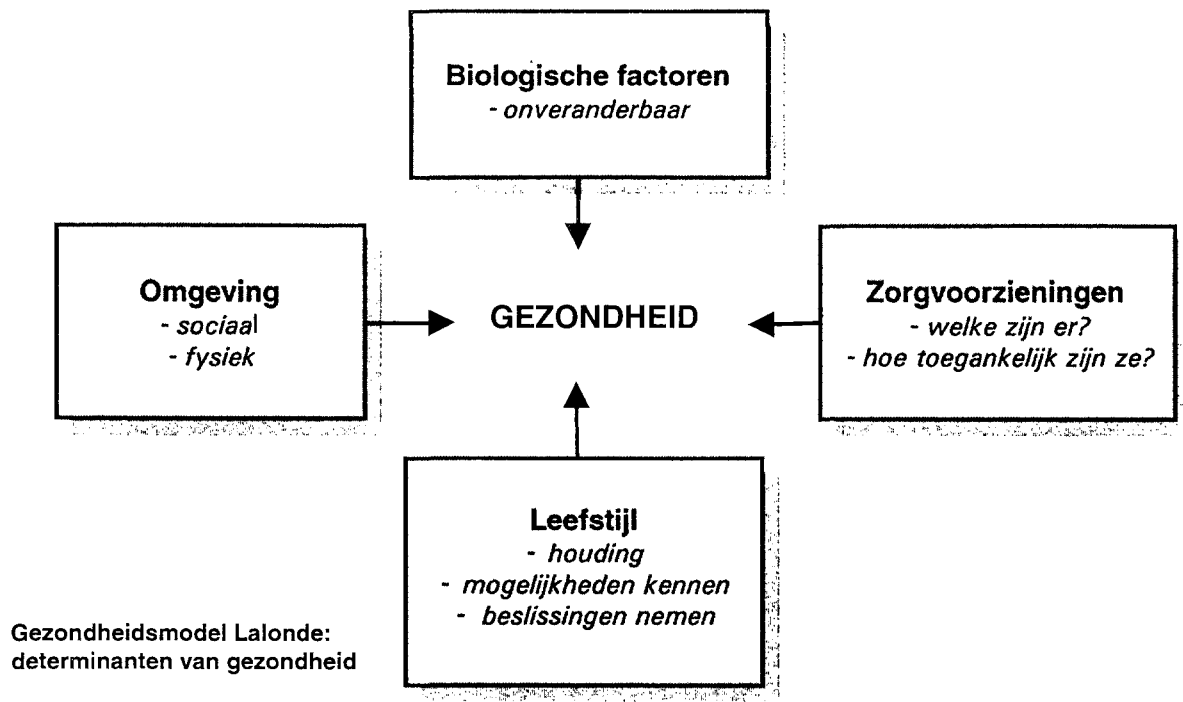
zichzelf best gezond voelen. Deze 'gezondheidsbeleving' wordt dan ook vaak als maat voor gezondheid genomen. Op bevolkingsniveau wordt de gezondheidstoestand echter gemeten op basis van levensverwachting en het vóórkomen van ziekte, ziekteverzuim en dergelijke. In de memorie van toelichting bij de Wijziging van de WCPV wordt gezondheidswinst opgevat als: verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven.

Bij het maken van beleid op het gebied van gezondheid is inzicht nodig in de manier waarop de gezondheid van mensen kan worden beïnvloed. Een handig hulpmiddel daarbij is het zogenaamde 'model van Lalonde' (zie onderstaande figuur). 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. omgeving: de fysieke en sociale omgeving, zoals woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid;
3. leefstijl: het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid;
4. gezondheidszorg: de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen.

Naast deze factoren uit het model van Lalonde is onder andere 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.

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.



1.3 Visie op Lokaal Gezondheidsbeleid

Gezondheid is niet alleen te beïnvloeden 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.

lokaal gezondheidsbeleid

de vorming en uitvoering van 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.

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

- De lokale gezondheidssituatie (zie hoofdstuk 4) 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.

Hoofdstuk 2 Landelijke kaders bij lokaal gezondheidsbeleid

Gemeenten hebben op grond van een groot aantal wetten een verantwoordelijkheid voor de gezondheid van hun burgers (zie kader pag. 8). Deels heeft de gemeente ook vrijheid in het vormgeven van haar beleid. Voor veel van de uit te voeren taken onderhoudt de gemeente een relatie met de GGD. Daarnaast komt ook het kabinet nog met landelijke prioriteiten.

collectieve preventie
bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking.

2.1 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

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. De WCPV bepaalt dat de gemeente onder andere 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.

Uit de WCPV vloeien de volgende taken voort:

Epidemiologie: het verzamelen en analyseren van gegevens omtrent de gezondheidssituatie van de bevolking;

Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg: deze kan de gemeente onder andere invullen door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties te betrekken bij het gemeentelijk gezondheidsbeleid en door preventie in te brengen in (regionale) zorgoverleggen;

Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen: een coördinerende en integrerende taak van de gemeente, met een adviestaak van de GGD (art. 5, lid 2), uitmondend in facetbeleid (dat wil zeggen: in de nota's van andere beleidsterreinen dan volksgezondheid worden maatregelen genomen die gezondheidsbevorderend zijn);

Gezondheidsbevordering: op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking preventieprogramma's uitvoeren; bijvoorbeeld gericht op gedragsverandering;

Bevolkingsonderzoeken: Het (laten) oproepen van de groepen vrouwen die in aanmerking komen voor deelname aan de onderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker;

Medische milieukunde: onderzoek, advisering en signalering op het terrein van milieu en gezondheid, bijvoorbeeld onderzoek van de kwaliteit van zwembadwater;

Technische hygiënezorg: hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeage- en piercingstudio's, grote evenementen, seks- en relaxhuizen en instellingen ressorterend onder de Wet op de jeugdhulpverlening;

Openbare geestelijke gezondheidszorg: directe hulpverlening (waaronder crisisinterventie, maatschappelijke opvang), preventie en zorg voor mensen met een verhoogd risico (onder andere signalering, screening en beleidsadvisering), verslavingszorg (inclusief vangnetfunctie), algemeen maatschappelijk werk (gedeeltelijk);

Infectieziektebestrijding: omvat onder andere onderzoek, bron- en contactopsporing en preventie (ook reizigersvaccinatie valt onder infectieziektebestrijding, maar vloeit niet uit de WCPV voort);

Zorg voor nul- tot negentienjarigen (jeugdgezondheidszorg): onder andere monitoring en signalering, gezondheidsvoorlichting (GVO), vaccinatie, screening, onderkenning van gezondheidsbedreigende factoren in sociale en fysieke omgeving en advisering hierover.

In 2002 is de WCPV geactualiseerd. De belangrijkste wijzigingen zijn:

- De herformulering van enkele gemeentelijke taken. Het gaat hierbij om modernisering en nadere concretisering van begrippen.

- De opdracht aan de gemeente om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. In deze nota moet de gemeente tenminste aangeven hoe zij de collectieve preventietaken uitvoert en ook hoe zij gestalte geeft aan het gemeentelijk facetbeleid en de samenwerking met andere partijen.
- De verankering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg en het onder gemeentelijke regie brengen van de hele jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar. Er is afgesproken dat 2003 een overgangsjaar is, waarin zowel de GGD als Thuiszorg Groningen de dienstverlening voortzetten op het bekende niveau. Over de definitieve invulling en financiering worden in de loop van 2003 afspraken gemaakt.
- De verplichting voor het Rijk, elke vier jaar bij nota landelijke prioriteiten vast te stellen op het gebied van de collectieve preventie.

2.2 Modernisering AWBZ en Wet Maatschappelijke Zorg

De overheid moet voor iedereen die rechtmatig in ons land verblijft de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning voor langdurig continu zorgbehoevenden waarborgen zodat die ook in geval van ziekte of gebrek een waardig (zo normaal mogelijk) leven kunnen leiden. Die verantwoordelijkheid uit zich in wet- en regelgeving, financiering, toezicht en communicatie en op lokaal in feitelijke dienstverlening. Of de overheid ook echt ingrijpt met maatregelen is afhankelijk van het verantwoordelijkheidsgevoel en de mogelijkheden die de burger zelf heeft om zich toegang te verschaffen tot de benodigde voorzieningen. De burger moet gestimuleerd worden zelf zijn dagelijks leven in te richten en zijn deelname aan de samenleving te organiseren. De regie over het huishouden, de persoonlijke verzorging, goed en gezond eten, de rekeningen op tijd betalen etcetera, berust primair bij de burger zelf. De overheidsverantwoordelijkheid eindigt in beginsel letterlijk bij de voordeur. In beginsel, omdat voor de kwaliteit van leven van mensen met beperkingen overheidsbemoeienis 'achter de voordeur' soms ook gerechtvaardigd is.

Uit de huidige praktijk van indicatiestelling blijkt dat het nemen van eigen verantwoordelijkheid en de vanzelfsprekendheid waarmee veel mensen elkaar helpen, vaker dan in het recente verleden wordt vervangen door - of gepaard gaat met - een beroep op de AWBZ. Dit gebeurt bijvoorbeeld door een persoonsgebonden budget aan te vragen voor huishoudelijke hulp die tot dan toe zelf geregeld werd. Een aanwijzing voor deze ontwikkeling is de explosieve stijging van het aantal uren huishoudelijke zorg.

Het voorafgaande overziende betekent dit voor de huidige AWBZ dat een aantal aanspraken primair tot de eigen verantwoordelijkheid moeten worden gerekend. Dat geldt vooral voor de aanspraken die op het ondersteunen van cliënten is gericht en niet zozeer op de aandoening of het gebrek zelf.

Het kabinet vindt dat de ondersteuning en zorg waarvoor burgers primair zelf verantwoordelijk zijn, maar waar een collectieve (vangnet)voorziening wel nodig is, het beste op lokaal niveau kan worden georganiseerd. De gemeente heeft, nog afgezien van de algemene verantwoordelijkheid voor het wel en wee van haar burgers, belangrijke bevoegdheden ten aanzien van ruimtelijke ordening, bouwen en wonen, lokaal vervoer, preventief gezondheidsbeleid, welzijn, sport, onderwijs, arbeid en sociale zaken. Mensen met beperkingen hebben in hun dagelijks leven met al deze disciplines te maken. Ook voor het realiseren van voldoende passend aanbod van voorzieningen zijn deze lokale terreinen van essentieel belang. Veelal is maatwerk nodig. De gemeente kan bij uitstek de integrale ketens van wonen, zorg en welzijn organiseren.

Dit betekent voor de burger een andere oriëntatie. Nu gaat de burger, wanneer hij of zij een vorm van maatschappelijke ondersteuning nodig heeft (vaak een arrangement van wonen zorg en welzijn) dikwijls direct naar de toegangspoort van de AWBZ: het Regionaal Indicatie Orgaan. Het RIO kijkt daarbij ook naar eventuele voorliggende voorzieningen. Bij de toekomstige verantwoordelijkheidsverdeling wil het kabinet dat burgers naar de eigen mogelijkheden kijken en zich dan - als men het zelf niet meer redt - richt tot de gemeente voor vormen van maatschappelijke ondersteuning en arrangementen van wonen, zorg en welzijn. Ook de cliëntondersteuning kan daar het best geregeld worden. Is het zo dat betrokkene ook zwaardere zorg nodig heeft waarop de AWBZ van toepassing is; dan staat natuurlijk de weg naar het RIO gewoon open. Hoewel de gemeente geen bevoegdheden heeft als het om de toegang of inkoop

van AWBZ zorg gaat, benadrukt deze volgorde veel sterker de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de kwaliteit van leven van mensen met beperkingen die gewoon in een eigen zelfstandige omgeving kunnen wonen. De zorg is maar één van de bouwstenen om daarbij te helpen en vaak niet eens de belangrijkste.

De AWBZ moet zich uiteindelijk richten (afgezien van de algemene preventieve zaken) op mensen met beperkingen die langdurig (naar verwachting langer dan een jaar dan wel de rest van het leven) continue zorg nodig hebben.

Dit kan zijn in:

- a. een 24-uurs beschermde omgeving, waarvoor het gehele pakket kan worden geïndiceerd;
- b. de thuissituatie en/of dagopvang, waarvoor de direct op de aandoening gerichte zaken als verpleging en (onderdelen van) verzorging en activerende begeleiding kunnen worden geïndiceerd.

In het tweede geval (onder b.) moet de gemeente zorgen voor eventuele aanvullende ondersteuning. Voorkomen moet worden dat door het uitblijven daarvan, mensen alsnog en onnodig voor a. geïndiceerd worden. Daarom wordt het indiceren voor een 24-uurs beschermende omgeving ('verblijf') streng worden geprotocolleerd om ongewenste verschuivingen (substituties) te voorkomen.

Het kabinet vindt het nodig dat de aanspreekbaarheid en verantwoordelijkheid van gemeenten om deze zogenoemde vangnetvoorzieningen op te zetten en de relatie met de verantwoordelijkheid van andere actoren duidelijk wordt vastgelegd. De gemeente is voor haar burgers integraal aan te spreken op deze verantwoordelijkheid. Er moet bij de gemeente ook één loket zijn dat iedereen weet te vinden. Daarom wil het kabinet een wettelijke grondslag voor een stelsel, waarin de huidige verantwoordelijkheid voor de Wet voorziening gehandicapten en de Welzijnswet alsmede de verantwoordelijkheid voor een vangnet voor de niet medisch georiënteerde zaken samenkomen.

Deze 'Wet maatschappelijke zorg' krijgt niet het karakter van individuele verzekerde aanspraken op lokaal niveau. De wet regelt wel wat burgers van hun gemeente mogen verwachten aan publieke ondersteunende voorzieningen voor de gevallen waarin de zelfredzaamheid tekort schiet. Tevens zal de wet de mogelijk verschillende rollen van de gemeente - als regievoerder, als aanbieder van ondersteunende diensten, als indicatiesteller - en de samenhang daartussen nader vastleggen. Daarbij komen tevens aan de orde: de samenhang met de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van verzekeraars in het verzekerde domein (de AWBZ). De gemeente beschikt in het toepassen van de wet over ruime bevoegdheden.

De gemeenten krijgen voor het uitvoeren van de wet financiële middelen overeenkomstig de taakverzwaring die het gevolg is van het verschuiven van taken uit de AWBZ. Kleine gemeenten kunnen een lokaal ondersteuningsbeleid wellicht niet altijd goed zelf uitvoeren. Toch vindt het kabinet dat zoveel mogelijk aangesloten moet worden bij het lokale schaalniveau. Voor kleinere gemeenten staan meerdere opties voor samenwerking open. Gemeenten moeten daar te zijner tijd zelf werkbare oplossingen vinden.

Momenteel worden inhoudelijke, financiële en bestuurlijke bouwstenen gemaakt en de gevolgen voor de AWBZ-aanspraken in kaart gebracht. Daarbij zal ook een internationale vergelijking worden gemaakt. Er vindt overleg plaats met verschillende partijen in het veld. Het kabinet hecht eraan dat deze herordening van verantwoordelijkheden op een uiterst zorgvuldige manier verloopt. In maart 2004 moeten de contouren van de beoogde nieuwe wet bekend zijn. Het streven is de nieuwe wet in 2006 in werking te laten treden

2.3 Overige wetten of autonoom beleid

Uit andere wetten of autonoom beleid van gemeenten vloeien als taken voort:

Vangnettaken: door de lokale overheid geïnitieerde en eventueel ook door haarzelf (via de GGD) uitgevoerde zorg voor specifieke groepen zoals verslaafden, dak- en thuislozen en illegalen; het grootste deel van deze taken valt overigens onder openbare geestelijke gezondheidszorg;

Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen: crisishulpverlening in situaties waarbij de openbare veiligheid in het geding is. De hulpverlening omvat het organiseren van en het leiding geven aan de geneeskundige hulpverlening bij een noodsituatie die de (lichamelijke of geestelijke) gezondheid van groepen burgers aantast of bedreigt;

Forensische geneeskunde: geneeskundige dienstverlening aan politie en justitie bij de uitvoering van de Wet op de Lijkbezorging en in het kader van opsporing en vervolging, zorg voor slachtoffers en arrestanten;

Indicatiestelling en advisering: de overheid is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidsvoorzieningen. Zij heeft directe bemoeienis met de verdeling en toewijzing van voorzieningen onder andere via sociaal-medische advisering, centrale indicatiestelling (RIO) voor thuis-, verpleeghuis-, verzorgingshuis- en gehandicaptenzorg.

In de provincie Groningen is de uitvoering van deze taken (zoals omschreven in 2.1 en 2.2) grotendeels ondergebracht bij de GGD Groningen.

Belangrijkste - dat is: voor de gemeente relevante- wetgeving

- | | |
|---|----------------------------------|
| - Grondwet | - Rampenwet |
| - Gemeentewet | - Wet op de lijkbezorging |
| - Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging | - Welzijnswet |
| - Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) | - Deconstructiewet |
| - WCPV | - Quarantainewet |
| - Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) | - Waterleidingwet |
| - Wet infectieziektebestrijding | - Wet ambulancevervoer |
| - Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen | - Kwaliteitswet zorginstellingen |
| - Wet bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen | |

2.4 Relatie met GGD

Vanaf januari 2004 wordt stapsgewijs een nieuwe systematiek ingevoerd, waarbij de gemeente zelf meer gaat bepalen welke producten van de GGD worden afgenomen. Er zijn zes basistaken geformuleerd: Infectieziektebestrijding, Jeugdgezondheidszorg, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Bevorderingstaken, Technische Hygiënezorg en Medische Milieukunde. Binnen deze basistaken worden productgroepen en producten onderscheiden.

Een basistaak bestaat uit een uniform en een maatwerk deel. Het uniforme deel is een vaststaand takenpakket dat verplicht moet worden uitgevoerd. Het takenpakket dat valt binnen het maatwerkdeel heeft ook een verplicht karakter maar gemeenten hebben hier de beleidsvrijheid om keuzes te maken over de wijze van uitvoering, bijvoorbeeld de keuze van de doelgroep. Het basistakenpakket wordt gefinancierd uit de (huidige) WCPV middelen.

Naast het basistakenpakket kan de gemeente bij de GGD zogenaamde 'plustaken' afnemen. Dit zijn diensten (bijvoorbeeld speciale projecten, extra onderzoek of vormen van ondersteuning) die de gemeente kan inzetten omdat de situatie daarom vraagt maar waarvoor zij geen wettelijke verplichting heeft. Hiervoor moet de gemeente apart, uit eigen middelen, betalen.

Met de GGD worden periodiek afspraken gemaakt over de invulling van het maatwerk- en plusdeel.

2.5 Landelijke prioriteiten

De centrale doelstellingen van de rijksoverheid zijn:

- het verlengen van gezonde levensjaren;
- het terugdringen van gezondheidsverschillen.

Het preventiebeleid van het kabinet is weergegeven in de nota *Langer Gezond Leven; Ook een kwestie van gezond gedrag*. Deze nota is in oktober 2003 voorgelegd aan de Tweede Kamer. In de nota preventiebeleid worden drie actiethema's geformuleerd: roken, overgewicht en diabetes.

Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan psychische klachten en alcoholverslaving. Het zwaartepunt van de nota wordt verwoord in de volgende omschrijving:

Onze gezondheid wordt steeds weer bedreigd: vooral door ons eigen ongezond gedrag en soms ook door externe factoren. Die ontwikkeling moet gekeerd worden.

Hieruit blijkt dat gezond gedrag in de eerste plaats wordt gezien als een zaak van burgers zelf. Daarnaast moeten en kunnen ook andere partijen de burger ondersteunen bij het maken van gezonde keuzes. Samen met onder andere gemeenten, scholen, werkgevers en de zorgsector wil het kabinet daar de komende jaren werk van maken. Het terugdringen van gezondheidsverschillen wordt in de nota uitgewerkt in een implementatieprogramma Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).

In de nota preventiebeleid worden gemeenten een belangrijke rol toegedicht bij het afstemmen van preventie, curatieve gezondheidszorg en verpleging en verzorging op lokaal niveau. Zij moeten de toegankelijkheid van de zorg en het samenwerken van partijen stimuleren en mogelijk maken. Dit kan door een actief spreidings- en vestigingsbeleid voor voorzieningen te voeren en door zorgverzekeraars aan te spreken op hun zorgplicht voor specifieke lokale behoeften. In het voorjaar van 2004 zal de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een advies geven over de verantwoordelijkheid van gemeenten bij het afstemmen van preventie, genezing en verpleging en verzorging op lokaal niveau.

Net zoals de gezondheidssituatie van de Nederlandse burgers gebruikt wordt als input voor de landelijke nota dient de lokale gezondheidssituatie als leidraad voor de lokale nota gezondheidsbeleid. In het volgende hoofdstuk wordt de gezondheid in Noord-Groningen beschreven.

Hoofdstuk 3 Gezondheid in Noord-Groningen

In dit hoofdstuk wordt een beeld gegeven van de gezondheidssituatie van de Noord-Groningse bevolking en wel van het westelijke deel, dat behalve Eemsum ook de gemeenten De Marne, Winsum, Loppersum, Bedum, Ten Boer en Slochteren omvat. Het geschetste beeld is een korte samenvatting van het GGD Gezondheidsprofiel 2002 dat voor deze zeven gemeenten is opgesteld. De nadruk ligt op de opvallende punten uit het profiel. Waar mogelijk worden de gegevens genoemd die specifiek voor de gemeente Eemsum gelden. Voor een volledige en meer gedetailleerde weergave wordt verwezen naar het profiel zelf: www.ggdgroningen.nl.

3.1 Demografie

Mede door een goede gezondheidszorg, toenemende welvaart en verbetering van hygiënische omstandigheden worden inwoners van Nederland steeds ouder. Er komen meer ouderen terwijl vrouwen gemiddeld minder kinderen krijgen. Door de jaren heen heeft dit geleid tot een toename van de demografische druk². Een hoge demografische druk betekent dat er relatief weinig personen in de 'productieve' leeftijdsgroep zijn.

De gemiddelde leeftijd van de bevolking van de regio Noord-West Groningen is lager dan het landelijk en provinciale gemiddelde. Van de bevolking van Nederland, provincie Groningen en de regio Noord-West Groningen waren er in het jaar 2000 respectievelijk 13,6%, 14,5% en 13,3% personen van 65 jaar en ouder. Per gemeente is het aandeel 65-plussers als volgt: Bedum 11,9%, Ten Boer 11,7%, Eemsum 15,0%, Loppersum 13,1%, De Marne 15,3%, Slochteren 13,2% en Winsum 12,2%. Ten Boer is de jongste en De Marne is de meest vergrijsde gemeente binnen de regio. Eemsum volgt daar vlak op. Gezondheid, ziekte en sterfte zijn sterk gerelateerd aan de leeftijdsopbouw van een gemeente en dat betekent dat de zorgbehoefte iets hoger is in De Marne en in Eemsum. In alle gemeenten in de regio Noord-West Groningen is de demografische druk hoger dan het provinciale en landelijk gemiddelde. Dit komt door een relatief hoog aantal kinderen (0-19 jaar).

3.2 Sociaal economische status

De sociaal-economische status (SES) van mensen wordt bepaald door hun positie in de maatschappij. Verschillen in SES zijn van invloed op de gezondheid. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat groepen met een lage SES, vergeleken met die met een hoge SES, minder gezond leven (dat wil zeggen: meer risicogedrag vertonen), zich zieker voelen, meer functiestoornissen hebben, meer chronische ziektes hebben en een slechtere kwaliteit van leven en daardoor ook een hogere medische consumptie hebben. In gezondheidsonderzoek wordt de SES veelal bepaald aan de hand van het opleidingsniveau van de ondervraagde personen.

Het opleidingsniveau van de inwoners van Noord-West Groningen is gemiddeld iets hoger dan het landelijk gemiddelde en vergelijkbaar met het provinciale gemiddelde. In de regio is het percentage werklozen lager dan het provinciale gemiddelde. Echter, binnen de regio is zowel het percentage werklozen als het percentage WAO-ers in de gemeente Eemsum het hoogst (respectievelijk 11.4 en 11.0 procent).

Het besteedbaar inkomen in de meeste gemeenten in Noord-West Groningen is iets lager dan het provinciale gemiddelde (€ 9500,- per persoon per jaar), en overal lager dan het landelijk gemiddelde: € 10.400,- per persoon per jaar). Dit geldt in ieder geval voor het besteedbaar inkomen in Eemsum (€ 8900,- per persoon per jaar). Alhoewel de sociaal-economische status dus niet op gemeenteniveau is bepaald doet de combinatie van bovenstaande gegevens

² Dit is een maat voor de verhouding tussen het aantal personen in de zogenoemde 'productieve' (20-64 jaar) en de 'niet-productieve' leeftijdsgroep (jonger dan 20 jaar en ook 65 jaar en ouder).

vermoeden dat de sociaal-economische status in de gemeente Eemmond lager is dan in de omliggende gemeenten.

3.3 Gezondheidstoestand

De gezondheidstoestand van de bevolking kan beschreven worden met verschillende indicatoren. Op macroniveau kan dat aan de hand van gegevens over sterftcijfers en levensduur. Op meso-niveau kan dat aan de hand van gegevens over functiestoornissen, ervaren gezondheid, gebruik van de gezondheidszorg en medicijnen op basis van onderzoeksgegevens op groepsniveau (gezondheidsenquête, productiecijfers zorginstellingen, etc).

De gemiddelde levensverwachting in de regio Noord-West Groningen is iets hoger dan het landelijk gemiddelde. Het voor leeftijd gecorrigeerde sterftcijfer is iets lager. Ondanks de lagere sterfte overlijden hier verhoudingsgewijs veel personen aan coronaire hartziekten. Vooral de sterfte door hartinfarcten valt op.

Van de bevolking in Noord-West Groningen zegt 86% over een goede tot uitstekende gezondheid te beschikken. Dit percentage is hoger dan in de provincie Groningen (82%) en wordt zowel door leeftijd als SES verklaard. Het percentage personen met doorgemaakte ziekte wisselt per geslacht: uit de GGD Gezondheidsenquête blijkt dat 57% van de mannen en 71% van de vrouwen in Noord-West Groningen het afgelopen jaar één of meer ziekten of aandoeningen heeft gehad. Verder geeft 37% van de respondenten aan de afgelopen maand last te hebben gehad van één of meer psychische klachten, hetgeen vergelijkbaar is met provinciaal. In de leeftijdscategorie 20-34 jaar heeft reeds een kwart beperkingen bij zware inspanningen en een tiende bij minder zware inspanningen, wat hoger is dan de provinciale cijfers (respectievelijk 21% en 7%). Verder blijkt dat 75-plussers in Noord-West Groningen in vergelijking met provinciaal iets minder vaak last hebben van functiestoornissen.

3.4 Gezondheidszorg

In de gezondheidszorg wordt een onderscheid gemaakt in nulde lijn (preventieve onderzoeken veelal bij gezonde personen), eerste (huisarts, thuiszorg) en tweede lijn (ziekenhuis, verpleeghuis en categorale instellingen). Het gebruik van de eerste lijn is het hoogst, mede doordat het als voorportaal van de tweede lijn fungeert. Het gebruik van zorgvoorzieningen wordt in hoge mate bepaald door leeftijd en geslacht. Ouderen en vrouwen gebruiken meer zorgvoorzieningen. Ook de SES is een bepalende factor in het gebruik van deze voorzieningen.

In Noord-West Groningen is de medische consumptie (huisartsbezoek, ziekenhuisopnames, medicijngebruik) vergelijkbaar met de rest van de provincie, evenals het aantal ziektes en aandoeningen in de bevolking. Over het algemeen is de bevolking redelijk tevreden over de dienstverlening van medische hulpverleners.

In de provincie Groningen zijn gemiddeld 3 personen per 1000 inwoners in contact met de verslavingszorg, onder wie relatief erg weinig inwoners van Noord-West Groningen.

3.5 Leefwijze

Gedrag is een belangrijke voorspeller van gezondheid en ziekte in de toekomst. Grote groepen in de bevolking vertonen één of meer van de volgende gedragskenmerken: roken, excessief alcoholgebruik, gebrek aan lichaamsbeweging, geringe consumptie van groente en fruit en overgewicht. Met name een combinatie van deze risicofactoren verhoogt de kans op het ontstaan van ziekte. De bevolking is – door kennisgebrek - zich soms onvoldoende bewust van de gezondheidsrisico's die kleven aan haar manier van leven. Door doelmatig preventief beleid kan gezondheidswinst gerealiseerd worden.

In De Marne, Winsum, Eemsmond, Loppersum, Bedum, Ten Boer en Slochteren is rookgedrag een substantieel volksgezondheidsprobleem: onder personen van middelbare leeftijd zijn veel rokers, hoewel er relatief minder zware rokers zijn.

Onder personen van 20 jaar en ouder zijn verhoudingsgewijs iets meer alcoholgebruikers dan provinciaal, van wie bij 7% sprake is van (zeer) excessief alcoholgebruik, tegenover 8% in de provincie Groningen. In de regio zegt 12 procent van de leerlingen van het basisonderwijs wel eens alcohol te drinken.

Het softdrugsgebruik is relatief laag onder zowel jongeren als ouderen.

Het lichaamsgewicht is (vooral bij personen 45-64 jaar) aan de hoge kant. Ook bij leerlingen in het basis- en voortgezet onderwijs is er al bij ongeveer 15% van de leerlingen sprake van overgewicht. De helft van de bevolking beweegt te weinig. Wat betreft de voeding is de inname van groente, vis en fruit lager dan volgens de landelijke richtlijnen als wenselijk wordt geacht.

Onder de bevolking is gezondheidsinformatie gewenst over bewegen, voeding, stoppen met roken en de gevolgen van passief roken. Bij mensen ouder dan 65 jaar bestaat de meeste belangstelling voor gezonde voeding.

3.6 Maatschappelijk milieu

Sociale contacten en eenzaamheid zijn belangrijke determinanten van (met name geestelijke) gezondheid en welzijn. Het aantal sociale contacten is van belang voor de mate van welzijn. Daarnaast draagt het vaak hebben van sociale contacten in hoge mate bij aan het tot stand komen van mantelzorg. Eenzaamheid komt onder ouderen meer voor.

Van de bevolking in de regio Noord-West Groningen heeft 71% frequent contact met de burens, terwijl het provinciale percentage 66% is. Frequent contact met vrienden en familie komt overeen met de provinciale cijfers. 64% is lid van één of meer maatschappelijke verenigingen, hetgeen hoger is dan het provinciale percentage (58%).

Van de bevolking in de regio Noord-West heeft een kwart last van eenzaamheid vergeleken met 27% in de provincie Groningen. Vergeleken met de provincie zijn er veel eenzame ouderen. Net als in de provincie verleent ongeveer vier vijfde van de bevolking in de regio Noord-West één of andere vorm van mantelzorg. Van de ouderen (veelal alleenstaand) in deze regio die behoefte hebben aan mantelzorg ontvangt 14% die niet, terwijl de bereidheid om desgevraagd kosteloos anderen te helpen er bij twee vijfde van de bevolking wel is: vraag en aanbod bereiken elkaar niet in dit geval. Daarnaast is de kennis van voorzieningen onder ouderen slecht.

3.7 Fysiek milieu

De leefomgeving heeft grote invloed op de gezondheid, zowel rechtstreeks als via de beleving. Belangrijke factoren zijn o.a. luchtverontreiniging, veiligheid, geur, geluid en binnenmilieu. Gemeenten zijn medeverantwoordelijk voor het inrichten van de leefomgeving met bedrijven, wegen, woningen, scholen, speelterreinen en recreatiegebieden. Het gaat daarbij om ruimtelijke planning, openbare werken, verlening van milieu- en bouwvergunningen en de handhaving daarvan.

Een ruime meerderheid van de bevolking in de regio Noord-West is tevreden over het leefklimaat van hun woonbuurt en woning en het overgrote deel voelt zich veilig in eigen woonbuurt. Ontevreden is men over katten- en hondenpoep: meer dan de helft van de bevolking heeft er hinder van.

Inwoners van de regio Noord-West Groningen zouden graag zien dat de gemeente de volgende problemen met voorrang aanpakt (in volgorde van belangrijkheid): verkeersoverlast en parkeerproblemen, uitwerpselen huisdieren, onderhoud groenvoorzieningen, rommel op straat en onvoldoende voorzieningen jeugd.

Hoofdstuk 4 Regionale en lokale kaders

4.1 Huidig regionaal beleid in Noord-Groningen

In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen geschetst die actueel zijn in het Groningse regionale gezondheidsbeleid, al dan niet voortvloeiend uit landelijk beleid. Alleen die ontwikkelingen die relevant zijn voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid, zijn vermeld. Het gaat hierbij om lokaal sociaal beleid, de sociale structuurschets en de gebiedsgerichte aanpak voor Noord Groningen en de samenhang daartussen, regiovisies en provinciale convenanten. Tot slot worden lokale kaders en uitgangspunten geschetst.

4.1.1 Lokaal sociaal beleid, sociale structuurschets en gebiedsgerichte aanpak

Het lokaal gezondheidsbeleid heeft vele raakvlakken met lokaal sociaal beleid, hetgeen gezien kan worden als paraplu boven het gezondheidsbeleid. Lokaal sociaal beleid stelt doelstellingen op het gebied van sociale structuur en voorzieningen. Deze vorm van beleid wordt ontwikkeld door de provincie en de gemeenten. In opdracht van deze partijen heeft het Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling (CMO, voorheen POZW) met een rapport³ de basis gelegd voor een beschrijving van de sociale structuur van de regio Noord Groningen. Naast cijfers over demografie, werkloosheid en voorzieningen, geeft dit rapport aan op welke punten in de regio beleid nodig is om de sociale structuur te versterken. Vier thema's zijn benoemd als beleidsprioriteit:

1. Ondersteuning mantelzorg
2. Ontwikkeling steunpunten/steunstees
3. Participatie risicogroepen
4. Professionalisering peuterspeelzalen

Binnen het programma wordt een gerichte aanpak voor Noord-Groningen voorgesteld.

4.1.2 Regiovisie

De provincie heeft een integrale regiovisie opgesteld voor ouderenbeleid, gehandicaptenbeleid en de GGz: *Zorg in Samenhang (2003 - 2007)*. In de regiovisie wordt het recht op zelfbeschikking en het volwaardig burgerschap van mensen met een beperking of handicap centraal gesteld. Het betekent in de praktijk dat deze mensen zoveel mogelijk in staat worden gesteld:

- De regie over hun leven in handen te hebben of te houden (*zelfbeschikking en privacy*);
- Hun kracht, vaardigheden en competenties te benutten (*emancipatie en empowerment*);
- Volwaardig deel te nemen aan de samenleving, opgeacht of men wel of niet zelfstandig woont (*integratie en participatie*);
- Eigen keuzes te maken op terrein van wonen, welzijn en zorg (*keuzevrijheid*).

De uitvoering van de regiovisie in de komende periode zal vooral plaats moeten vinden op basis van samenwerking en afspraken tussen partijen. Daarbij ligt een sterk accent op de samenwerking op lokaal niveau. Hierbij wordt ervoor gepleit dat gemeenten de regie of de coördinatie van de beleidsontwikkeling en -uitvoering op het terrein van wonen, welzijn en zorg ter hand nemen.

4.1.3 Convenant Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz)

Alle 25 Groningse gemeenten hebben een convenant ondertekend, waarin zij zichzelf verplichten een lokaal OGGz-beleid te formuleren en een samenwerkingsverband te vormen met 'partijen' die

³ POZW (2001) "Kengetallen voor Lokaal Sociaal Beleid Noord Groningen 2001"

een rol kunnen spelen bij de aanpak van OGGz-problematiek⁴. Belangrijke partijen zijn onder meer de GGz, het algemeen maatschappelijk werk, de verslavingszorg, de GGD, de politie en woningcorporaties.

De OGGz is gericht op zogeheten zorgmijders. Het gaat daarbij om sociaal kwetsbare mensen. Hun problemen komen naar buiten, omdat zij zich openlijk onaangepast gedragen en hun omgeving overlast bezorgen. Maar er kan ook sprake zijn van stille problematiek, die (vrijwel) alleen achter de voordeur zichtbaar is. Er is meestal sprake van een combinatie van problemen. Daarom is samenwerking van hulpverleners en andere instanties voorwaarde voor een zinvolle aanpak. Samenwerking bevordert bovendien vroegtijdige signalering. Als die vervolgens leidt tot snelle interventie, wordt de schade voor betrokkene en zijn omgeving beperkt. Er hoeft dan minder vaak te worden gegrepen naar vergaande maatregelen als huisuitzetting of opname in een voorziening.

De gemeenten in Noord-Groningen hebben hun handtekening onder het OGGz-convenant onderstreept door dit beleidsthema ook aan de orde te stellen in het kader van hun lokaal sociaal beleid⁵. Hiermee wordt aangegeven dat er bij OGGz niet alleen sprake is van mensen met problemen, maar ook van een samenleving die daarvan hinder ondervindt of ermee begaan is. Voor die samenleving – dat wil zeggen de inwoners – is het belangrijk dat zij overlast, vervuiling en (huiselijk) geweld ergens kan melden en dat vervolgens effectieve actie wordt ondernomen. Door het bieden van een mogelijkheid om signalen te melden maken gemeenten gebruik van de betrokkenheid van hun burgers om te voorkomen dat OGGz-problematiek verder uit de hand loopt. Uit onderzoek dat in opdracht van de gemeenten en de provincie is uitgevoerd blijkt dat zeker inwoners die als noaber of vrijwilliger in aanraking komen met kwetsbare inwoners behoefte hebben aan een punt waar ze hun signalen kunnen afgeven⁶.

Een goed functionerende OGGz draagt bij aan doelstellingen die gemeenten op andere beleidsterreinen nastreven. Andersom kunnen initiatieven op andere beleidsterreinen OGGz-problematiek voorkomen of helpen oplossen. In het kader van openbare orde, welzijn en volksgezondheid is het wenselijk dat overlast, vervuiling en (huiselijk) geweld in een zo vroeg mogelijk stadium worden gesignaleerd en aangepakt. Voorkoming van sociaal isolement en bevordering van participatie zijn doelstellingen van lokaal sociaal beleid en sociale activering. Daarmee wordt in preventieve zin bijgedragen aan OGGz.

4.2 Gemeentelijke kaders en uitgangspunten

4.2.1 Raadsprogramma Eemsmond

In het raadsprogramma van de gemeente Eemsmond staat onder de noemer Gezondheid en milieu (programma 8) het speerpunt voor de huidige raadsperiode geformuleerd, het zwerfvuil- en hondenpoepbeleid.

Echter, bij de overige programma's worden ook maatregelen genoemd die betrekking hebben op gezondheid. Zo moet de invoering van het mobiliteitsplan (programma 3, verkeer en vervoer) leiden tot een vergroting van de leefbaarheid en een toename van de verkeersveiligheid.

4.2.2 Uitgangspunten en doelstellingen van de nota

Uitgangspunten

Uitgaande van de eerder omschreven visie op gezondheid, op lokaal gezondheidsbeleid, de landelijke 'agenda' van de openbare gezondheidszorg en rekening houdend met de beïnvloedingsmogelijkheden van gemeenten op het gebied van gezondheid hanteert de regio Noord-Groningen de volgende uitgangspunten voor haar gezondheidsbeleid:

⁴ *Convenant voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg in de provincie Groningen*, oktober 2001

⁵ NI. in het onderdeel 'participatie risicogroepen'. (Zie ook 4.1.1.).

⁶ *Vergroting van sociale participatie van risicogroepen – inventarisatie van activiteiten in Noord-Groningen*, Bureau Berghuis, Zuidwolde/Groningen, juli 2002. In dit rapport wordt onder meer geconcludeerd dat maatschappelijke organisaties meer problemen op het gebied van sociaal isolement aantreffen dan de gemeenten (p. 32).

1 Optimale kansen op gezondheid voor iedereen

Het is de taak van de gemeente om ervoor te zorgen dat alle burgers optimale kansen op gezondheid hebben. Het belangrijkste aangrijpingspunt voor gemeenten in het gezondheidsbeleid is preventie. Een andere taak voor de gemeente is het bevorderen dat zorgvoorzieningen voor iedereen beschikbaar en bereikbaar zijn en dat er een goede onderlinge samenhang tussen voorzieningen is.

Tenslotte heeft de gemeente de taak een vangnet te bieden voor diegenen die om enigerlei reden geen gebruik (kunnen) maken van de reguliere voorzieningen.

Het bieden van optimale kansen op gezondheid voor iedereen betekent niet dat de overheid verantwoordelijk is voor het ontstaan van gezondheidsproblemen. Iedere individuele burger heeft een eigen verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid; de overheid schept voorwaarden om het maken van zelfstandige keuzes van burgers in dat proces mogelijk te maken.

2 Verkleinen van gezondheidsverschillen

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

3 Regionale aanpak

Als bepaalde gezondheidsproblemen in meerdere gemeenten van het samenwerkingsverband Noord-Groningen voorkomen, wordt een gezamenlijke aanpak nagestreefd.

Doelstellingen

1. Deze nota geeft inzicht in de visie van de Noord-Groningse gemeenten in het algemeen en die van Eemshaven in het bijzonder op de collectieve preventie en het gezondheidsbeleid. De nota geeft daarnaast ook de visie weer van de gemeenten en de GGD Groningen omtrent de taken en het beleid van de GGD.
2. De nota schept een samenhangend kader voor al het beleid (bestaand en nieuw) waarbij gezondheidsaspecten en collectieve preventie een rol spelen. De aandachtsgebieden van het gezondheidsbeleid voor de komende jaren worden aangegeven.
3. Een derde doelstelling is om volksgezondheid als belangrijk element binnen andere beleidsgebieden zoals ruimtelijke ordening, milieu, volkshuisvesting en veiligheid te introduceren. De nota moet duidelijk maken dat gezondheidsaspecten ook binnen deze beleidsgebieden een rol spelen en aandacht verdienen.
4. De vierde doelstelling is het in kaart brengen van de spreiding, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen in de Noordelijke regio en de afzonderlijke gemeenten.
5. Als vijfde is de nota een uitnodiging tot samenwerking en afstemming tussen de verschillende belangengroepen op het gebied van de volksgezondheid. Hierbij gaat het zowel om interne afstemming binnen de gemeente als om de externe afstemming tussen de gemeenten en andere belanghebbenden zoals burgers en hun belangenorganisaties, gezondheids- en welzijnsorganisaties en zorgverzekeraars. Deze nota moet een stimulans zijn om tot onderlinge samenwerking te komen. Op sommige gebieden zullen gemeenten de regierol op zich moeten nemen.

Hoofdstuk 5 Knelpunten in Eemsmond

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de knelpunten die voortvloeien uit de beschrijving van de (regionale) ontwikkelingen en trends op het terrein van gezondheidsbeleid zoals dat is beschreven in hoofdstuk 2, de knelpunten die voortkomen uit de gezondheidssituatie in Noord-Groningen (hoofdstuk 3) en de knelpunten die zijn genoemd door professionals, vrijwilligers en betrokken inwoners tijdens de expertmeeting in september 2003.

5.1 Regionale knelpunten

Uit een inventarisatie van knelpunten die zich in meer of mindere mate per gemeente voordoen zijn elf gezamenlijke punten naar voren gekomen waarop gezondheidswinst te behalen is. Deze punten kunnen overeenkomstig het eerder genoemde model van Lalonde geordend worden naar drie thema's, namelijk gezonde dorpen en wijken, versterking gezond gedrag en kwetsbare groepen.

Gezonde dorpen

1. Door het stijgende aantal ouderen neemt de druk op voorzieningen in de sfeer van zorg, wonen en welzijn voor deze groep toe;
2. Ouderen zijn onvoldoende geïnformeerd over de voorzieningen die er voor hen zijn met als gevolg dat ze er te weinig gebruik van maken;
3. De opvolging van artsen, fysiotherapeuten, tandartsen etc. is steeds vaker een probleem, met als gevolg dat voorzieningen in de toekomst dreigen te verdwijnen.

Versterking gezond gedrag

1. Roken is een substantieel gezondheidsprobleem en het voedingspatroon voldoet niet aan de landelijke richtlijn voor gezonde voeding;
2. Er is sprake van algemene bewegingsarmoede en veel inwoners hebben te kampen met overgewicht;
3. Onder personen van 20 jaar en ouder zijn verhoudingsgewijs iets meer alcoholgebruikers dan provinciaal, van wie bij 7 a 8 % sprake is van (zeer) excessief alcoholgebruik (vergelijkbaar met provinciaal). Het drugsgebruik lijkt iets lager te zijn dan provinciaal.

Kwetsbare groepen

1. Er is gebrek aan inzicht in kwetsbare groepen en mede daardoor zijn ze vaak moeilijk te bereiken;
2. Een deel van de ouderen is eenzaam en vraag en aanbod mantelzorg zouden beter op elkaar kunnen worden afgestemd;
3. Er is opeenstapeling van risicofactoren bij een deel van de (jonge) kinderen.

5.2 Gemeentespecifieke knelpunten

De hieronder genoemde knelpunten zijn als gemeentespecifiek aangemerkt, maar vallen soms (deels) samen met bovenstaande gezamenlijke knelpunten. De verzameling van deze knelpunten is via diverse kanalen tot stand gekomen: de gemeentelijke expertmeeting, de commissie bestuur van de gemeenteraad, sleutelfiguren uit de gemeente en onderzoek uitgevoerd in onze gemeente. De gemeentelijke knelpunten zijn zoveel mogelijk geordend volgens de drie thema's uit het model van Lalonde.

Gezonde dorpen

1. Het voorzieningenniveau in de dorpen.
 - In de bestuurscommissie GGD heeft een discussie plaatsgevonden over het gewenste voorzieningenniveau voor de ouder- en kindzorg. Dit naar aanleiding van het rapport 'geen stenen maar zorg' van thuiszorg Groningen. Op basis van dit rapport wordt voorgesteld het aantal consultatiebureaus in de provincie te verminderen. Voor Eemsmond zou dit betekenen dat alleen het consultatiebureau in Uithuizen open blijft. Uiteindelijk is in de bestuurscommissie vastgesteld dat gemeenten zeventien procent van de hen toegekende rijks gelden (RSU en TRV-gelden) inzetten voor huisvesting. De raad van de gemeente Eemsmond zet in op het behoud van alle vijf consultatiebureaus. De huisvesting van de huidige vijf consultatiebureaus moet wel worden aangepast aan de geldende kwaliteitscriteria. Deze stelt de gemeente in overleg met Thuiszorg Groningen vast.
 - De toegankelijkheid van voorzieningen wordt op verschillende niveaus als een knelpunt ervaren. Het gaat hier enerzijds om de fysieke ontoegankelijkheid, zowel van de voorziening zelf als ook van de openbare ruimte. Dit is met name voor ouderen en mensen met een handicap een knelpunt. Anderzijds betreft het hier het ontbreken van voorzieningen, waardoor naar plaatsen elders in de provincie gereisd moet worden om de juiste zorg te kunnen krijgen. Verpleeghuiszorg en de doktersposten voor huisartsen- en apotheekzorg buiten kantooruren zijn hier voorbeelden van. Ook ondercapaciteit van bestaande voorzieningen in de gemeente valt onder dit knelpunt, de tandartsenzorg in Uithuizen kan in dit licht genoemd worden. Een laatste aspect van dit knelpunt is de bereikbaarheid van de aanwezige voorzieningen vanuit de kleinere kernen in onze gemeenten, met name wanneer gebruik gemaakt wordt van het openbaar vervoer.
 - Het ontbreken dan wel lastig beschikbaar zijn van de juiste informatie toegespitst op de doelgroep. Dit heeft betrekking op de informatievoorziening per dorp, de informatie vanuit de gemeente naar de burgers, gezondheidsvoorlichting onder andere vanuit de huisartsenpraktijken en de wijze van aanbieden van informatie zodat ook mensen met een beperking hier gebruik van kunnen maken.
2. Bevolkingskenmerken
 - Eemsmond heeft relatief hoge percentages ouderen en WAO-ers. Dit betekent dat de zorgbehoefte in de gemeente ook hoog is.
 - Daarnaast is het besteedbaar inkomen in Eemsmond laag en heeft de gemeente een hoog percentage werklozen. Dit impliceert dat een relatief grote bevolkingsgroep een lage sociaal-economische status heeft. Uit onderzoek is bekend dat mensen met een lage sociaal-economische status (SES) gemiddeld twaalf jaren in minder goede gezondheid doorbrengen en hun levensverwachting is vier jaar korter ten opzichte van mensen uit hoge sociaal-economische groepen.
3. Fysieke omgeving
 - Veiligheid. Dit knelpunt heeft twee aspecten: de sociale (on)veiligheid en de verkeersveiligheid. Met name ouderen ervaren knelpunten op het terrein van veiligheid. Vanuit de ouderenbond wordt aangegeven dat er een groep ouderen is die niet goed de deur meer uitdurft, als gevolg van een gevoel van onveiligheid. Daarnaast maakt een derde van de bevolking zich regelmatig zorgen over de omvang van de criminaliteit binnen de gemeentegrenzen. Ongeveer twaalf procent voelt zich in Eemsmond regelmatig onveilig⁷.
 - Ten aanzien van mogelijke gezondheidseffecten van het milieu op burgers kan de opslag van landbouwgif binnen het agrarisch bedrijf worden genoemd en het transport van het aardgascondensaat via spoor. Er zijn twee LPG-stations in de gemeente en op een aantal plaatsen bevindt zich asbest in gebouwen. Continue geluidshinder wordt niet als knelpunt ervaren. Wel is er zo nu en dan sprake van incidentele geluidshinder.
 - De gemeente ontvangt een aantal keer per jaar klachten over vochtige woningen. Vochtige woningen kunnen ontstaan als gevolg van een gebrek aan ventilatie of door een slechte ondergrond waardoor, na regenval, vocht optrekt de woning in.

⁷ Veiligheidsonderzoek regiopolitie, 2000

Versterking gezond gedrag

- In de expertmeeting is bevestigd dat het risicogedrag met betrekking tot roken, alcoholgebruik, lichaamsbeweging en voeding ook in onze gemeente een probleem vormt. Zorgwekkend is dat met name bij de jeugd slechte voedingsgewoonten en overgewicht steeds vaker voorkomt. Daarnaast wordt er op steeds jongere leeftijd begonnen met roken en alcoholgebruik. De houding en het gedrag van ouders speelt hierbij ook een rol.
- Bij jongeren en jongvolwassenen is er sprake van (overmatig) gebruik van softdrugs en tegenwoordig ook pillengebruik. Dit heeft niet alleen betrekking op gebruik gekoppeld aan vrijetijdsbesteding, ook op scholen is sprake van (soft)drugsgebruik. Niet iedereen erkent dat er sprake is van een probleem, hetgeen een probleem op zich is.
- Er is een sterke toename van diabetespatiënten. Dit wordt als een groot maatschappelijk probleem gezien. Dit knelpunt is overigens nauw verbonden met risicogedrag ten aanzien van voeding en inactiviteit.
- Vanuit de huisartsenzorg wordt geconstateerd dat er in de gemeente sprake is van een hoge mate van vóórkomen van heupdysplasie. Thuiszorg Groningen kan dit beeld bevestigen noch ontkennen aangezien hun registratiesysteem dergelijke informatie niet levert. Heupdysplasie is een afwijking aan het heupgewricht waarvoor wordt gecontroleerd bij baby's van drie maanden en kan bij de juiste interventie goed verholpen worden. Het voorkomen van heupdysplasie wordt deels bepaald door een erfelijke component.

Kwetsbare groepen

- Eemsmond is een van de meest vergrijsde gemeenten in de regio met vijftien procent 65-plussers. Gezondheid, ziekte en sterfte zijn sterk gerelateerd aan de leeftijdsopbouw van de gemeente. Door het hoge aandeel ouderen in de gemeente is de zorgbehoefte in de gemeente dus ook hoger vergeleken met gemeenten met een jongere bevolkingsopbouw. Problemen die specifiek met de groep ouderen te maken hebben zijn: het ontbreken van verpleeghuiszorg in de gemeente, de bereikbaarheid van voorzieningen en het ontbreken van informatie over alle mogelijkheden op het gebied van voorzieningen.
- Speciale aandacht is gewenst voor eenzame ouderen. In de huidige maatschappij is het niet meer vanzelfsprekend dat familie en vrienden dicht in de buurt wonen en regelmatig op bezoek gaan bij oudere naasten. Ook het afnemen van sociale controle en burenhulp kan leiden tot vereenzaming.
- In geval van opvoedingsproblematiek bij jonge kinderen is er onvoldoende bekendheid van de aanwezigheid en mogelijkheden van opvoedingsondersteuning.

Hoofdstuk 6 Speerpunten van beleid, beleidsdoelstellingen en oplossingen

Lokaal gezondheidsbeleid voorziet niet in de oplossing voor elk gezondheidsprobleem maar richt zich eerder op het scheppen van de voorwaarden voor een goede gezondheid. Uitgangspunt is dat ieder persoon zelf de mogelijkheid heeft om datgene te doen dat ervoor zorgt dat hij en zijn omgeving gezond zijn en blijven. De gemeente richt zich op die groepen in de samenleving die minder goed in staat zijn de volledige verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid op zich te nemen, hetzij door een gebrek aan informatie of kennis, hetzij door onvoldoende vaardigheden of mogelijkheden. Dit zijn de zogenaamde kwetsbare groepen: ouderen, arbeidsongeschikten en werklozen, mensen zonder sociaal netwerk en het kwetsbare deel van de jeugd.

Op grond van de in de voorgaande hoofdstukken geschetste situatie en ontwikkelingen heeft de gemeente een aantal speerpunten geformuleerd waaraan zij de komende vier jaar wil werken. De speerpunten hebben deels betrekking op bovenlokale knelpunten zodat hierbij zowel om inhoudelijke redenen als om redenen van efficiency zal worden samengewerkt met de andere regiogemeenten.

Met de wijziging in de Wcpv waarbij de gemeente de regiefunctie heeft gekregen op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid heeft de gemeente géén financiële middelen gekregen om deze taak te kunnen uitvoeren. Dit betekent dat de doelstellingen van de gemeente zich richten op het vergroten van samenwerking en afstemming met als uiteindelijk doel een efficiëntere inzet van middelen om de beoogde doelstellingen te realiseren.

6.1 Speerpunt 1: Zorgdragen voor gezonde dorpen en wijken

De gezondheid van mensen is positief te beïnvloeden door een gezonde fysieke en sociale omgeving (woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie, veiligheid etc.), waarin de nodige medische voorzieningen binnen bereik zijn. Dit realiseert de gemeente door effectief uitvoering te geven aan de taken die voortvloeien uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en dat gezondheid nadrukkelijk geagendeerd wordt bij andere beleidsterreinen dan volksgezondheid.

Doelstelling 1: Effectief uitvoering geven aan de taken die voortvloeien uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv).

- A De volgende taken voert de gemeente met of via GGD Groningen uit:
- zicht op de gezondheidstoestand van de bevolking
 - medisch milieukundige zorg
 - technische hygiënezorg
 - infectieziektebestrijding
 - bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen
 - bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
 - jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen
 - openbare geestelijke gezondheidszorg

De gemeente heeft invloed op de uitvoering van deze taken via het Algemeen Bestuur van de GGD, onder andere door de jaarlijkse vaststelling van het productenboek. Daarnaast wordt meer en meer gewerkt met contracten per gemeente waarin de afspraken betreffende de plustaken en het maatwerkdeel jeugdgezondheidszorg worden vastgelegd. Hier is in de komende jaren de afstemming met de speerpunten uit het gemeentelijke gezondheidsbeleid mogelijk.

B Nu ook de 0-4-jarigenzorg onder de regie van de gemeenten komt, wil de gemeente een samenhangend beleid voeren ten aanzien van de gezondheid van de jeugd en relaties leggen tussen de diverse beleidsterreinen als peuterspeelzaalwerk, GOA-beleid, onderwijs- en

jeugdbeleid, 0-4 jarigenzorg (uitgevoerd door de Thuiszorg) en de 4-19 jarigenzorg (uitgevoerd door de GGD).

Momenteel wordt binnen het basisonderwijs een zorgstructuur ontwikkeld. Dit is een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de drie gemeenten (Eemsmond, De Marne en Winsum), besturen van het basisonderwijs, Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling (CMO), de onderwijsbegeleidingsdienst (OBD) en de Jeugdhulpverlening (Jeugdzorg Groningen). Op het moment dat de fusie van de peuterspeelzalen is voltooid zullen zij ook afgevaardigd zijn in de zorgstructuur zodat een deel van de aansluiting met de 0 - 4 jarigen is gerealiseerd. Het doel van deze zorgstructuur is gericht op het versterken van de lokale samenwerking, vroegtijdige signalering en het snel en effectief opzetten van een hulpverleningsaanbod.

Op het Hogeland College bestaat een zorgteam voor de VMBO-leerlingen. Daarnaast participeert Eemsmond samen met de Noord-Groningse gemeenten in het Waddenmodel. De komende vier jaar zal de gemeente zich inzetten om samen met de huidige structuren de doorgaande lijn van 0 tot 19 jaar vorm te geven.

C De gemeente pakt -samen met de andere Groningse gemeenten -de regie van de collectieve preventie krachtig op door:

- het instellen van een Gronings Preventieplatform waarin gemeenten en professionals hun beleid en activiteiten afstemmen;
- het instellen van en bijdragen aan een Gronings Preventiefonds waaruit met name activiteiten van pro-actieve, primaire of secundaire aard gefinancierd kunnen worden;
- met huisartsen de uitvoering en financiering van de primaire preventie af te stemmen.

Hiermee wordt recht gedaan aan de verantwoordelijkheid vanuit de Wcpv om 'bij te dragen aan de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg'.

Doelstelling 2: Gezondheid nadrukkelijk agenderen bij andere beleidsterreinen dan volksgezondheid.

De gemeente heeft in ieder geval de volgende intenties:

- 1 Gezondheidsbeleid is integraal beleid, dat wil zeggen dat de gemeente kijkt op welke andere beleidsterreinen gezondheidswinst te behalen is in het licht van de eerder geformuleerde ambities. Een kritisch vergunningenbeleid, afwisselende en veilige ruimtelijke ordening, actief buurtbeheer en milieutoezicht vallen onder de gemeentelijke invloedssfeer.
- 2 De gemeente let er op dat bestuurlijke beslissingen op andere terreinen geen gezondheidsrisico's opleveren.

Doelstelling 3: Het nauwlettend volgen van de ontwikkelingen met betrekking tot gezondheidsvoorzieningenniveau in de dorpen

Een gezond dorp kan niet alleen door de gemeente gevormd worden, daarbij zijn alle spelers in het dorp van belang, die samen de verantwoordelijkheid nemen voor de gezondheid van de inwoners. De gemeente heeft geen directe invloed op de eerstelijns gezondheidsvoorzieningen zoals de huisarts, tandarts en fysiotherapeut. De rol van de gemeente is uitsluitend gericht op het scheppen van goede randvoorwaarden voor de vestiging en continuering van deze voorzieningen. Wat betreft de consultatiebureaus heeft de gemeente meer invloed aangezien de gemeente uitdrukkelijk de regiefunctie en de financiële middelen toegewezen heeft gekregen voor de 0 tot 19-jarigen zorg. De gemeente Eemsmond zet in op het behoud van alle vijf consultatiebureaus in de gemeente.

6.2 Speerpunt 2: Versterken van gezond gedrag

Door gezonder gedrag van de burger is veel gezondheidswinst te behalen. Het versterken van gezond gedrag is daarom een van de speerpunten van het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Gedrag heeft een belangrijke invloed op iemands gezondheid, Maar gedrag, en zeker gevestigd gedrag, is moeilijk beïnvloedbaar. De gemeente zet daarom in op het stimuleren van gezond gedrag, met name bij jeugdigen, om gezonde gedragskeuzes te kunnen maken, door het versterken en uitbreiden van preventie- en gerichte voorlichtingsprogramma's, in samenwerking met het onderwijs.

Doelstelling 4: Stimuleren van een gezonde leefstijl bij de bevolking.

De gemeente wil deze doelstelling op de volgende manier bereiken:

1. De gemeente richt haar activiteiten ter bevordering van een gezonde leefstijl vooral op bevolkingsgroepen met relatief ongezond gedrag of een hoge kwetsbaarheid op dit punt, namelijk jongeren, ouderen, allochtonen en personen met een lage sociaal-economische status.
 - Bevordering van de breedtesport, met name bij de jeugd. Dit betekent dat het project 'wat jeugd beweegt' wordt voortgezet en onderzocht zal worden in hoeverre het Groninger Sport Model geïmplementeerd kan worden in het basisonderwijs in de gemeente.
 - Daarnaast zal worden onderzocht in hoeverre de gemeente, via het welzijnsplan, sportdeelname kan stimuleren.
 - Gezondheidsvoorlichting specifiek voor ouderen zal een van de taken van de steunsteet in Roodeschool worden.
 - In samenwerking met het voortgezet onderwijs, jongerensozen en de AVG zal voorlichting over drugsgebruik aan jongeren worden gegeven.
2. Daarnaast creëert de gemeente randvoorwaarden voor gezond gedrag. Wanneer door middel van integraal beleid veranderingen worden aangebracht in de sociale, fysieke en economische omgeving, wordt het voor de burger makkelijk en aantrekkelijker om zich gezond te gedragen: 'Make the healthy choice the easy choice'. Een van deze randvoorwaarden is dat de burger toegang heeft tot goede, betrouwbare informatie over gezondheid.
 - Samen met de afdeling GVO van de GGD zal een methode worden bedacht waarbij een grote groep burgers van onze gemeente op een gemakkelijke wijze kan worden bereikt met informatie over een gezonde leefwijze.
3. Ook wil de gemeente een aanjaagfunctie (blijven) vervullen op het gebied van samenwerking met private en maatschappelijke sectoren.

6.3 Speerpunt 3: Speciale aandacht voor kwetsbare groepen

Bij de speerpunten 1 en 2 is de positie van een tweetal kwetsbare groepen, met name jeugd en ouderen, al aan de orde geweest. Verder is geconstateerd dat de samenstelling van de bevolking een aandachtspunt vormt en dat de sociaal-economische status een belangrijke factor is in relatie tot gezondheid. De kansen op een gezond leven zijn niet gelijk verdeeld over de inwoners en sommige mensen ondervinden meer bedreigingen voor hun gezondheid. Vandaar dat het gemeentelijk beleid ook speciaal aandacht schenkt aan kwetsbare groepen.

De gezondheidsbevordering van kwetsbare burgers is ook onderdeel van ander (nog te ontwikkelen) gemeentelijk beleid. Hieruit komt een groot aantal activiteiten naar voren dat zich rechtstreeks richt op het vergroten van kansen van kwetsbare groepen. Te denken valt aan (zonder volledig te willen zijn): oprichting steunsteet, GOA- en VVE-beleid, maatschappelijk werk, welzijnsbeleid, Wvg-beleid, sportbeleid, jeugdbeleid, sociale zaken (Wet Werk en Bijstand, WWB), gebiedsprogramma Noord-Groningen, onderzoek brede school, zorgstructuur basisonderwijs.

De inzet van de gemeente richt zich in deze op het gericht ondersteunen van de zwakste groepen. De gemeente zorgt voor voldoende adequate huisvesting voor de kwetsbare groepen. Met name de realisatie van huisvesting voor ouderen is hierbij een belangrijk punt. In het woonplan van de gemeente Eemsmond wordt hieraan aandacht besteed. De gemeente is daarnaast actief bezig beleid te maken voor de ondersteuning van ouderen in de kleine dorpen door de ontwikkeling van de steunstees. Daarnaast wordt in samenwerking met de provincie Groningen en de Noord Groninger gemeenten beleid ontwikkeld voor de steun aan vrijwilligers en mantelzorgers. Doelstelling hierbij is hen zodanig te ondersteunen dat zij hun werk op een goede manier en met plezier uit kunnen voeren.

In het kader van fysieke welzijn wordt ook getracht door middel van allerlei projecten (GALM, sportpas) diverse doelgroepen aan het bewegen te krijgen.

Gezien het voorgaande is het met betrekking tot dit thema van belang na te gaan in hoeverre het gemeentelijk beleid en de uitvoering daarvan tegemoetkomt aan de visie en uitgangspunten betreffende de gezondheidsbevordering van kwetsbare burgers. In overleg met de betrokken partners zal bepaald moeten worden of de uitvoering van beleid moet worden bijgesteld, uitgebreid dan wel verbeterd worden.

Doelstelling 5: Bevorderen van de sociale en geestelijke gezondheid van de bevolking en dus verbeteren van de kwaliteit van leven.

De gemeente heeft hierbij de volgende intenties:

1. Realiseren van een sluitend aanbod voor de OGGZ door samenwerkingsafspraken te maken op (inter)gemeentelijk niveau (convenant). Hierin zal in ieder geval worden geregeld hoe aan de verplichtingen volgens de Wcpv wordt voldaan. Dit beleid moet vooral gericht zijn op daklozen, verslaafden, asielzoekers, (ex-) psychiatrische patiënten en andere kwetsbare groepen die door hun situatie een grotere kans hebben op ongezondheid. De regiovisie maatschappelijke en -vrouwenopvang biedt hier een leidraad.
2. Afstemmen en (laten) uitvoeren van preventieprogramma's, gericht op vroegtijdige onderkenning van problematiek en het vergroten van sociale competentie en vaardigheden. Eemsmond is pilotgemeente voor het project Thuisfront, dat een meersporenaanpak voor vrouwenmishandeling in de thuissituatie voorstaat.
3. Het versterken van de (lokale) jeugdzorgstructuur. Hierbij zijn het intensiveren van de samenwerking en het vergroten van de laagdrempeligheid belangrijke uitgangspunten.

Hoofdstuk 7

Uitvoeringsprogramma

De speerpunten die zijn geformuleerd in hoofdstuk 6 moeten worden omgezet in uitvoeringsprogramma's. Bij deze omzetting is als criterium gehanteerd dat de aanpak efficiënt is, beïnvloedbaar door de gemeente, binnen de verantwoordelijkheden van de gemeente valt én binnen het bestek van het lokaal gezondheidsbeleid valt. Huidige reguliere taken vallen niet onder het uitvoeringsprogramma lokaal gezondheidsbeleid (zoals bijvoorbeeld de bestuurscommissie van de GGD). De uitvoeringsprogramma's zullen jaarlijks worden geëvalueerd en aan de raad worden gerapporteerd. Gedurende de looptijd van deze nota, te weten van 2004 tot en met 2007, kan de raad, onder andere op basis van de uitkomst van de evaluatie en nieuwe ontwikkelingen, nieuwe prioriteiten stellen die leiden tot een aanpassing van de uitvoeringsprogramma's.

Ouder- en kindzorg	
Doel	Handhaven van goed bereikbare en laagdrempelige consultatiebureaus in Uithuizen, Uithuizermeeden, Usquert, Warffum en Kantens
Doelgroep	0 - 4 jarigen en hun ouders
Inhoud activiteit	De huidige locaties blijven gehandhaafd en worden aangepast aan de kwaliteitsnormen die de gemeente met Thuiszorg Groningen is overeengekomen. Voor het consultatiebureau in Uithuizermeeden moet vermoedelijk een vervangende locatie worden gezocht.
Organisatie	Gemeente Eemsmond (regie 0 - 19 jarigen), Thuiszorg Groningen en GGD Groningen
Uitvoering	Thuiszorg Groningen (ouder- en kindzorg) Gemeente Eemsmond en Thuiszorg Groningen (accommodatie)
Eindverantwoordelijk	Gemeente Eemsmond
Tijd	Doorlopend
Benodigde financiën	Via door het ministerie van VWS afgegeven subsidiebudgetten, de zogenaamde RSU- en TRV-gelden
Termijn	2004 en verder
Samenwerkende partners	GGD Groningen en Thuiszorg Groningen
Beleidskader	Wet collectieve preventie volksgezondheid, basistakenpakket JGZ
Rol gemeente	Regievoering 0 - 19 jarigen

Sluitende aanpak 0 - 19 jarigen	
Doel	Specifieke aandacht voor risico's bij de overgang van: thuissituatie naar peuterspeelzaal / kinderopvang, peuterspeelzaal / kinderopvang naar basisonderwijs, basisonderwijs naar voortgezetonderwijs en de overgang van voortgezetonderwijs naar hogere vormen van onderwijs of de arbeidsmarkt.
Doelgroep	0 - 19 jarigen
Inhoud activiteit	Door middel van een samenhangende aanpak en ketenbenadering (regievoering gemeente) waarbij elke organisatie een eigen verantwoordelijkheid heeft voor de ondersteuning en begeleiding van de jeugdigen en hun ouders. De zorgstructuur basisonderwijs is in oprichting (is uitvoering GOA-beleid), het zorgteam (voortgezet

	onderwijs) functioneert al. Ingezet zal worden op de knip tussen basisonderwijs en voortgezet onderwijs.
Organisatie	Zie samenwerkende partners
Uitvoering	Zorgstructuur basisonderwijs en zorgteam voortgezet onderwijs
Eindverantwoordelijk	Gemeente Eemsmond heeft de regievoering
Tijd	Conform looptijd GOA-beleid: 2002 - 2006
Benodigde financiën	Via door het ministerie van onderwijs afgegeven subsidiebudgetten, de zogenaamde GOA-gelden
Termijn	2002 - 2006
Samenwerkende partners	Alle basisonderwijsinstellingen in de gemeente Eemsmond, peuterspeelzalen, kinderopvang, OBD, CMO, Jeugdzorg Groningen, Thuiszorg Groningen, GGD, Hogeland College.
Beleidskader	Beleidsdoelstelling GOA-beleid
Rol gemeente	Regievoering

Voorlichting over roken, alcoholgebruik en drugs	
Doel	Jeugd informeren over de schadelijke effecten van middelengebruik
Doelgroep	Schoolgaande jeugd
Inhoud activiteit	Voorlichtingsprojecten
Organisatie	Eenmalige voorlichtingsactiviteit
Uitvoering	Scholen, GGD, AVG
Eindverantwoordelijk	Gemeente
Tijd	1 activiteit per jaar
Benodigde financiën	p.m.
Termijn	2003 - 2007
Samenwerkende partners	Scholen, GGD, AVG en gemeente
Beleidskader	Wet collectieve preventie gezondheidszorg, gemeentelijk gezondheidsbeleid 2004 -2007.
Rol gemeente	Regievoering

Aandacht voor leefstijlfactoren	
Doel	Stimuleren van een gezonde leefstijl
Doelgroep	Bevolkingsgroepen met ongezond gedrag of een hoge kwetsbaarheid op dit punt
Inhoud activiteit	Voorlichtingsprojecten en het bevorderen van de breedtesport
Uitvoering	Gemeente, GGD, scholen, sportverenigingen
Eindverantwoordelijk	Gemeente initieert, verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de uitvoerende organisaties
Tijd	Doorlopend
Benodigde financiën	Via het welzijnsplan zal worden onderzocht hoe sportdeelname gestimuleerd kan worden
Termijn	2004 - 2007
Samenwerkende partners	Gemeente, GGD, scholen, sportverenigingen, Huis voor de Sport
Beleidskader	Wet collectieve preventie volksgezondheid, gemeentelijk gezondheidsbeleid, Sportbeleid gemeente Eemsmond, Welzijnsplan gemeente Eemsmond
Rol gemeente	Regievoering

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz)	
Doel	Afstemming van de hulpverlening aan kwetsbare groepen
Doelgroep	Organisaties die confronteerd worden met zogenaamde zorgmijders. Zorgmijders worden gekenmerkt door een combinatie van: dak- en thuisloosheid, overlast, verslaving, mishandeling, langdurige uitkeringsproblematiek, ontspoord gedrag, geestelijke en psychiatrische problematiek, multi-probleem gezinnen.
Inhoud activiteit	Het oprichten van een OGGz-netwerk
Organisatie	De frequentie en inhoud van de bijeenkomsten van het OGGz-netwerk zal in overleg met de partners worden vastgesteld
Uitvoering	Gemeente (regierol) en samenwerkende partners
Eindverantwoordelijk	Gemeente
Tijd	Doorlopend
Benodigde financiën	Reguliere inzet
Termijn	2004 - 2005
Samenwerkende partners	Maatschappelijk werk, politie, woningbouwcorporaties, GGz Groningen, GGD Groningen, afdelingen Sociale Zaken, Algemene Zaken en Samenlevingszaken van de gemeente
Beleidskader	Wet collectieve preventie gezondheidszorg, Provinciaal convenant OGGz (2001), gemeentelijk gezondheidsbeleid
Rol gemeente	Regievoering

Gezondheidsvoorzieningen in de gemeente	
Doel	Het nauwlettend volgen van de ontwikkelingen met betrekking tot het voorzieningenniveau in de dorpen, met als uiteindelijk doel een goede en aantrekkelijke voorzieningenstructuur voor de eerstelijnsgezondheidszorg in de gemeente
Doelgroep	Organisaties voor de eerstelijns gezondheidszorg
Inhoud activiteit	Organiseren van bijeenkomsten met de eerstelijnsgezondheidszorg
Organisatie	Gemeente Eemsmond
Uitvoering	Zie samenwerkende partners
Eindverantwoordelijk	Gemeente Eemsmond
Tijd / termijn	2004 - 2007
Benodigde financiën	Reguliere inzet
Samenwerkende partners	Eerstelijnsvoorzieningen (uitvoerders en belangenverenigingen), Zorgkantoor, Zorgvoorzieningen, gemeente Eemsmond
Beleidskader	Wet collectieve preventie gezondheidszorg
Rol gemeente	Initiatiefnemer, procesondersteuning

Hoofdstuk 8 Tot slot

De Nederlandse gemeenten vinden de volgende thema's het belangrijkste bij het ontwikkelen van het lokaal gezondheidsbeleid (in volgorde van voorkomen - VNG, brief 30 januari 2003):

- Drugs- en alcoholgebruik;
- Psychosociale problematiek;
- Toegankelijkheid van voorzieningen;
- Gebrek aan lichaamsbeweging;
- Sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Als dit rijtje wordt afgezet tegen de gemeentelijke knelpunten zoals die in hoofdstuk 5 zijn verwoord dan komen deze redelijk met elkaar overeen. Niets bijzonders is Eemsmond vreemd! De zorg voor gezond gedrag, toegankelijkheid van voorzieningen en aandacht voor kwetsbare groepen zijn ook in Eemsmond peilers van het lokaal gezondheidsbeleid. De komende jaren heeft de gemeente een grote verantwoordelijkheid voor de jeugdgezondheidszorg 0 tot 19-jarigen, hiervoor krijgt de gemeente ook de financiële middelen. Voor de overige thema's geldt dat de gemeente een regierol heeft en dus met name coördinerend en waar mogelijk sturend zal optreden. Via de jaarlijkse rapportage wordt de gemeenteraad geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot het uitvoeringsprogramma. Op basis hiervan beschikt de raad over sturingsmogelijkheden het lokale gezondheidsbeleid tussentijds bij te stellen dan wel te wijzigen.

Bijlage Lijst met afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CMO	Centrum voor maatschappelijke ontwikkeling
GALM	Groningen Active Living Model
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GOA	Gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid
GVO	Gezondheidsvoorlichting en opvoeding
GGz	Geestelijke gezondheidszorg
OGGz	Openbare geestelijke gezondheidszorg
OBD	Onderwijs begeleidingsdienst
RIO	Regionaal indicatieorgaan
RSU	Tijdelijke Regeling Specifieke Uitkering jeugdgezondheidszorg
RVZ	Raad voor volksgezondheid en zorg
SEGV	Sociaal economische gezondheidsverschillen
SES	Sociaal economische status
TRV	Tijdelijke regeling vroegsignalering
VVE	Voor- en vroegschoolse educatie
WAO	Wet arbeidsongeschiktheid
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
VMBO	Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
WHO	World Health Organisation
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WWB	Wet werk en bijstan