



Meedoen kan!

Beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning 2008 – 2011
Gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	2
2	KADERS	3
	2.1 Wettelijke verplichtingen	3
	2.2 Raadsprogramma	3
	2.3 Collegeprogramma	4
	2.4 Kaderstellende nota Wet maatschappelijke ondersteuning	4
	2.5 Samenwerkingverbanden	4
	2.6 Bestaand gemeentelijk beleid	4
	2.7 Kadern, samenvattend	5
3	PARTICIPATIE	5
4	VISIE EN MOTTO	6
5	VOORZIENINGEN	9
	5.1 Algemene voorzieningen	10
	5.2 Individuele voorzieningen	19
	5.3 Sociale verbanden	20
6	FINANCIËN	21
7	HOE VERDER	22
8	OVERWEGINGEN	22
9	VOORSTEL	23
10	SAMENVATTING	24

1 INLEIDING

Met ingang van 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht geworden. Het centrale doel van de wet is 'meedoen'. Hoewel zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie in principe een verantwoordelijkheid is van de individuele burger geeft de wet de gemeente de opdracht beperkingen die er hierbij kunnen zijn zoveel mogelijk weg te nemen.

Een van de verplichtingen uit deze wet is het opstellen van een of meer plannen 'die richting geven aan de door de gemeenteraad en het college van burgemeester en wethouders te nemen beslissingen betreffende maatschappelijke ondersteuning'. De plannen worden voor vier jaar door de gemeenteraad vastgesteld en zijn tussentijds te wijzigen.

De plannen gaan over de regie die de gemeente voert over het brede beleidsterrein dat door de Wmo wordt omvat. In de plannen worden:

- *gemeentelijke doelstellingen* op de negen prestatievelden benoemd;
- *samenhang* tussen de prestatievelden bewerkstelligd;
- *te ondernemen acties* benoemd;
- *de te behalen resultaten* beschreven.

Ook *kwaliteitsborging*, *keuzevrijheid voor de cliënt* en *inzicht in de behoeften van kleine doelgroepen* vormen een onderdeel van de plannen.

Wij kiezen ervoor om in dit Beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning ook het lokale gezondheidsbeleid op te nemen. Iemands gezondheid is namelijk evenzeer van invloed op de mogelijkheden om zelfredzaam te zijn en deel te kunnen nemen in de maatschappij. De raakvlakken tussen beide beleidsterreinen zijn groot. Door beide in dit beleidsplan samen te brengen versterken zij elkaar onderling.

Ook voor het lokale gezondheidsbeleid bestaat de verplichting vierjaarlijks een beleidsplan vast te stellen. Dit is geregeld in de Wet collectieve preventie volksgezondheid. De huidige *Nota Lokaal Gezondheidsbeleid* is in december 2004 vastgesteld en volgens de wet moest een nieuwe nota voor 1 juli 2007 zijn vastgesteld. De nota moet tenminste aangeven hoe uitvoering wordt gegeven aan de *infectieziektebestrijding* in de breedste zin van het woord; en aan de *jeugdgezondheidszorg*. De gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) adviseert hierover. Onze huidige Nota Lokaal Gezondheidsbeleid is breder dan deze basale eisen en wij willen in dit beleidsplan die bredere benadering voortzetten door het *Gezondheidsprofiel Haarlemmerliede en Spaarnwoude 2007* van de Veiligheidsregio Kennemerland, onderdeel GGD als uitgangspunt te nemen. Ook het Emovo¹-onderzoek (gezondheid, welzijn en leefstijl van scholieren in Haarlemmerliede en Spaarnwoude) is een waardevol uitgangspunt voor ons beleid omdat hierin de samenhang tussen gezondheid en welzijn van onze jeugd al in beeld is.

Het beleidsplan is geschreven om zowel vanuit de filosofie van de Wet maatschappelijke ondersteuning als vanuit de gezondheidsgedachte een gunstig klimaat te scheppen voor de inwoners van de gemeente om mee te kunnen doen in de maatschappij. Het beleidsplan is dan ook het beste samengevat in dat ene woord: Meedoen.

¹ Emovo staat voor Elektronische monitoring en voorlichting

2 KADERS

Als eerste geven wij een schets van de kaders waarbinnen het Beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning, inclusief het lokale gezondheidsbeleid, vorm moet krijgen. Er zijn wettelijke verplichtingen; er is een raads- en een collegeprogramma; de gemeenteraad heeft in 2006 een kaderstellende nota Wmo vastgesteld; wij nemen voor de uitvoering deel in samenwerkingsverband en ook op groter regionaal niveau wordt beleid en uitvoering afgestemd. Op onderdelen is er ook al eerder door de gemeente vastgesteld beleid dat raakvlakken heeft met de Wmo, bijvoorbeeld jeugdbeleid of woonbeleid. Al deze zaken hebben (mogelijk) invloed op de inhoud van het Beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning (of omgekeerd!). Hieronder gaan we hier per onderwerp nader op in.

2.1 *Wettelijke verplichtingen*

In de inleiding hebben we de verplichting een beleidsplan op te stellen al aangehaald, inclusief de elementen die het plan minimaal moet bevatten. De wet legt het gemeentebestuur verder een aantal verplichtingen op zoals het vaststellen van een verordening of het opnemen van de keuze tussen een voorziening in natura of een persoonsgebonden budget. Aan dit soort verplichtingen is inmiddels voldaan. Artikel 10 van de wet is nog wel van belang voor het beleidsplan: 'Het college van burgemeester en wethouders laat het verlenen van maatschappelijke ondersteuning zoveel mogelijk verrichten door derden.' Hiermee wordt nog eens benadrukt dat de gemeente in een regierol zit en geen uitvoerende partij is voor dit beleidsterrein.

De wet legt de gemeente nog wel op jaarlijks een tevredenheidsonderzoek te doen onder de vragers van maatschappelijke ondersteuning en dit samen met gegevens over de prestaties te publiceren. Dit komt terug in hoofdstuk 6.

Verder vraagt de wet dat de voorbereiding van het beleid in overleg gaat met natuurlijke en rechtspersonen in de gemeente die een belang hebben bij dit beleid. Zij moeten ook vroegtijdig in de gelegenheid worden gesteld zelfstandig voorstellen voor beleid in te dienen. In hoofdstuk 3 gaan we hier verder op in.

2.2 *Raadsprogramma*

In april 2006 is het raadsprogramma 2006-2010 'Wonen in het groen' vastgesteld. Over de Wet maatschappelijke ondersteuning zegt het programma het volgende:

'Door de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning zullen vele veranderingen plaats gaan vinden. De gemeente wordt opgedragen er, vanuit een regiefunctie, voor te zorgen dat een ieder, jong of oud, valide of minder valide, kan meedoen in onze samenleving. De gemeente moet een goede afweging maken tussen wat lokaal kan en moet, en wat beter regionaal kan worden georganiseerd (efficiencyvoordelen). Voorop moet staan dat de inwoners van onze gemeente snel en adequaat geholpen of doorverwezen kunnen worden.'

Andere relevante punten uit dit programma voor dit beleidsplan zijn de volgende:

- Er moet extra aandacht zijn voor beleid gericht op jeugd en gezin;
- Administratieve lasten moeten verminderd worden;
- Het voorzieningenniveau in de gemeente moet, zover mogelijk, gehandhaafd blijven;
- De gemeente stimuleert dat de eerstelijnsgezondheidszorg in alle kernen in voldoende mate aanwezig is.

2.3 Collegeprogramma

In het collegeprogramma 2006-2010 zijn negen onderwerpen uit het raadsprogramma uitgewerkt, waaronder 'wet maatschappelijke ondersteuning' en 'jeugd en gezin'. De prioriteit bij de Wmo wordt gelegd bij het organiseren van de huishoudelijke verzorging; een loketfunctie en cliëntenparticipatie. Daarna wordt het beleidsplan vormgegeven. Bij jeugd en gezin ligt de nadruk op het goed kunnen samenleven van de verschillende groepen inwoners en op een jeugd(zorg)beleid met vooral een preventief karakter.

2.4 Kaderstellende nota Wet maatschappelijke ondersteuning

In de raadsvergadering van mei 2006 heeft de gemeenteraad ingestemd met de notitie 'Invoering Wet maatschappelijke ondersteuning'. De notitie is als bijlage opgenomen. In de notitie is opgenomen dat bestaand beleid zoveel mogelijk gehandhaafd wordt; de zogenaamde 'beleidsarme' overgang. De aanzetten die gegeven zijn tot (mogelijke) aanpassing van beleid en de samenhang tussen de verschillende prestatievelden te versterken, worden in dit beleidsplan verder uitgewerkt en gecombineerd met het gezondheidsbeleid.

2.5 Samenwerkingverbanden

In de in paragraaf 2.4 genoemde notitie is vastgesteld welke taken de gemeente als een typisch lokale taak ziet en welke taken op een ander niveau worden ingevuld. Dit hanteren we in dit beleidsplan als uitgangspunt.

Het samenwerkingsverband sociale zaken met de gemeenten Heemstede, Bloemendaal en Bennebroek (IASZ) voert de verstrekking van individuele voorzieningen uit. De Veiligheidsregio Kennemerland², onderdeel GGD, voert een groot deel van de gemeentelijke taken op het terrein van de gezondheidszorg voor ons uit. De gemeente Haarlem heeft als centrumgemeente de eerste verantwoordelijkheid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid.

Beleidsmatig stemmen we zoveel mogelijk af met de andere gemeenten in de regio. Dit voorkomt dat inwoners die binnen de regio verhuizen plotseling met heel andere regels en voorwaarden voor voorzieningen geconfronteerd worden.

In de notitie werd ook aangehaald dat onze gemeente in de regio een aparte positie inneemt, met name voor de kern Halfweg. De inwoners van Halfweg zijn sterk georiënteerd op Zwanenburg in de gemeente Haarlemmermeer. Deze gemeente valt buiten de regio Zuid-Kennemerland en dat betekent dat er vaak andere instellingen werkzaam zijn op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning. Dit is vooral van belang voor de informatievoorziening aan de inwoners.

Ook op het terrein van de jeugd(gezondheids)zorg speelt dit verschil, maar dat wordt per 1 januari 2008 opgelost doordat een deel van de GGD Amstelland - de Meerlanden (namelijk Haarlemmermeer) fuseert met de HulpverleningsDienst Kennemerland in het kader van de territoriale congruentie tot Veiligheidsregio Kennemerland

2.6 Bestaand gemeentelijk beleid

Het gemeentelijk beleid ligt vast in verordeningen, beleidsregels en nota's of notities.

Voor dit beleidsplan zijn twee nota's direct van belang: de Nota Jeugd 2007-2010 en het Subsidiebeleidskader 2007-2010. Uit de titels blijkt al dat beide nota's zeer recent zijn vastgesteld en de invulling van het beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning zal dan ook in principe binnen de daarin aangegeven kaders vallen. Ook het minimabeleid is van

² Voorheen de HulpverleningsDienst Kennemerland; sinds 1 januari 2008 Veiligheidsregio Kennemerland.

belang. Dit beleid, waarvan de uitvoering bij de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken te Heemstede ligt, wordt in januari 2008 gelijkgetrokken voor alle gemeenten die in dit samenwerkingsverband deelnemen.

Er zijn uiteraard nog veel meer stukken te benoemen die raakvlakken hebben met dit beleidsplan. Denk aan het woonbeleid en het milieubeleid in relatie tot gezondheid. De relatie is hier echter minder direct.

2.7 Kaders, samenvattend

Samenvattend kan worden gezegd dat er al de nodige kaders zijn voor de invulling van het beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning.

- De wet geeft aan welke elementen in het plan opgenomen moeten zijn: gemeentelijke doelstellingen op de negen prestatievelden; samenhang tussen de prestatievelden; acties; te behalen resultaten; kwaliteitsborging; keuzevrijheid en inzicht in de behoeften van kleine doelgroepen;
- De gemeente is geen uitvoerende partij;
- Jeugd en gezin is een speerpunt van beleid;
- Het voorzieningenniveau, inclusief de eerstelijnsgezondheidszorg, blijft zoveel mogelijk gehandhaafd;
- Bestaand beleid wordt in principe gehandhaafd, er wordt vooral ingezet op samenhang tussen beleid waarbij de combinatie met het gezondheidsbeleid een toegevoegde waarde moet geven;
- Samenwerkingsverbanden zijn wenselijk en kunnen op verschillende niveaus gevonden worden.

3 PARTICIPATIE

In de inleiding is al gememoreerd dat de voorbereiding van het beleid in samenspraak gaat met natuurlijke en rechtspersonen in de gemeente die een belang hebben bij dit beleid. Zij moeten ook vroegtijdig in de gelegenheid worden gesteld zelfstandig voorstellen voor beleid in te dienen.

Wij zijn blij dat het gelukt is een Wmo-raad in oprichting voor onze gemeente samen te stellen. De meeste doelgroepen van het Wmo-beleid zijn in de raad vertegenwoordigd. Als bijlage hebben we de ledenlijst van de Wmo-raad opgenomen. Voorlopig zal de raad functioneren als een adviesorgaan aan de ambtelijke organisatie. Onze doelstelling in de loop van 2008 de raad een officiële status te geven als adviesorgaan van de gemeente die gevraagd en ongevraagd van advies kan dienen.

In de tussentijd hebben wij met de Wmo-raad in oprichting gesproken over dit beleidsplan. In een ideale situatie zou met de raad gesproken zijn voor het beleidplan geschreven werd om meer directe input uit de samenleving te hebben bij het maken van de plannen. Dit is in onze planning helaas niet haalbaar gebleken. Er is veel ambtelijke energie gaan zitten in de continuering van de huishoudelijke zorg waardoor er weinig tijd overbleef voor het beleidsplan. Het plan zou voor 1 januari 2008 moeten worden vastgesteld, maar omdat wij de input uit de plaatselijke samenleving toch nog wilden meenemen in het plan hebben wij het concept voorgelegd aan de Wmo-raad. Dat wij hierdoor de datum van 1 januari 2008 niet halen is voor ons minder relevant

De Wmo-raad heeft het plan op 4 december 2007 besproken. Op een aantal punten hebben zij wijzigingen in de tekst voorgesteld; deze hebben wij overgenomen. Met de raad is verder uitgebreid gesproken over de doelstellingen die in het plan zijn opgenomen. Wij wilden graag weten van de raad welke prioriteiten zij zouden willen stellen bij de uitvoering. De Wmo-raad heeft aangegeven welke doelstellingen volgens haar prioriteit moeten hebben en welke doelstellingen later kunnen worden opgepakt. In hoofdstuk 8, waarin wij aangeven welke

keuzes wij denken te maken, staat de mening van de Wmo-raad over de doelstellingen opgenomen.

De Wmo-raad verwacht wel dat de voortgang wordt gevolgd en jaarlijks wordt geëvalueerd zodat er, in overleg met hen, kan worden bijgesteld.

4 VISIE EN MOTTO

Alvorens over te gaan tot de daadwerkelijke invulling van het beleidsplan door gemeentelijke doelstellingen te benoemen, samenhang te bewerkstelligen, acties te benoemen en te behalen resultaten te formuleren, moet nog een simpele vraag worden beantwoord.

Wat is meedoen? Meedoen is het centrale thema van de wet maar meedoen kent ook allerlei varianten en als de gemeente regie wil voeren moeten wij ook bepalen over welke 'vorm' van meedoen dat dan is.

Meedoen kent volgens de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling drie varianten:

1. Participeren in allerlei activiteiten, zoals betaald werk hebben, lid zijn van verenigingen of evenementen bezoeken;
2. Het meehelpen als vrijwilliger of mantelzorger;
3. Mede vormgeven aan beleid via inspraak en actief burgerschap.

De gemeente moet **een beeld hebben van de wensen en behoeften van de eigen inwoners** en op grond daarvan bepalen hoe de participatie in de gemeente bevorderd kan worden.

Als eerste moet gekeken worden naar de algemene voorwaarden voor participatie: **een sterke sociale en fysieke infrastructuur**. Het gedrag van mensen is mede afhankelijk van hun fysieke en sociale omgeving. Als aan zaken als voldoende beschikbaarheid en toegankelijk van openbaar vervoer, van ontmoetingsplekken en gemeenschapszin is voldaan zal er minder behoefte zijn aan ondersteuning van individuen.

Daarnaast is het noodzakelijk te kijken naar de **behoefte die individuele inwoners hebben aan ondersteuning** als voor hen door een probleem of beperking meedoen extra moeilijk is. De Wmo noemt in de negen prestatievelden in ieder geval jeugdigen met problemen, mantelzorgers en vrijwilligers, mensen met uiteenlopende gezondheidsbeperkingen, mishandelde vrouwen en verslaafden. Maar ook veel andere inwoners kunnen (tijdelijk) problemen hebben met meedoen.

Er zijn een aantal manieren waarop mensen aan de samenleving (kunnen) deelnemen: betaald werk; onderwijs; vrijwilligerswerk en vrije tijd. De verschillen tussen mensen met en zonder beperking en tussen autochtonen en allochtonen kunnen daarbij groot zijn.

Betaald werk is een van de belangrijkste manieren om deel te nemen aan de samenleving. Deelname kan bijvoorbeeld worden beperkt door opleidingsniveau of door gezondheidsproblemen. Geen of beperkte deelname leidt vaak tot een zwakke inkomenssituatie die de mogelijkheden op meedoen weer beperken.

Deelname aan *onderwijs* kan bijvoorbeeld worden beperkt door een slechte bereikbaarheid of toegankelijkheid voor mensen met beperkingen. Het percentage bij etnische minderheden dat geen startkwalificatie behaald is vele malen groter dan bij allochtonen.

Het doen van *vrijwilligerswerk of een lidmaatschap van een of meer verenigingen* is ook een manier van meedoen en zelf meer dan dat: meehelpen. In vergelijking met andere Europese landen is de deelname aan vrijwilligerswerk hoog in Nederland, zelfs onder mensen met een beperking. Het is vooral een zaak om mensen betrokken te houden. Het lidmaatschap van een vereniging scoort wel beduidend lager onder mensen met een beperking.

Bij *vrije tijdsbesteding* kan ondersteuning ook van belang zijn. Bij veel mensen met een beperking leeft de behoefte meer te sporten of meer uit te gaan.

Voor mensen met een verstandelijke beperking gelden uiteraard ook veel beperkingen, maar de wens om meer mee te doen bestaat veel minder. Een eigen huis in plaats van opname in een instelling levert een grote bijdrage aan het welbevinden, maar de meeste contacten zijn met mensen uit de eigen kring.

De problemen die mensen met een lichamelijke beperking ondervinden bij het meedoen in de samenleving zijn *vervoersproblemen, de ontoegankelijkheid van veel gebouwen; de behoefte aan voorzieningen en een tekort aan hulp zoals thuiszorg, klussenhulp en boodschappendiensten.*

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling heeft drie scenario's ontwikkeld die gemeenten kunnen gebruiken om hun opgave, het vergroten van de mogelijkheden voor zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, te realiseren. Het zijn scenario's voor de middellange termijn en geven een schets van de balans tussen de gemeente, het individu en de lokale organisaties bij de vorm en inhoud van de 'civil society'.

Scenario A gaat uit van een sterke en sturende rol voor de gemeente die investeert in het zelfredzaam maken van mensen die anders afhankelijk blijven of zich zo opstellen. Samenwerking tussen organisaties voor wonen, welzijn en zorg en het opzoeken van kwetsbare burgers zijn kernbegrippen.

Scenario B neemt het individu als uitgangspunt. De filosofie is dat het individu de bijdrage levert, om ook zelf op de steun van anderen te kunnen rekenen. Mensen met beperkingen moeten hun verantwoordelijkheid kunnen nemen omdat er voldoende algemene voorzieningen zijn. Daarnaast verstrekt de gemeente 'participatiebudgetten' zodat ieder individu met een beperking zelf een 'arrangement' kan kiezen dat aansluit bij hun levensbehoeften.

Scenario C gaat uit van het particulier initiatief en de burger. De sociale verbanden zoals familie, verenigingen en kerk zijn het kloppend hart van de Wmo. De werking van deze sociale verbanden wordt vergroot door de juiste prikkels te geven en belemmeringen weg te nemen.

Hoe vertaalt dit alles zich naar onze lokale situatie?

Binnen de drie dorpsgemeenschappen (die overigens over de gemeentegrenzen heengaan) is er een **sterke sociale infrastructuur**. Men kent elkaar, er is een levendig verenigingsleven en er wordt veel aan vrijwilligerswerk en mantelzorg gedaan. Kortom er wordt volop 'meegedaan'. Wij hebben de Wmo-raad expliciet gevraagd of zij zich, als betrokken inwoners van de gemeente, herkennen in dit beeld. De leden van de Wmo-raad zijn het mee eens dat er een sterke sociale infrastructuur is. Bij het bepalen van de prioriteit in de doelstellingen uit hoofdstuk 5 werd door de Wmo-raad ondanks deze constatering veel belang gehecht aan de doelstelling: vergroten sociale samenhang in buurt en straat. Wij beschouwen dit als een bevestiging van het belang een goede sociale samenhang te hebben, maar vooral ook te houden.

De sterke sociale infrastructuur is ook min of meer te verwachten omdat de sociaal-economische status van de inwoners gemiddeld goed of meer dan goed is te noemen: De arbeidsparticipatie in onze gemeente is relatief hoog, althans als gekeken wordt naar het aantal uitkeringen. Het gemiddeld besteedbaar inkomen per huishouden ligt beduidend hoger (17 procent in 2004) dan het landelijk gemiddelde. Het aantal huishoudens met een laag inkomen ligt eenderde lager dan het landelijk gemiddelde. Gegevens over het opleidingsniveau zijn niet beschikbaar, maar het gemiddelde inkomen is een goede indicatie dat het opleidingsniveau ook hoger is. Al met al indicaties voor een gemiddeld hogere sociaal-economische status in onze gemeente. En dat is weer gerelateerd met de gezondheidstoestand van de inwoners, die is namelijk beter bij een hogere sociaal-economische status. De levensverwachting is hoger en ook het aantal jaren dat daarvan in goede gezondheid wordt doorgebracht is hoger. Aan basisvoorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk verkeer in onze gemeente lijkt voor het overgrote deel van de inwoners voldaan te zijn. Uit onze gegevens komt geen specifieke Wmo-doelgroep van enige omvang

naar voren met grote(re) achterstanden (financieel, opleidingen) waarop specifieke, gerichte actie van de gemeente noodzakelijk lijkt.

De bevolkingsopbouw van onze gemeente (onderverdeeld in de categorieën 0 tot 20; 20 tot 65 en 65 en ouder) is vrijwel gelijk aan het landelijk gemiddelde. Los van de algemene ontwikkeling van ontgroening en vergrijzing komt ook hier geen specifieke doelgroep voor gemeentelijk beleid naar voren.

Het **actieve burgerschap** is in de zin van gebruik maken van inspraakmogelijkheden en deelname aan bestuur is **beperkt**. Bestuurlijke functies zijn moeilijk te vervullen (politieke partijen, dorpsverenigingen, adviesraden et cetera). Betrokkenheid komt vaak voort uit direct belang. De algemene landelijke tendens in het vrijwilligerswerk is dat men geneigd is zich minder te binden aan verenigingen e.d. voor vaste inzet. De bereidheid om zich op projectbasis, kortdurend, in te zetten is groter.

Het is voor de gemeente **lastig een goed beeld te krijgen van de meer algemene wensen en behoeften** onder de inwoners. Vaak is een doelgroep ook getalsmatig te klein om voldoende uit te kunnen stijgen boven de individuele behoeften van personen (uitkeringgerechtigden, minderheden, problematische jeugd).

Over de **fysieke infrastructuur** van de gemeente kan verschillend geoordeeld worden. Zo is het openbaar vervoer van en naar de kernen in de gemeente verre van ideaal. Ook zijn er de nodige gezondheidsrisico's bijvoorbeeld door de aanwezigheid van Schiphol en snelwegen langs en door de kernen. Er zijn ook voorzieningen die goed geregeld zijn, zoals dorpshuizen, bibliotheekvestigingen en winkels voor de eerste levenbehoeften, ook al zijn deze voorzieningen niet altijd binnen de gemeentegrenzen gerealiseerd. Voor de kleinere kernen zoals Haarlemmerliede en Spaarnwoude is er een zeer beperkt voorzieningenniveau in de kernen zelf.

Er zijn geen zorg- of welzijnsorganisaties in de eigen gemeente. De inwoners maken gebruik van voorzieningen of activiteiten elders; slechts in beperkte mate worden deze zaken binnen de gemeentegrenzen aangeboden.

Met deze lokale situatie in ogenschouw en kijkend naar de hierboven geschetste scenario's is het niet realistisch te streven naar scenario A. De gemeentelijke organisatie is te klein; de omvang van de doelgroepen is te gering en er zijn te veel verschillende partners op het gebied van wonen, zorg en welzijn.

Het uitgangspunt van scenario B is het individu en de gemeente draagt zorg voor voldoende algemene voorzieningen, dit spreekt ons aan. De kanttekening is wel dat een deel van de voorzieningen buiten onze gemeentegrenzen liggen en onze invloed daarop dus beperkt is. Ook het participatiebudget uit dit scenario is voor ons lastig te realiseren. Dit budget is namelijk een bundeling van bijvoorbeeld het persoonsgebonden budget in de zorg; het reïntegratiebudget voor de arbeidsmarkt en leerlinggebonden financiering in het onderwijs. Omdat de uitvoering van veel van deze regelingen uitbesteed is, is dat alleen op langere termijn te ontwikkelen.

Scenario C komt het dichtst bij de mogelijkheden en past het beste bij de structuur van onze gemeente. De sociale verbanden als kloppend hart van het meedoen in de samenleving, met de gemeente als stimulator. Daarnaast streeft de gemeente naar de realisatie c.q. het behoud van voldoende algemene voorzieningen (scenario B). Aan de individuele behoeften van de inwoners wordt tegemoet gekomen door een goed beleid om belemmeringen weg te nemen. Voorbeelden zijn thuiszorg of voorzieningen zoals scootmobielen, maar ook reïntegratiemogelijkheden voor arbeid.

Wij kiezen ervoor, binnen de in hoofdstuk 2 geschetste kaders, onze regierol uit de Wet maatschappelijke ondersteuning uit te werken door:

- onze zorg als stimulator van de sociale verbanden;
- onze zorg voor voldoende algemene voorzieningen en
- onze zorg voor voldoende individuele voorzieningen op te pakken.

Als wij voldoende goede algemene en individuele voorzieningen (laten) creëren en behouden en de toch al aanwezige sterke sociale verbanden in de kernen van onze gemeente verder faciliteren en stimuleren, wordt het voor een ieder mogelijk om mee te doen in de samenleving, maar het blijft uiteindelijk de verantwoordelijkheid van het individu om deze mogelijkheden ook te benutten. Het motto wordt dan ook: **Meedoen kan!**

5 VOORZIENINGEN

We willen de uitwerking van onze regierol dus vooral via de hierboven genoemde drie invalshoeken uitwerken: sociale verbanden; algemene voorzieningen en individuele voorzieningen. Per onderwerp geven we onze doelstellingen, benoemen we de te ondernemen acties en de te behalen resultaten. Waar dat van toepassing is besteden we ook aandacht aan de kwaliteitsborging en keuzevrijheid voor de cliënt. Inzicht in de behoefte van kleine doelgroepen is in onze gemeente lastiger te verkrijgen omdat het aantal inwoners klein is en er in ons geval al snel sprake is van een aantal individuen. Wij gaan ervan uit dat deze individuen zoveel mogelijk via individuele voorzieningen bediend worden. Wellicht dat uit het onderzoek dat wij in paragraaf 5.1 voorstellen nog nadere gegevens over kleine doelgroepen komen.

Er moet ook een relatie worden gelegd met de negen prestatievelden uit de wet en de samenhang tussen de prestatievelden moet worden bewerkstelligd. Daarom geven we nu eerst nog een korte omschrijving van de prestatievelden.

1. *Sociale samenhang:* Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen; wijken en buurten;
 2. *Jeugd:* Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
 3. *Lokaal loket:* Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
 4. *Mantelzorg en vrijwilligers:* Het ondersteunen van mantelzorgers, daar onder begrepen steun bij het vinden van adequate oplossingen indien zij hun taken tijdelijk niet kunnen waarnemen, alsmede het ondersteunen van vrijwilligers;
 5. *Algemene voorzieningen:* Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
 6. *Individuele voorzieningen:* Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
- Centrale voorzieningen:*
7. Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd;

8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het verlenen van psychosociale hulp bij rampen;
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

In de uitwerking hieronder staat in de tekst regelmatig de aanduiding p1 tot en met p9. Daarmee geven we aan dat de voorziening of de actie die beschreven wordt bijdraagt aan het prestatieveld uit de wet met dat nummer.

5.1 Algemene voorzieningen

Onder de algemene voorzieningen verstaan we alles wat bijdraagt aan het faciliteren van het meedoen. Dus niet alleen voorzieningen die zorgen dat mensen met een beperking kunnen deelnemen. Zo zijn een dorps huis, een bibliotheek en een muziek- of sportvereniging voorbeelden van voorzieningen die hun functie hebben voor de maatschappelijke participatie van de inwoners. Maar ook een goed aanbod aan onderwijsvoorzieningen en werkgelegenheid zijn hieronder te scharen.

De gemeente heeft een rol bij het instandhouden van dit soort voorzieningen (p1). De gemeente moet er daarnaast voor zorgen dat deze voorzieningen bereikbaar zijn voor mensen met een beperking (p5). Dat gaat van op- en afritten van de trottoirs zodat ook iemand met een rollator de bibliotheek daadwerkelijk, fysiek kan bereiken tot de mogelijkheid om bijvoorbeeld rolstoeltennis te beoefenen.

Door de algemene voorzieningen goed op orde te hebben wordt de deelname aan het maatschappelijk verkeer door een ieder in de gemeente mogelijk gemaakt (het blijft een individuele verantwoordelijkheid in hoeverre men ook daadwerkelijk deelneemt) en de aanspraak op individuele voorzieningen beperkt. Als de bibliotheek niet lopend kan worden bereikt met behulp van een rollator zal iemand bijvoorbeeld met collectief vervoer gebracht en gehaald moeten worden.

De algemene voorzieningen beperken zich in onze ogen niet alleen tot fysieke voorzieningen zoals een ontmoetingsplek of een vervoersvoorziening. Ook een vrijwilligerscentrale of de beschikbaarheid van voldoende maatschappelijk werk in de gemeente vallen hieronder.

Invloed gemeente

De gemeente draagt zorg voor voldoende aanbod aan basisonderwijs. Voortgezet onderwijs is in onze gemeente niet aanwezig. Ook probeert de gemeente, bijvoorbeeld via de ruimtelijke ordening, voldoende mogelijkheden voor het scheppen van werkgelegenheid te creëren.

Voor de zogenaamde welzijnsvoorzieningen zoals een dorps huis, bibliotheek of vereniging heeft de gemeente een meer specifiek instrument in huis: subsidie. Dit instrument voldoet ook aan een van de randvoorwaarden van de Wmo en dat is dat de gemeente niet zelf uitvoert. De gemeente gebruikt subsidie om gewenste algemene voorzieningen in stand te houden of om voorzieningen bepaalde doelstellingen te laten realiseren. De subsidieverordening is hierop aangepast en in de komende tijd zal, mede op basis van dit beleidsplan, voor de grotere instellingen de subsidie gekoppeld worden aan het realiseren van door de gemeente gestelde doelen. Voorbeelden daarvan kunnen zijn het realiseren van een ontmoetingsruimte of het bestrijden van eenzaamheid onder ouderen.

Ook intern kan de gemeente werken aan de verbetering van algemene voorzieningen door bij de besluitvorming standaard rekening te houden met de gevolgen van het besluit voor het meedoen in de samenleving. Voorbeelden zijn een toets op levensloopbestendigheid bij bouwvergunning; bij de inrichting van de openbare ruimte rekening houden met toegankelijkheid en rekening houden met mogelijke gezondheidseffecten van besluiten.

Doelstelling	Verbeteren voorzieningenniveau
Acties	Door middel van prestatieafspraken met de instellingen die een budgetsubsidie krijgen zorgen dat aan de (nog verder te peilen) behoeften van de inwoners tegemoet gekomen wordt.
Te behalen resultaten	Hoger gebruik van de voorzieningen
Kwaliteitsborging	Subsidie mede afhankelijk van wel of niet halen doelstellingen
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

Doelstelling	Bewustwording gemeentelijke organisatie voor gevolgen besluiten voor 'meedoen in de samenleving'
Acties	In collegebesluiten standaard aandacht besteden aan de mogelijke gevolgen van het besluit voor de inwoners om mee te doen in de samenleving (toegankelijkheid, gezondheid, levensloopbestendigheid)
Te behalen resultaten	Betere algemene voorzieningen
Kwaliteitsborging	Niet van toepassing
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

Sociale kaart

Het beste overzicht van de algemene voorzieningen die er in onze gemeente zijn staat in de gemeentegids. Verenigingen, kerken, dorpscentra, alles staat vermeld in de gids. Voor een compleet beeld zouden echter ook de gemeentegidsen van Haarlem (Spaarndam-West) en Haarlemmermeer (Zwanenburg) erbij genomen moeten worden. De inwoners van Spaarndam c.q. Halfweg maken met hetzelfde gemak gebruik van de voorzieningen daar. De grens tussen de gemeenten is puur een bestuurlijke grens.

Met het opstellen van een goede sociale kaart (p3), die de voorzieningen beschrijft waar de inwoners van de gemeente gebruik van (kunnen) maken en dus de gemeentegrens negeert, wordt een goede basis gelegd voor de informatievoorziening. Met een ruime fysieke beschikbaarheid (gedrukt exemplaar) en een digitale beschikbaarheid (via de website van de gemeente) kan het gebruik worden bevorderd. De website www.lokethaarlem.nl is een goed voorbeeld hoe een digitale versie van de sociale kaart eruit kan zien. Onderverdeling van de kaart een deel 'Spaarndam' en een deel 'Halfweg' doet goed recht aan de verschillen tussen de verzorgingsgebieden van beide delen van de gemeente.

Er worden momenteel offertes opgevraagd voor het maken van een sociale kaart. De kosten worden vooralsnog geraamd op ongeveer € 15.000 inclusief de ontwikkeling van een website.

Doelstelling	Goede bekendheid van voorzieningen en mogelijkheden om mee te doen in de samenleving
Acties	Opstellen en verspreiden sociale kaart en deze digitaal beschikbaar maken
Te behalen resultaten	Sociale kaart
Kwaliteitsborging	Actueel houden van de gegevens borgen
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

Lokaal loket

Het lokale loket valt ook onder de algemene voorzieningen (p3). De taak van het loket is de inwoners informatie, advies en cliëntondersteuning te bieden. Tot nu toe is het loket ingericht geweest als een spreekuur, eenmaal per week gedurende twee uur. Voor het spreekuur komt een Wmo consulent van de gemeente Heemstede naar het gemeentehuis. Voor deze optie is destijds gekozen omdat deze medewerker uit ervaring een goed overzicht heeft over

de sociale kaart en gekwalificeerd is om de (eenvoudige) indicatiestellingen te doen voor individuele voorzieningen. Op de tijden dat het loket niet geopend is worden vragen beantwoord door een medewerker welzijn van afdeling Bestuursondersteuning en bewonerszaken of wordt verwezen naar de Wmo-info lijn van de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken in Heemstede.

Uit een eerste evaluatie van de opzet van het loket blijkt dat het gebruik ervan minimaal is. Het is niet vaak bezocht, ondanks de publiciteit die aan het loket is gegeven. Op basis van deze kennis lijkt het voor de hand te liggen het spreekuurloket op te heffen en een mobiel loket in te stellen (uitsluitend huisbezoeken afleggen). Echter, omdat niet bekend is waarom het loket zo weinig bezocht wordt (onbekendheid met het loket, geen behoefte aan een dergelijke voorziening e.d.) heeft het college besloten het loket in de huidige vorm nog een half jaar voort te zetten, tot in ieder geval 1 februari 2008. Tegelijkertijd stellen we voor de oorzaak van het onvoldoende functioneren te achterhalen. In de tussentijd hebben wij bij de begrotingskrant van 2007 hebben wij huis aan huis een boekje laten verspreiden met informatie over individuele voorzieningen en het loket om de bekendheid te bevorderen.

Wij hebben op dit moment ook geen goed zicht op de wensen en behoeften van de inwoners in het algemeen en van speciale doelgroepen zoals mensen met een lichamelijke beperking. Uit landelijke informatie weten we dat er vaak behoefte is aan klussenhulp en boodschappendiensten, aan ontmoetingsplekken en aan alternatieve vervoersdiensten. Maar wat missen de inwoners van onze gemeente nog aan voorzieningen? Waar zouden ze meer ondersteuning bij willen? Welke voorzieningen hebben zij nodig om de sociale samenhang en leefbaarheid te verbeteren? Hoe ervaren de inwoners de sociale samenhang en de leefbaarheid en hebben zij ideeën om dat te verbeteren? Omdat we dit inzicht wel willen krijgen stellen we voor hier ook onderzoek naar te doen.

Wij zien kansen een en ander te combineren. Door een papieren versie van de sociale kaart, waarin ook de mogelijkheden voor individuele voorzieningen van de Wmo zijn opgenomen, huis aan huis te verspreiden, kan de informatievoorziening aan de inwoners verbeterd worden. Bij deze sociale kaart kan een enquête worden gevoegd waarin wij vragen kunnen opnemen over het lokale loket, de behoefte aan voorzieningen en kunnen we vragen of de inwoners verbeteringsuggesties hebben voor sociale samenhang en leefbaarheid. In oktober 2007 heeft de GGD regionaal een enquête onder ouderen (65-plus) uitgezet. In deze enquête wordt gevraagd naar de gezondheid, zelfredzaamheid, welbevinden, zorg, woning en woonomgeving, diensten en voorzieningen en naar leefstijl. De resultaten kunnen ook bijdragen aan onze kennis over de wensen en behoeften. De gezamenlijke resultaten gaan we gebruiken om de Wet maatschappelijke ondersteuning in onze gemeente verder vorm te geven. De kosten voor een dergelijk onderzoek schatten we op € 5.000.

Doelstelling	Goede toegankelijkheid van informatie, advies en voorzieningen om meedoen in de samenleving te bevorderen.
Acties	Na evaluatie en onderzoek loketvoorziening waar mogelijk verbeteren.
Te behalen resultaten	Goede loketvoorziening voor de inwoners.
Kwaliteitsborging	Samenwerking zoeken met professionele partners om kwaliteitsniveau loket te waarborgen.
Keuzevrijheid	Niet van toepassing.

Doelstelling	Betere op de behoefte afgestemde voorzieningen.
Acties	Door middel van enquête onderzoek doen naar wensen en behoeften inwoners.
Te behalen resultaten	Goed beeld van wensen en behoeften en bron voor beleidsaanpassingen.
Kwaliteitsborging	Niet van toepassing.
Keuzevrijheid	Niet van toepassing.

Gezondheid

Een van de voorwaarden om mee te kunnen doen in de maatschappij is gezondheid. Over de staat van de gezondheid van de inwoners van de gemeente is het Gezondheidsprofiel Haarlemmerliede en Spaarnwoude 2007 verschenen. Dit rapport is als bijlage bij deze nota opgenomen, waarnaar wij verwijzen voor de uitgebreide rapportage.

Een algemene constatering in het rapport is dat de levensverwachting van de inwoners van onze gemeente negen jaar gunstiger is dan de regionale en de landelijke verwachting. Dat is een prima gegeven, maar laat onverlet dat er aandacht moet zijn voor de ongezonde levensstijl die steeds meer inwoners van Nederland, en dus ook van onze gemeente, er op na houden. Roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik zijn belangrijke risicofactoren. Gezondheid en ziekte zijn ook nog steeds zeer ongelijk verdeeld naar inkomen en achtergrond, de zogenaamde sociaal-economische gezondheidsverschillen. Specifiek voor onze gemeente is de kwaliteit van de leefomgeving nog van belang. Naast objectieve gevolgen voor de gezondheidstoestand (slaapstoornissen hart- en vaatziekte en invloeden op het leervermogen door Schiphol) zijn er gevolgen voor de gezondheids*beleving* van de inwoners.

De belangrijkste algemene voorziening die de gemeente heeft op het terrein van de volksgezondheid is de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD), onderdeel van de Veiligheidsregio Kennemerland (VRK). Zij bewaakt, beschermt en bevordert de gezondheid van alle inwoners van Kennemerland. Zij voert het wettelijke takenpakket uit dat in de Wet collectieve preventie volksgezondheid is opgenomen zoals bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting en –opvoeding, medisch-milieukundige zorg, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg.

In het Gezondheidsprofiel noemt de GGD vier doelgroepen / thema's: jeugd; volwassenen en ouderen; openbare geestelijke gezondheidszorg en veiligheid, milieu en infectieziekten. Hieronder gaan we per thema in op de algemene voorzieningen die de gemeente heeft of zou kunnen hebben voor deze doelgroepen of thema's, zowel op welzijns- als gezondheidsterrein. Waar de GGD vooral werkt voor de inwoners van de gehele regio, kijken we hier met name naar wat er lokaal mogelijk is. Zowel de gezondheidsaspecten als de maatschappelijke participatie zullen we belichten. Als de gegevens niet significant afwijken van de landelijke of de regionale cijfers gaan we er in dit beleidsplan niet verder op in. Acties, bijvoorbeeld tegen (ernstig) overgewicht bij volwassenen worden regionaal of landelijk georganiseerd.

In deze paragraaf willen we ook aandacht besteden aan prestatieveld 5 waarin het gaat over algemene voorzieningen voor mensen met een beperking of met een chronisch psychisch of met een psychosociaal probleem.

De twee belangrijkste algemene voorzieningen op dit gebied zijn het algemeen maatschappelijk werk en de collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg.

Het maatschappelijk werk helpt mensen die moeilijkheden ondervinden in hun persoonlijk en sociaal functioneren. Bijna de helft van de cliënten heeft problemen van psychische of psychosociale aard (depressie; rouwverwerking) en gezondheid. Een kwart heeft relationele problemen en een kwart materieel-sociale problemen (geld, huisvesting). Wij verstrekken

subsidie aan Kontext zodat zij deze voorziening kosteloos aan onze inwoners kunnen aanbieden.

Het doel van de collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg is begrip en herkenning van psychische klachten en het wegwijs maken voor (zelf)hulp. In onze regio ontvingen tot en met 2006 de Jeugd-RIAGG en de Geestgronden financiële middelen hiervoor uit de AWBZ, via het Rijk. Deze twee instellingen bereiden samen met Kontext, Brijder, GGD en Tandem een regionaal aanbod collectieve preventie voor. In dit aanbod is in ieder geval een continuering van het bestaande aanbod, met daarnaast een aantal optionele acties die de gemeenten individueel, afgestemd op hun specifieke behoefte, kunnen afnemen. De specifieke inzet kan zo worden gerelateerd aan de uitkomsten van enquêtes of gezondheidsonderzoeken (het gezondheidsprofiel en het Emovo-onderzoek).

Doelstelling	Verbetering (geestelijke) gezondheid inwoners
Acties	Los van de standaardvoorzieningen speciaal op de behoefte van de inwoners afgestemde acties afnemen.
Te behalen resultaten	Verbetering van de gezondheid van de inwoners op die punten waar de gemeente in negatieve zin afwijkt van de regionale of landelijke gemiddelden.
Kwaliteitsborging	Samenwerking met professionele organisaties
Keuzevrijheid	Toegang voor de inwoners tot verschillende organisaties (bijv. niet alleen maatschappelijk werk, ook ggz-instellingen)

Jeugd

Het prestatieveld 2 'op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden' heeft betrekking op activiteiten voor jongeren gericht op preventie van criminaliteit, schooluitval, risicogedrag, en het bieden van ondersteuning bij de opvoeding van jongeren in problematische gezinnen. Met de invoering van de Wet op de jeugdzorg voert de gemeente regie over de keten van preventieve jeugdhulp. Samen met de provincie is de gemeente verantwoordelijk voor de aansluiting van preventieve jeugdhulp op de jeugdzorg.

Dit alles is niet nieuw voor de gemeente. De verantwoordelijkheid van de gemeente is wel duidelijker vastgelegd met de Wmo, maar er werd natuurlijk al het nodige gedaan. De gemeente draagt bij aan opvoedingsondersteuning via het peuterspeelzaalwerk. Naast subsidiering is ook aandacht voor deskundigheidsbevordering van de leidsters. De gemeente signaleert daarnaast absoluut en relatief verzuim in het kader van de leerplicht. In regioverband werkt onze gemeente mee aan het verkrijgen van een sluitende ketenaanpak op het gebied van preventieve jeugdhulp. Een belangrijke ontwikkeling daarbij is momenteel het opzetten van centra voor jeugd en gezin. De diverse betrokken partijen (bureau Jeugdzorg, JGZ 0-19 e.d.) zullen deelnemen aan dit loket. Wij sluiten hierbij aan bij het beleid van de gemeente Haarlem, wat betekent dat consultatiebureaus omgevormd worden tot centra voor jeugd en gezin. Het eerste centrum zal in 2008 starten. Daarnaast is op het gebied van opvoedingsondersteuning vanaf 2006 veel aandacht geweest voor het versterken van de zorgstructuur rond het onderwijs in de gemeente. Zo is nu voor alle scholen in de gemeente een mobiel team beschikbaar. Daarnaast is de gemeente gestart met het organiseren van voorlichtingsavonden voor ouders.

Medio 2007 heeft de raad de nota Jeugdbeleid 2007-2010 vastgesteld. Hierin wordt het onderwijs- en het jeugdbeleid beschreven. Een aantal doelstellingen uit deze nota past binnen prestatieveld 2 (voorkomen van criminaliteit, schooluitval en risicogedrag).

Gegevens over de gezondheid van de jeugd (zie resultaten EMOVO onderzoek) leert ons dat er, naast bovenstaande speerpunten, aandacht moet zijn voor de lichamelijke

gezondheid (alcohol; softdrugs; veilig vrijen; langdurige aandoeningen) en voor de geestelijke gezondheid (verhouding met de ouders; zelfdoding; verveling). Met betrokken instanties zal overleg gevoerd moeten worden om te zien welke acties mogelijk zijn om de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de jeugd te bevorderen.

Door (verder) uitvoering te geven aan de doelstellingen en acties uit de nota Jeugdbeleid 2007-2010 wordt bijgedragen aan de doelstellingen van de Wmo. Jongeren moeten opgroeien tot zelfstandige, volwassen en verantwoordelijke burgers. Een veilige leefomgeving een voorwaarde (p1). Door voorlichting over de effecten van gedrag op anderen, over strategieën om adequaat om te gaan met moeilijke situaties (druk, agressie, uitgaan), over hulpverlenende instanties en wat ze doen, door laagdrempelige voorzieningen te bieden, kunnen in ieder geval aanknopingspunten geboden worden om anders te handelen. Het lokale loket, en de centra voor jeugd en gezin, moeten openstaan als eerste informatiepunt hiervoor (p3). Uiteraard delen jongeren mee in de algemene voorzieningen die in de gemeente voorhanden zijn, zoals gezondheidszorg en vervoers- en gemeenschapsvoorzieningen (prestatievelid 5). Uit het Emovo-onderzoek blijkt dat onze jongeren ook problemen kennen met geestelijke gezondheid, huisvesting en verslaving, waarmee er relaties liggen naar prestatieveliden 6, 7, 8, 9.

Doelstelling	Zie Nota Jeugd.
Acties	
Te behalen resultaten	
Kwaliteitsborging	
Keuzevrijheid	

Volwassenen en ouderen

Onder de groep volwassenen komen uit het Gezondheidsprofiel 2007 geen afwijkende cijfers voor onze inwoners naar voren. In paragraaf 4 van dit beleidsplan hebben we ook uit meer algemene gegevens geconcludeerd dat er voor de gemiddelde volwassene in onze gemeente weinig beperkingen zijn om mee te doen. Er lijken geen groepen van enige omvang te zijn die ondersteuning nodig hebben. Op individueel niveau kunnen beperkingen (fysiek of financieel) worden weggenomen met individuele voorzieningen. Hierover staat meer in paragraaf 5.2.

Volwassenen zijn vaak, maar zeker niet alleen, degenen die mantelzorg verlenen, bijvoorbeeld aan ouders of aan de kinderen. Daarover zodirect meer.

Op het vrijwilligerswerk, ook veelal door volwassenen uitgevoerd, gaan we in paragraaf 5.3 verder in.

Voor ouderen geldt in het algemeen dat problemen met de gezondheid voor de meesten pas na het 75^e levensjaar ontstaan. Deze groep is in onze gemeenten groter, gezien de negen jaar hogere levensverwachting. Daarnaast is er de vergrijzing waardoor het aantal 65-plussers bij ons in 2025 zeer aanzienlijk (> 65 %) zal zijn toegenomen ten opzichte van 2006. Meer ouderen, met naar verwachting ook meer ziekten terwijl steeds meer ouderen bij voorkeur zelfstandig blijven wonen. Naast lichamelijke beperkingen zijn ook depressies, het gevoel van verlies, afname van sociale contacten door vermindering van mobiliteit belangrijk. Daar komt bij dat het een het ander nog kan versterken.

Dit zal een groter beroep op voorzieningen voor ouderen tot gevolg hebben. Hoeveel groter dit beroep zal zijn is moeilijk in te schatten, maar we moeten in ons beleid nu daar al rekening mee houden. Het creëren van ontmoetingsmogelijkheden, bijvoorbeeld een huiskamer c.q. een eettafelproject, vervoer, maar ook zorgen dat er gebruik gemaakt wordt van de mogelijkheden om inkomensverlies te beperken zijn allemaal van belang. Ouderen moeten ook actief benaderd worden om problemen tijdig te signaleren. Of iemand daadwerkelijk gebruik maakt van voorzieningen blijft een individuele keuze, maar we willen

als gemeente wel georganiseerd hebben dat er voorzieningen zijn en dat deze bij de doelgroep bekend zijn.

Via ons subsidiebeleid gaan we afspraken maken met instellingen dat er ten eerste voldoende ontmoetingsmogelijkheden zijn, bijvoorbeeld in de vorm van een huiskamer- of eettafelproject. Belangrijk daarbij is dat dat gebeurt op plekken waar ook anderen dan de doelgroep komen zoals in een dorps huis, zodat de participatie van ouderen niet beperkt blijft tot contacten binnen de doelgroep. Wellicht zijn creatieve combinaties (jongeren koken wekelijks een maaltijd voor ouderen) te bedenken (p1 en p5).

Als tweede willen we de mogelijkheid van de (permanente) inzet van een ouderenadviseur uitwerken. De opdracht aan een dergelijke functionaris zou zijn een huisbezoek aan iedere inwoner die 75 jaar wordt met vanaf die leeftijd jaarlijks een contactmoment. De functionaris zal in eerste instantie een signalerende en doorverwijzende functie hebben. Daarnaast is een ouderenadviseur een informatiebron voor de gemeente. Een ouderenadviseur kan de persoonlijke signalen van de inwoners vertalen naar meer algemene wensen en behoeften en die informatie is een bron voor nieuw beleid of beleidsaanpassingen is (p5).

Ouderen die steeds langer zelfstandig blijven wonen en bij wie de zorgbehoefte toeneemt, zorgen ook dat het beroep op mantelzorg steeds groter zal worden. Mantelzorg is zorg die noodzakelijkerwijs langdurig, onbetaald en vanuit een persoonlijke betrokkenheid wordt verleend door familie, vrienden en mensen uit de naaste omgeving van hulpbehoevende. Dit hoeven overigens niet alleen ouderen te zijn, maar ook zieken of gehandicapten. Deze zorg wordt over het algemeen met veel liefde gegeven en is van grote maatschappelijke waarde. Maar het is ook zwaar, zeker omdat het langdurig is. Ondersteuning van mantelzorgers is daarom van groot belang (p4). Ondersteuning kan inhouden dat mensen voorlichting krijgen, maar bijvoorbeeld ook dat de mantelzorg voor een keer wordt overgenomen om de mantelzorger te ontlasten.

Een ontwikkeling waar we rekening mee moeten houden is dat het minder vanzelfsprekend zal worden dat familie de mantelzorg op zich neemt. Kleinere gezinnen, kinderen die verder weg wonen en meer gescheiden ouders zorgen er voor dat mantelzorg minder vanzelfsprekend wordt. Het beroep op de direct omgeving (buren, vrienden) zal groter worden. Het belang van een goede sociale samenhang in de buurten wordt daarmee alleen maar groter.

Voor deze ondersteuning zijn meerdere organisaties in de regio actief. Voorheen werden deze vanuit de Awbz gefinancierd, maar met de invoering van de Wmo zijn deze middelen overgegaan naar de gemeenten, overigens zonder een verplichting de financiering over te nemen. Voor de individuele, regionaal opererende organisaties is het lastig om met zes (of meer) individuele gemeenten zaken te doen. Wij hebben daarop in regionaal verband afgesproken als gemeenten gezamenlijk subsidiëring te regelen.

Dat houdt niet in dat er ook lokaal aandacht kan zijn voor de mantelzorgers in de gemeente. In Nederland is er, vergelijkbaar met de Nationale Vrijwilligersdag, ook een jaarlijkse Nationale Mantelzorgdag in november. De gemeente kan bijvoorbeeld een oproep doen om mensen die mantelzorg verlenen aan te melden bij de gemeente. In de oproep wordt de omschrijving van mantelzorg opgenomen en zo wordt voor mensen duidelijk dat er mantelzorg gegeven wordt (want veel mensen realiseren zich niet eens dat zij mantelzorger zijn). Voor de gemeente wordt tegelijkertijd duidelijk hoeveel mantelzorgers er zijn en wat voor soort zorg gegeven wordt. Meer in het algemeen kan de gemeente de bekendheid van de ondersteunende organisaties via de (digitale) sociale kaart vergroten en aandacht vragen voor de behoefte aan inzet van vrijwilligers.

Het onderwerp mantelzorg hebben we in dit plan opgenomen onder het kopje volwassenen/ouderen. Daarmee hebben we niet gezegd dat mantelzorg specifiek een vraag of een zorgtaak is van die doelgroep. Ook jonge kinderen verlenen vaak mantelzorg aan ouders en de zorg van ouders met gehandicapte kinderen gaat het normale zorgniveau vaak ver te boven. De ondersteuning geldt uiteraard ook voor deze groepen.

Doelstelling	Goed samenleven van jong en oud
Acties	Ontmoetingsplekken en activiteiten waar jong en oud elkaar ontmoeten
Te behalen resultaten	Een of meerdere permanente voorziening / activiteit
Kwaliteitsborging	Niet van toepassing
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

Doelstelling	Voorkomen isolement ouderen
Acties	Inzet ouderenadviseur voor regelmatig huisbezoek aan doelgroep (75-plus)
Te behalen resultaten	Bekendheid voorzieningen bij de doelgroep
Kwaliteitsborging	Niet van toepassing
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

Doelstelling	Goede ondersteuning voor mantelzorgers
Acties	Subsidiëring ondersteunende organisaties; waardering vanuit de gemeente voor mantelzorgers, aandacht voor vrijwilligerswerk om mantelzorgers te ondersteunen
Te behalen resultaten	Goede bekendheid ondersteuningsmogelijkheden; meer vrijwilligers voor ondersteuning beschikbaar
Kwaliteitsborging	Niet van toepassing
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

Onder OGGZ (p8) wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ, het bereiken van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van (dreiging van) crisis en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering. De rijksmiddelen hiervoor gaan naar de centrumgemeente Haarlem, die in samenspraak met de overige gemeenten in de regio deze afspraken maakt.

De VRK/GGD heeft een team Vangnet & Advies dat ernstige overlast, vervuiling en zorgwekkende zorgmijding voorkomt en bestrijdt. Daarnaast is er het Schakelstation, een ketensamenwerkingsverband bedoeld voor sociaal kwetsbaren met ernstig zorgmijdend gedrag en dak- en thuislozen.

Op regionale schaal is de OGGZ goed georganiseerd. Wat valt er op lokale schaal nog te doen? Vrijwel alle gemeenten in de regio kennen een zogenaamd 'sociaal team'. Hierin werken een aantal organisaties samen die op enigerlei wijze betrokken (kunnen) zijn bij situaties van (dreigende) overlast of zorgwekkende situaties. Dit zijn bijvoorbeeld de afdeling Sociale Zaken, de wijkagent, de woningbouwvereniging, het algemeen maatschappelijk werk, de Geestgronden, de Brijderstichting et cetera. Signalen van zorgmijdend gedrag worden ingebracht en er wordt afgestemd hoe en door wie een probleem wordt aangepakt. Door de bevolkingsomvang van onze gemeente komen situaties van (dreigende) overlast of anderszins zorgwekkende situaties minder voor c.q. ze worden in de bestaande sociale verbanden eerder opgepakt en opgelost. Toch willen wij ook voor onze gemeente een 'sociaal team' opzetten, maar dat alleen op ad hoc basis te laten functioneren. Wij willen van relevante instanties de gegevens van contactpersonen verzamelen en bekendmaken dat het lokale loket fungeert als centraal meldpunt voor deze situaties. Vanuit het loket worden bij een melding vervolgens de contactpersonen benaderd om in gezamenlijkheid een aanpak te bepalen en de verantwoordelijkheden te verdelen.

Doelstelling	Zorgwekkende situaties vroegtijdig oplossen
Acties	Opzetten sociaal team op ad hoc basis
Te behalen resultaten	Minder situaties van overlast of anderszins zorgwekkende situaties in de gemeente
Kwaliteitsborging	Samenwerking met professionals
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

Veiligheid, milieu en infectieziekten

Dit is het vierde en laatste door de GGD genoemde thema en ook een van de moeilijkste. In de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid is al uitgebreid ingegaan op de discrepantie tussen de constatering dat het over het algemeen goed gaat met de gezondheid van de inwoners en de ongerustheid die leeft onder diezelfde inwoners. De ongerustheid die voortkomt uit mogelijke gezondheidseffecten, mentaal en fysiek, van de nabijheid van Schiphol en een grote verkeersdruk. Maar die ook voortkomt uit veiligheidsrisico's zoals wederom Schiphol of ammoniaktransporten.

Als gemeente kunnen we vaak niet veel doen omdat besluiten (luchthaven, snelwegen) niet op gemeentelijke niveau genomen worden. We zijn uiteraard wel alert op alle (ruimtelijke) ontwikkelingen in onze omgeving en waar nodig brengen wij de gezondheids- en leefbaarheidsbelangen van onze inwoners onder de aandacht van beslissers. Een recent voorbeeld is onze inzet om de nieuwe hoogspanningsleidingen ondergronds aangelegd te krijgen. En uiteraard blijven wij de GGD vragen overzicht te bieden van bestaande en nieuwe onderzoeken en rapporten over de invloed van Schiphol en drukke verkeerswegen op de gezondheid. De GGD kan ons ook adviseren bij de planning van de ruimtelijke ontwikkelingen (woningbouw, scholenbouw) in onze gemeente.

Dat objectieve veiligheid en veiligheidsbeleving twee verschillende dingen zijn weten we allemaal. Ongerstheid over de gezondheidseffecten van straling, fijnstof, bodemverontreiniging, grootschalige op- en overslag van brandstoffen is niet zo maar weg te nemen. Het is de taak van gemeente open en eerlijk te communiceren over bestaande en nieuwe gezondheidsrisico's, juist als de beleving van de inwoners daarom vraagt. De overheersende wetenschappelijke meningen is leidraad bij deze communicatie.

Doelstelling	Gevoel van onveiligheid bij de inwoners zoveel mogelijk voorkomen
Acties	Open en eerlijke communicatie over risico's
Te behalen resultaten	(Pro)Actieve houding van de gemeente en GGD op dit terrein
Kwaliteitsborging	Samenwerken met professionele instellingen op het gebied van communicatie
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

Maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang

Andere algemene voorzieningen die bijdragen aan het faciliteren van het meedoen zijn de voorzieningen voor maatschappelijke opvang (p7). Dit soort voorzieningen, zoals het Advies- en steunpunt huiselijk geweld en het Blijf-van-m'n-lijf-huis, zijn via de centrumgemeente Haarlem georganiseerd. Voor ons ligt hier geen lokale taak meer te wachten.

Doelstelling	Niet van toepassing, taak centrumgemeente
Samenhang acties	
Te behalen resultaten	
Kwaliteitsborging	
Keuzevrijheid	

Verlavingsbeleid

Ook de verslavingszorg wordt regionaal geregeld door de centrumgemeente Haarlem die daarvoor een doeluitkering ontvangt.

Los hiervan vinden wij dat er lokaal de nodige aandacht moet zijn voor roken, drugsgebruik en alcoholgebruik omdat deze drie verslavend zijn. Door het gebruik (drugs) of overmatig gebruik (alcohol) van deze middelen te voorkomen wordt een beroep op de verslavingszorg wellicht voorkomen en de gezondheid bevorderd. In de nota Jeugdbeleid is dit al als actiepunten opgenomen. Maar voorlichting over het voorkomen en tegengaan van verslavingen moet zich uitstrekken tot alle bevolkingsgroepen. Bij de GGD zijn daarvoor diverse instrumenten en hulpmiddelen ontwikkeld en wij zullen samen met hen bezien welke lokale acties zinvol kunnen zijn.

Doelstelling	Verbetering gezondheid inwoners en voorkomen individuele en maatschappelijke problemen door verslaving
Acties	Onderzoeken nut inzet lokale acties, specifiek op zaken waar de gemeente slechter scoort dan gemiddeld
Te behalen resultaten	Verbetering scores
Kwaliteitsborging	Samenwerking met professionals
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

5.2 Individuele voorzieningen

Met voldoende en goede algemene voorzieningen proberen we het meedoen aan de samenleving voor zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk te maken, maar soms zijn er voorzieningen specifiek voor een persoon nodig.

Aan inwoners die als gevolg van een objectiveerbare aandoening belemmeringen ervaren bij het wonen en het zich verplaatsen in en om de woning worden voorzieningen zoals huishoudelijke hulp, woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen verstrekt.

Het beleid is vastgesteld in een gemeentelijke verordening en besluit. Het beleid in de hele regio is zoveel mogelijk afgestemd en de uitvoering wordt voor ons gedaan door de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken in Heemstede. Voor het collectief vervoer wordt samengewerkt met de Provincie Noord-Holland.

Het verstrekken van individuele voorzieningen is een eigen gemeentelijke verantwoordelijkheid. Bij de invulling daarvan hebben wij ons, overigens naar volle tevredenheid, geconformeerd aan onze partners in het samenwerkingsverband en bij de voorziening huishoudelijke hulp aan de regio. Het is voor de inwoners prettig dat er eenduidigheid in beleid en voorzieningen is, zodat niet bijvoorbeeld voor inwoners van in Spaarnwoude andere regels gelden dan voor Spaarnwoude-Oost. Wij zien niet de noodzaak lokaal nog zaken anders te regelen met betrekking tot individuele voorzieningen. Een vergelijking met de verstrekking van deze voorzieningen in de gemeente Haarlemmermeer (Zwanenburg) is nog wel nuttig.

Een andere vorm van individuele voorzieningen is geregeld in ons minimabeleid. Dit lokale beleid is onlangs door de gemeenten die deelnemen in de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken met elkaar afgestemd. Voor onze gemeente heeft dat geleid tot een uitbreiding van de mogelijkheden. Naast puur financiële maatregelen zoals kwijtschelding van gemeentelijke belastingen en tegemoetkomingen in ziektekostenpremies zijn er een aantal maatregelen die specifiek gericht zijn op deelname in de maatschappij. Er wordt bijvoorbeeld een financiële tegemoetkoming verstrekt voor actieve deelname aan een sportvereniging, culturele of educatieve instelling. Het gaat bijvoorbeeld om lidmaatschap van een sportclub of bibliotheek of om culturele / educatieve activiteiten bij de Volksuniversiteit.

Doelstelling	Inwoners die als gevolg van een objectiveerbare aandoening belemmeringen ervaren bij het wonen en het zich verplaatsen in en om de woning worden voorzieningen zoals huishoudelijke hulp, woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen verstrekt.
Acties	Geen; verstrekking is in wet en verordening geregeld
Te behalen resultaten	Tijdige en kwalitatief goede zorg c.q. voorzieningen regelen
Kwaliteitsborging	Kwaliteitsafspraken met aanbieders
Keuzevrijheid	Meerdere aanbieders en persoonsgebonden budget beschikbaar

Doelstelling	Meedoen beter mogelijk maken voor de inwoners met een minimum inkomen.
Acties	Geen; verstrekking is onlangs opnieuw vastgesteld in samenspraak met de IASZ
Te behalen resultaten	Breed gebruik van de geboden mogelijkheden
Kwaliteitsborging	Niet van toepassing
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

5.3 Sociale verbanden

Dit onderwerp is het meest lastig voor de gemeente. Wij kunnen min of meer direct invloed uitoefenen op algemene en individuele voorzieningen, maar het creëren en instandhouden van goede sociale verbanden is iets van en door de inwoners zelf. Natuurlijk kan de aanwezigheid van ontmoetingsplekken stimulerend werken, maar dan nog moeten de inwoners zelf er gebruik van (willen) maken. Juist omdat het hier gaat om de eigen verantwoordelijkheid van de inwoners hebben we dit toch in een aparte paragraaf opgenomen.

Elkaar kennen neemt de meeste drempels weg om elkaar te helpen of om bij iemand hulp te vragen. Gelukkig kennen veel mensen elkaar uit de buurt, via familiebanden, verenigingen of sportclubs. Toch zijn er nog allerlei ideeën en initiatieven te bedenken die een verdere bijdrage kunnen leveren aan de sociale samenhang. Straatbarbecue's en opzomeracties (bewoners maken samen de straat of buurt schoon, de gemeente doet klein onderhoud, genoemd naar de Opzomerstraat in Rotterdam waar dit idee ontstaan is) zijn bekende voorbeelden, maar wij willen dat de inwoners vooral zelf met ideeën komen.

Dan is de kans dat er voldoende enthousiasme en draagvlak is veel groter dan dat de gemeente of een welzijnsinstelling met ideeën komt. Het lijkt ons dan ook een goed idee om een jaarlijks budget beschikbaar te stellen per wijk, straat of inwoner voor het realiseren van initiatieven die het meedoen bevorderen en (voornamelijk) door bewoners zelf kunnen worden uitgevoerd. De regeling moet laagdrempelig zijn. Met nadruk moeten ook gezondheidsbevorderende initiatieven (bijvoorbeeld loop- en fietsclubjes of afslankclubjes) worden bevorderd.

Alle initiatieven die er nu al zijn in de gemeente en ook nieuwe initiatieven die kunnen ontstaan met behulp van een financiële stimulans door de gemeente, ontstaat door de vrijwillige inzet van de inwoners van onze gemeente (p5). Internationaal kennen we de jaarlijkse Vrijwilligersdag op 7 december en ook in onze gemeente besteden we jaarlijks aandacht aan de vrijwilligers. Op een door de gemeente georganiseerde bijeenkomst worden vrijwilligers in het zonnetje gezet en is er gelegenheid te netwerken en ervaringen uit te wisselen. Meerdere malen heeft de gemeente bij clubs en verenigingen geïnventariseerd of er behoefte is aan ondersteuning, bijvoorbeeld cursussen voor bestuursleden of hulp bij de werving van nieuwe vrijwilligers. Dat bleek niet of nauwelijks het geval te zijn.

In Haarlem is de Vrijwilligerscentrale Haarlem gevestigd die allerlei zaken voor vrijwilligers regelt: een vacaturebank, cursussen, informatie en advies et cetera. Er is ook een 'beursvloer' waar bedrijven, maatschappelijke organisaties en verenigingen tot inspirerende matches kunnen komen.

Wij willen gaan regelen dat de Vrijwilligerscentrale Haarlem officieel ook voor onze inwoners diensten levert. Verenigingen kunnen dan hun vacatures aanmelden en gepubliceerd krijgen op de website van de Vrijwilligerscentrale en inwoners kunnen op de website zoeken naar voor hen aantrekkelijk vrijwilligerswerk. Wij kunnen een rol spelen in de bekendmaking van deze faciliteit voor verenigingen en inwoners.

Ook de gemeente Haarlemmermeer kent een dergelijke voorziening (via de welzijnsorganisatie Meerwaarde). Met hen willen we dezelfde afspraken maken.

Doelstelling	Vergroting sociale samenhang in buurt en straat
Acties	Beschikbaar stellen budget
Te behalen resultaten	Toename van het aantal initiatieven door inwoners voor buurt- en straatactiviteiten
Kwaliteitsborging	Voorstellen worden beoordeeld door de gemeente
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

Doelstelling	Meer en beter vrijwilligerswerk
Acties	Ondersteuning door Vrijwilligerscentrale en Meerwaarde regelen en zorgen voor brede bekendheid
Te behalen resultaten	Meer kennis bij vrijwilligers en betere vacaturevervulling
Kwaliteitsborging	Niet van toepassing
Keuzevrijheid	Niet van toepassing

6 FINANCIËN

Het Rijk heeft voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning door de gemeenten middelen beschikbaar gesteld. Voor een deel zijn dit voor de gemeente nieuwe middelen (voor huishoudelijke hulp, voor subsidieregelingen) en voor een deel zijn middelen die de gemeente al kreeg (Welzijnswet, Wet voorzieningen gehandicapten) onder de noemer van de Wmo gebracht. Alles bij elkaar kan dit oplopen tot een fors percentage van de uitkering uit het gemeentefonds.

Er worden door het Rijk middelen via het gemeentefonds verstrekt met een oormerk. Het geld mag alleen aan de omschreven taak worden uitgegeven. Bekende voorbeelden zijn de uitkering voor het verstrekken van bijstand en het re-integreren van mensen op de arbeidsmarkt, maar ook voor het verstrekken van huishoudelijke hulp. Veel van deze regelingen zijn wel 'open einde regelingen' wat inhoudt dat het een budget is waar de gemeente maar mee uit moet zien te komen. Wordt er meer uitgegeven, dan is dat in principe voor rekening van de gemeente zelf. Er zijn ook een aantal andere verplichtingen. Een voorbeeld daarvan is dat de gemeente verplicht is een GGD te hebben of deel te nemen in een regionale GGD. Uiteraard moet de gemeente dan ook bijdragen in de bekostiging. Los van deze verplichte uitgaven en doeluitkeringen bepaalt de gemeente verder helemaal zelf wat zij over heeft voor het beleid op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning.

Het realiseren van de doelstellingen zoals die hierboven in de omkaderde gedeeltes zijn opgenomen kost geld. Hoeveel geld er nu en in de toekomst voor het realiseren van deze doelstellingen beschikbaar wordt gesteld is uiteindelijk aan de gemeenteraad.

7 HOE VERDER

In de inleiding hebben we al aangegeven dat het vierjaarlijkse beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning richting moet geven aan de te nemen beslissingen betreffende maatschappelijke ondersteuning. De plannen zijn tussentijds te wijzigen.

Evaluatie van dit plan is daarom van groot belang. De wet vraagt ons ook jaarlijks een *tevredenheidsonderzoek* te doen onder de vragers van maatschappelijke ondersteuning en dit samen met *gegevens over de prestaties* te publiceren. Voor de individuele voorzieningen zullen gegevens worden aangeleverd door de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken te Heemstede die dit onderdeel voor ons uitvoert. Maar wij willen ook een beeld hebben van de uitvoering van de wet in de brede zin van het woord. Omdat het niet zinvol is dit al snel na de vaststelling van dit beleidsplan te doen willen wij begin 2009 een eerste evaluatie doen. Hoe dit precies wordt ingevuld zullen wij, in overleg met de Wmo-raad, nog bezien. Om positief te kunnen berichten over de uitvoering van de wet is het noodzaak dat wij aan de slag gaan met de uitvoering van de acties zoals die in hoofdstuk 5 zijn beschreven.

8 OVERWEGINGEN

Wij hadden de keuze gemaakt als eerste de volgende doelstellingen te realiseren. 'Een goede bekendheid van voorzieningen en mogelijkheden om mee te doen in de samenleving' (actie: een goede sociale kaart) en 'betere, op de behoefte afgestemde voorzieningen' (actie: een enquête naar de wensen en behoeften van de inwoners).

De combinatie van deze twee doelstellingen moet leiden tot een goede toegankelijkheid en daarmee een goed gebruik van de voorzieningen. We hechten hier veel waarde aan omdat veel voorzieningen buiten onze gemeentegrenzen gelegen zijn en in ook nog eens in twee verschillende bestuurlijke regio's vallen. Een duidelijke, volledige vindplaats van voorzieningen en informatie is voor onze inwoners en voor het goed functioneren van een lokaal loket van groot belang. Omdat we de sociale kaart huis aan huis willen verspreiden kan een enquête onder de inwoners meeliften. De uitkomsten van deze enquête kunnen we gebruiken om ons beleid te verbeteren.

Zoals in hoofdstuk 3 al is aangehaald hebben we de doelstellingen voorgelegd aan de Wmo-raad. Daarbij hebben we wel een onderscheid gemaakt. Een aantal doelstellingen is ondergebracht in de categorie 'niet beïnvloedbaar'; dit zijn de taken die door ons zijn ondergebracht in het samenwerkingsverband IASZ zoals het minimabeleid en de verstrekking van individuele voorzieningen. De afspraken met de deelnemende gemeenten zijn niet zo gemakkelijk te wijzigen. Ook de taken van Haarlem als centrumgemeente horen in deze categorie. Een tweede categorie was 'jeugd'. Deze doelstellingen komen uit de Nota Jeugd en hier hebben wij al keuzes in gemaakt in de uitwerking van dit beleid. De derde categorie was 'intern'. Dit betreft de optie bij ieder collegebesluit aandacht te besteden aan de gevolgen van het besluit voor 'meedoen in de samenleving'.

Er bleven naast deze categorieën nog voldoende doelstellingen over waar de Wmo-raad een eerste prioriteit aan kon geven: uitvoering in 2008.

De Wmo-raad koos in grote meerderheid als belangrijkste doelstelling het 'voorkomen van isolement van ouderen'. De actie die wij daarbij in gedachten hadden is de inzet van een ouderenadviseur die de doelgroep (75+) aan huis bezoekt. Leden van de Wmo-raad weten uit eigen ervaring dat dit een effectief middel is om mensen zo ver te krijgen dat zij gebruik gaan maken van (individuele) voorzieningen. Een koppeling van de activiteiten met

vrijwilligersorganisaties zoals de Zonnebloem of de ANBO voor vervolgacties op het huisbezoek werd nog als idee toegevoegd.

De tweede doelstelling waar de Wmo-raad prioriteit aan geeft is het 'vergroten van de sociale samenhang in buurt en straat'. De actie die wij daarbij genoemd hebben is het beschikbaar stellen van een budget voor activiteiten in een straat of buurt. Voorbeelden zijn een straatbarbecue of een opschoonactie. De Wmo-raad tekende wel aan dat het budget vooral ten goede moet komen aan Halfweg, Haarlemmerliede en het buitengebied omdat daar minder van dit soort activiteiten zijn. In Spaarndam wordt al relatief veel georganiseerd. De Wmo-raad vraagt de gemeente wel regelmatig waardering te laten blijken voor degenen die dit allemaal organiseren.

De Wmo-raad vindt dit een belangrijke doelstelling, ondanks de eerdere constatering dat de sociale samenhang in de dorpen goed is. Behoud en verbetering van deze samenhang kan met deze actie worden gerealiseerd.

Als derde doelstelling koos de Wmo-raad voor de sociale kaart. Daarbij werd aangetekend dat een digitale versie van belang is, maar het in de eerste plaats een papieren, huis aan huis verspreid boekwerkje moet zijn. Het inmiddels al huis aan huis verspreide informatieboekje over individuele voorzieningen wordt, als eerste aanzet, erg gewaardeerd. In de discussie over deze doelstelling kwam naar voren dat de Wmo-raad niet enthousiast is over een onderzoek naar de behoeften en wensen van de inwoners. De kosten zullen onvoldoende opwegen tegen de baten.

Als vierde doelstelling koos de Wmo-raad 'goed samenleven van jong en oud'. Het gaat hier om ontmoetingsplekken en activiteiten waar jong en oud elkaar ontmoeten. In de discussie over deze doelstelling kwam duidelijk naar voren dat een ontmoetingplek niet zozeer in een dorpscentrum of andere ruimte wordt gesitueerd, maar meer in de openbare ruimte. Een beschutte plek in de nabijheid van winkels of een winkelcentrum wordt van grotere waarde geschat. De winkels zijn een plek waar men spontaan en ongedwongen andere inwoners ontmoet en een ontmoetingsplek in de openbare ruimte sluit goed aan bij die spontaniteit. Er is geen enkele drempel om hiervan gebruik te maken.

Ten slotte vraagt de Wmo-raad voor de langere termijn (na 2008) aandacht voor het 'verbeteren van het voorzieningenniveau'. Behalve een goed aanbod van activiteiten in instellingen zoals het dorpscentrum, vindt de Wmo-raad een goede spreiding en een divers aanbod van winkels van groot belang.

9 VOORSTEL

Wij willen meegaan in de keuzes zoals die door de Wmo-raad zijn gemaakt. Wij willen u in de komende tijd concrete voorstellen voorleggen voor:

- De inzet van een professionele ouderenadviseur die huisbezoeken aflegt aan de doelgroep (75 jaar en ouder) om, waar nodig, de bekendheid en het gebruik van (individuele) voorzieningen te stimuleren die het meedoen in de samenleving bevorderen.
- Het beschikbaar stellen van een budget voor straat- en buurtactiviteiten waarop inwoners die dit willen organiseren een beroep kunnen doen. Bij toekenning van het budget hebben wij voorkeur voor de buurten waar tot op heden minder wordt georganiseerd.
- Het ontwikkelen van een uitgebreide sociale kaart die huis aan huis verspreid wordt en ook digitaal beschikbaar is.

Het onderzoek naar de behoeften en wensen van de inwoners willen wij parkeren. Het gevolg daarvan is wel dat het maken van prestatieafspraken met instellingen die een exploitatiesubsidie krijgen, met als doel het aanbod beter af te stemmen op de vraag, uitgesteld wordt. Wij willen 2008 gebruiken om informatie te halen uit bestaande gegevens (leefbaarheidsonderzoeken), maar vooral ook uit nieuwe gegevens (ouderenenquête van de GGD; jongerenraad, Wmo-raad; ouderenadviseur, interviews). Deze informatie gaan we gebruiken om prestatieafspraken te maken zoals in het Subsidiebeleidskader is aangekondigd.

Intern willen we nog twee eenvoudig te realiseren doelstellingen oppakken. De 'bewustwording van de gemeentelijke organisatie voor de gevolgen van collegebesluiten voor meedoen in de samenleving' kan gerealiseerd worden door bij voorstellen na te denken over zaken als toegankelijkheid, gezondheid en levensloopbestendigheid. Als tweede kan een sociaal team op ad hoc basis worden opgezet om 'zorgwekkende situaties bij inwoners vroegtijdig op te lossen'.

De doelstelling 'goede toegankelijkheid van informatie, advies en voorzieningen om meedoen in de samenleving te bevorderen' is ingevuld met het lokale loket. Over de evaluatie hiervan zijn al afspraken gemaakt. Wij hebben de Wmo-raad toegezegd hen advies te vragen bij de verdere ontwikkelingen rond de lokale loketfunctie.

De acties op het beleidsterrein jeugd lopen via de uitwerking van de Nota Jeugd. Voorstellen voor concrete acties worden afzonderlijk gedaan.

10 SAMENVATTING

Met ingang van 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht geworden. Het centrale doel van de wet is 'meedoen'. Hoewel zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie in principe een verantwoordelijkheid is van de individuele burger geeft de wet de gemeente de opdracht beperkingen die er hierbij kunnen zijn zoveel mogelijk weg te nemen. Dit beleidsplan gaat over de regie die de gemeente voert over het brede beleidsterrein dat door de Wmo wordt omvat. Het plan is geschreven binnen bepaalde kaders. Zo is er onder meer een raads- en collegeprogramma, een kaderstellende notitie over de Wmo, maar ook bestaand gemeentelijk beleid. Ook nemen wij deel aan samenwerkingsverbanden zoals de regionale aanbesteding van de huishoudelijke hulp en de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken te Heemstede. Uitgangspunt voor dit beleidsplan is dat het bestaande beleid en de bestaande voorzieningen ongewijzigd blijven. Het beleidsplan richt zich op versterking en verbreding.

Participatie is een belangrijk element uit de Wmo. Wij zijn daarom blij dat wij het plan hebben kunnen voorleggen aan een Wmo-raad in oprichting. De Wmo-raad heeft over het beleidsplan geadviseerd, met name bij het bepalen van de prioriteiten in de doelstellingen die wij in het plan hebben opgenomen.

In de gemeente is er een sterke sociale infrastructuur, maar is het actieve burgerschap met name in bestuurlijke functies beperkt. Voor de gemeente is het lastig een goed beeld te krijgen van de collectieve wensen en behoeften van de inwoners; het gaat al snel over individuen. De fysieke infrastructuur van de gemeente kent verschillende kanten: gezondheidsrisico's en lawaai, maar ook een goed voorzieningenniveau.

In de gemeente is er een sterke sociale infrastructuur en in onze visie zijn de sociale verbanden het kloppend hart van het meedoen in de samenleving, met de gemeente als

stimulator. Wij streven daarnaast naar de realisatie c.q. het behoud van voldoende algemene voorzieningen en naar het tegemoetkomen aan de individuele behoeften van de inwoners door een goed beleid waarmee belemmeringen in het meedoen worden weggenomen. Daarmee wordt het voor een ieder mogelijk om mee te doen in de samenleving, maar het blijft uiteindelijk de verantwoordelijkheid van het individu om deze mogelijkheden ook te benutten. Het motto wordt dan ook: **Meedoen kan!**

De regierol van de gemeente werken wij uit door in te zetten op onze zorg voor het stimuleren van de sociale verbanden; voor voldoende algemene voorzieningen en voor voldoende individuele voorzieningen. In de uitwerking hiervan komen alle prestatievelden van de wet en het gezondheidsbeleid aan bod.

De uitwerking resulteert in een lijst met doelstellingen en activiteiten om die doelen te bereiken. Uit deze lijst hebben wij de volgende gekozen om als eerste te worden gerealiseerd.

- De inzet van een professionele ouderenadviseur die huisbezoeken aflegt aan de doelgroep (75 jaar en ouder) om, waar nodig, de bekendheid en het gebruik van (individuele) voorzieningen te stimuleren die het meedoen in de samenleving bevorderen.
- Het beschikbaar stellen van een budget voor straat- en buurtactiviteiten waarop inwoners die dit willen organiseren een beroep kunnen doen. Bij toekenning van het budget hebben wij voorkeur voor de buurten waar tot op heden minder wordt georganiseerd.
- Het ontwikkelen van een uitgebreide sociale kaart die huis aan huis verspreid wordt en ook digitaal beschikbaar is.

Voor de exacte invulling en de kosten die daarbij gemaakt moeten worden volgt per onderwerp een voorstel. Daarnaast worden er intern een paar acties opgepakt. Via de Nota Jeugdbeleid 2007-2010 worden activiteiten op dat beleidsterrein ingezet.

Burgemeester en wethouders van Haarlemmerliede en Spaarnwoude
December 2007.

Gezondheidsprofiel
Haarlemmerliede en Spaarnwoude

2007



HulpverleningsDienst
Kennemerland
GGD

**Gezondheidsprofiel
Haarlemmerliede en Spaarnwoude
2007**

Hulpverleningsdienst Kennemerland / GGD

Haarlem, 13 maart 2007

Contactpersoon: A. Oosterlee

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
2.	Algemene toestand van de volksgezondheid	6
3.	Doelgroepen en thema's	7
3.1.	Jeugd	7
3.2.	Volwassenen en ouderen	9
3.3.	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)	12
3.4.	Veiligheid, milieu en infectieziekten	14
4.	Ontwikkelingen in gezondheidszorg en gezondheidsbeleid	19
4.1.	Landelijke speerpunten voor beleid uit de preventienota	19
4.2.	Ontwikkelingen in de gezondheidszorg	19
4.3.	Ontwikkelingen in beleid	19
5.	Conclusies en aanbevelingen	23
	Geraadpleegde bronnen	28
Bijlage	Overzichtstabel beschikbare lokale gegevens Kennemerland	32

Hoofdstuk 1 Inleiding

In 2002 heeft de GGD Kennemerland voor de eerste keer een gezondheidsprofiel gemaakt voor de gemeenten van de regio Kennemerland, inclusief kadernota met aanbevelingen. Beide documenten dienden als voorbereiding voor de totstandkoming van de lokale nota's gezondheidsbeleid.

Nu vier jaar later volgt dit tweede gezondheidsprofiel, waar de gemeenten in Kennemerland gebruik van kunnen maken bij hun tweede nota lokaal gezondheidsbeleid.

Het doel van dit gezondheidsprofiel is de gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude gegevens te verschaffen en daaruit voortvloeiende aanbevelingen te doen om zijn gezondheidsbeleid te kunnen formuleren en onderbouwen. Daartoe wordt inzicht geboden in de gezondheidstoestand en de gezondheidsproblemen van de bevolking in Haarlemmerliede en Spaarnwoude, welke is afgeleid van de situatie in Nederland als geheel waar mogelijk aangevuld met lokale cijfers. De beschreven volksgezondheidsproblemen zijn gerangschikt in onderwerpen (doelgroepen en thema's) die aansluiten bij het bestaande gemeentelijke beleid. Een overlappend thema is de gezondheid van kwetsbare groepen (sociaal-economische gezondheidsverschillen), dat bij elk van de onderwerpen terugkomt.

Voor zover beschikbaar zijn lokale gezondheidsgegevens in de verschillende hoofdstukken verwerkt. Sommige verschillen tussen gemeentelijke uitkomsten en de beschikbare regionale en/of landelijke gemiddelden waren zodanig dat deze aanleiding hebben gegeven tot een aanbeveling.

Nieuw vergeleken met het vorige gezondheidsprofiel is de toevoeging van een paragraaf over algemene ontwikkelingen in gemeentelijk gezondheidsbeleid. Ook zijn deze keer de aanbevelingen verwerkt in het gezondheidsprofiel zelf en niet in een aparte nota.

Uiteraard bestaat er overlap tussen de onderwerpen. Een risico van elke indeling is dat een integrale aanpak wordt belemmerd, terwijl een integrale aanpak op het gebied van gezondheid juist bevorderd moet worden. Daarom zijn in de thema-hoofdstukken telkens dwarsverbanden aangebracht en wordt er verwezen naar andere hoofdstukken.

In het afsluitende hoofdstuk Conclusies en aanbevelingen worden suggesties voor de integratie van beleid verder vormgegeven.

Hoofdstuk 2 van dit gezondheidsprofiel is een kort overzicht van de Algemene toestand van de volksgezondheid. Hoofdstuk 3 bevat de onderwerpen: Jeugd; Volwassenen en Ouderen; Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ); en Veiligheid en Milieu inclusief Infectieziekten. Hoofdstuk 4 beschrijft Ontwikkelingen in de gezondheidszorg en Algemene ontwikkelingen in gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Het laatste hoofdstuk 5 bevat de Conclusies en aanbevelingen.

Een overzichtstabel met de beschikbare lokale gegevens van alle gemeenten en regionale en landelijke gemiddelden is opgenomen als bijlage.

Bij de vervaardiging van dit gezondheidsprofiel kon vaak gebruik worden gemaakt van de recent verschenen Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM, dat onder meer een overzicht biedt van de gezondheidstoestand en de gezondheidsproblemen van de Nederlandse bevolking (VTV 2006).

De gemiddelde levensverwachting in Nederland is sinds 2002 verder toegenomen, een ontwikkeling die al vanaf de 19e eeuw in gang is. Vergeleken met 2002 is ook de levensverwachting in goede gezondheid nu weer duidelijk verbeterd. Dit is het gemiddelde aantal jaren dat mensen in goede gezondheid doorbrengen, dus zonder beperkingen en met een goede ervaren gezondheid (VTV 2006).

De levensverwachting van inwoners van Haarlemmerliede en Spaarnwoude is gunstiger dan van Kennemerland en Nederland als geheel. De levensverwachting bij de geboorte is voor mannen in Haarlemmerliede en Spaarnwoude 84 jaar, bij vrouwen 90 jaar. In Nederland is dat 75 jaar respectievelijk 81 jaar (Van Lier 2005).

De belangrijkste doodsoorzaken zowel landelijk als in Haarlemmerliede en Spaarnwoude zijn nog steeds hart- en vaatziekten en kanker. Ook het optreden van nieuwe gevallen van kanker in Haarlemmerliede en Spaarnwoude wijkt globaal niet af van dat in Nederland (GGD 2007c). Het aantal jaren dat een ziekte gepaard gaat met geestelijke of lichamelijke beperkingen kan gecombineerd worden met het gemiddelde aantal verloren levensjaren door deze ziekte door vroegtijdige sterfte. Op deze manier kan de *ziektelast* van een bepaalde ziekte worden berekend, wat een meer relevante maat is voor de toestand van de volksgezondheid dan alleen de voortijdige sterfte wegens een bepaalde doodsoorzaak.

De top-tien van ziekten met de meeste ziektelast in Nederland is: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte, depressie, chronische longziekten (COPD), suikerziekte, longkanker, alcoholafhankelijkheid, artrose en dementie.

Hoewel de levensverwachting in Nederland stijgt, blijft deze stijging achter bij deze in de ons omringende landen. De belangrijkste reden daarvoor is de relatief ongezonde leefstijl van de Nederlandse bevolking. Ook de huidige jeugd heeft een ongezonde levensstijl, wat zorgwekkend is voor de toekomst.

Van alle bekende oorzaken van ziekten is roken nog steeds de belangrijkste risicofactor.

Tegenwoordig wordt dit op de voet gevolgd door overgewicht. De gevolgen van overmatig alcoholgebruik staan op de derde plaats (VTV 2006).

Overgewicht is een toenemend volksgezondheidsprobleem. Het neemt toe in alle leeftijdsgroepen en in alle sociale klassen van de bevolking (VTV 2006).

Daarnaast blijken gezondheid en ziekte in Nederland nog steeds zeer ongelijk verdeeld te zijn naar inkomen en (culturele) achtergrond (sociaal-economische gezondheidsverschillen). Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld bijna 4 jaar korter en zij brengen 10 tot 15 jaar minder lang door in goede gezondheid dan mensen met een hoge opleiding. Allochtonen hebben vaak ook een lage opleiding en voor hen geldt gedeeltelijk hetzelfde. Afhankelijk van hun culturele achtergrond zijn de achterstanden bij hen soms zelfs nog groter of hebben zij specifieke problemen (VTV 2006).

Hoofdstuk 3 Doelgroepen en thema's

3.1 Jeugd

Ook bij jeugdigen komen lichamelijke aandoeningen en beperkingen voor, maar vooral de psychische gezondheid en psychosociale problemen bij de jeugd verdienen veel aandacht. Daarnaast zijn leefstijl en risicogedrag van jeugdigen en jongeren van groot belang voor de jeugdigen zelf en voor de preventie van gezondheidsproblemen later in het leven (VTV 2006; Inspectie 2005).

In het najaar van 2005 heeft de GGD een groot enquête-onderzoek uitgevoerd bij jongeren van klas twee en klas vier van het voortgezet onderwijs (het zogenaamde Emovo-onderzoek). Veel van de in deze paragraaf gepresenteerde gegevens zijn uit dat onderzoek afkomstig (GGD 2007b).

Psychosociale problemen

De psychische gezondheid c.q. het psychisch welbevinden is in het hierboven genoemde Emovo-onderzoek nagegaan met een nationaal en internationaal gebruikte maat. Volgens deze maat is 82% van de ondervraagde jongeren in Haarlemmerliede en Spaarnwoude psychisch gezond, 18% scoort wat dit betreft ongunstiger. Elders in regio waren deze percentages gemiddeld 83% en 17%.

Deze groep jongeren van 18% is ook de groep die relatief vaak aangeeft een probleem te hebben dat hen dag en nacht bezighoudt, bijvoorbeeld over schoolprestaties en/of de situatie thuis. Ook worden relatief veel jongeren uit deze groep vaak gepest en hebben zij relatief vaak suïcidegedachten (GGD 2007b).

De resultaten van het Emovo-onderzoek komen overeen met de constatering dat in Nederland ongeveer 15-20% van alle jeugdigen psychische en psychosociale problemen heeft (SCP 1994, zie ook SCP 2005). Gegevens van de jeugdgezondheidszorg van de GGD over de psychosociale toestand van kinderen in groep twee van de basisschool bevestigen eveneens dat de psychische gezondheid van kinderen in Haarlemmerliede en Spaarnwoude niet noemenswaardig afwijkt van die in Nederland als geheel (GGD 2003).

Het is van belang te weten of psychosociale problemen bij de jeugd in Nederland toenemen of niet. Deze vraag kan echter met de huidige kennis niet met zekerheid bevestigend of ontkennend worden beantwoord.¹

Kindermishandeling

Kindermishandeling is de verzamelnaam voor alle lichamelijk, geestelijk en/of seksueel geweld tegen kinderen en jeugdigen.² Het komt het meest voor binnen het gezin, en is daarmee een vorm van huiselijk geweld.

¹ In al wat oudere rapporten wordt gesteld dat er aanwijzingen zijn voor een (geringe) toename van de omvang van psychosociale problematiek bij de jeugd in Nederland (zie GGD 2002). Aanwijzingen voor een geringe toename werden ook gevonden in onderzoek in de IJmond (GGD 1998). In meer recente rapporten en publicaties van CBS, RIVM en SCP wordt hier verder niet op ingegaan, of wordt gesteld dat het onzeker is. Het is ook moeilijk te onderzoeken, of er is geen onderzoek gedaan waarin de trend wordt onderzocht (zie bijv. VTV 2002, RIVM 2006).

² De officiële definitie van kindermishandeling is 'elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor

Vaak wordt bij kindermishandeling alleen aan de directe slachtoffers gedacht, maar kinderen die getuige zijn van geweld tussen hun ouders ondervinden daarvan ook vaak (ernstige) psychische gevolgen. Ze zijn te beschouwen als indirecte slachtoffers en vallen ook onder de definitie van kindermishandeling.

Kindermishandeling komt veel voor in Nederland. Op basis van uitkomsten van Amerikaans onderzoek schatten deskundigen dat in Nederland elk jaar 50.000 tot 80.000 jeugdigen slachtoffer zijn van huiselijk geweld (NJI 2007). Dit komt overeen met de uitkomst van een onderzoek van de GGD Kennemerland in Haarlem in 2004. Daarin werd het jaarlijks aantal jeugdige slachtoffers in Haarlem geschat op 2-3% van de jeugdige bevolking. Nog eens ongeveer 2% van de jeugdigen in Haarlem was getuige van huiselijk geweld (GGD 2006).

Een voorzichtige schatting op basis van dit en ander onderzoek is dat uiteindelijk ongeveer 7% van alle jeugdigen in Nederland slachtoffer wordt van huiselijk geweld (zie GGD 2006).

Overigens zijn er geen aanwijzingen voor een toename of afname van kindermishandeling in Nederland.

Uitkomsten van het Emovo-onderzoek uit 2005 geven aan dat het probleem ook in Haarlemmerliede en Spaarnwoude veel voorkomt. Van de jeugdigen uit deze gemeente in het onderzoek rapporteerde 2,9% dat zij het jaar daarvoor slachtoffer waren geweest van lichamelijk geweld door een gezinslid (GGD 2007b).¹

Bij veel van de slachtoffers heeft kindermishandeling ernstige psychische gevolgen, vaak nog jarenlang of zelfs levenslang na het gebeuren. Een deel van de slachtoffers wordt later zelf dader, waarmee het probleem in die gezinnen van generatie op generatie doorgegeven wordt. Ook in het Emovo-onderzoek werd een duidelijk verband gevonden tussen mishandeld worden en de aanwezigheid van psychische klachten (GGD 2007b).

Kindermishandeling wordt nog te vaak niet onderkend of signalen ervan worden niet opgepakt door omgeving en hulpverleners. In het onderzoek in Haarlem was slechts 16% van de jeugdige slachtoffers van huiselijk geweld bekend bij de hulpverlening (GGD 2006).

In het kader van het Project Huiselijk Geweld Midden- en Zuid-Kennemerland wordt echter gewerkt aan het verbeteren van deze signalering (zie paragraaf 3.3./OGGZ).

Leefstijl

Wat betreft de leefstijl is de situatie bij jeugdigen en jongeren niet gunstig. Het alcoholgebruik is hoog, het hoogste van alle Europese landen, en neemt nog steeds verder toe. Dit zal hoogstwaarschijnlijk consequenties hebben voor de gezondheid op latere leeftijd. Voor het optreden van levercirrose (een ernstige leveraandoening veroorzaakt door alcoholmisbruik) is dit al aannemelijk gemaakt (VTV 2006).

In Haarlemmerliede en Spaarnwoude heeft 47% van de scholieren in klas twee en 82% van scholieren in klas vier van het voortgezet onderwijs in de vier weken voorafgaande aan het

ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel' (definitie uit de Wet op de jeugdhulpverlening en de Wet op de jeugdzorg) (NJI 2007).

¹ De betrouwbaarheid van de betreffende vraag in de enquête naar lichamelijk geweld door een gezinslid is inmiddels aannemelijk gemaakt. De interne validiteit is onderzocht in een eerdere enquête in Midden-Kennemerland in 1997, de externe validiteit bleek uit vergelijking met de uitkomsten van het hiervoor genoemde onderzoek in Haarlem, dat met een met een andere onderzoeksmethode werd uitgevoerd, en kon indirect verder worden bevestigd door vergelijking met ander enquête-onderzoek in Nederland (GGD 2006).

onderzoek alcohol gedronken (GGD 2007b). Dit was in geringe mate meer dan de gemiddelden elders in de regio uit het Emovo-onderzoek van 42% en 76% en met landelijke percentages (RIVM 2006). Volgens de huidige inzichten wordt aanbevolen dat jongeren onder de 16 jaar geen alcohol drinken. Overmatig drankgebruik in de vorm van vijf of meer alcoholische drankjes tijdens een gelegenheid ('binge drinking') kwam voor bij 29% van de jongeren in klas twee en 58% in klas vier in de maand voorafgaand aan het onderzoek. Elders in de regio Kennemerland was dit gemiddeld 23% en 53% (GGD 2007b).

Overgewicht neemt ook bij jeugdigen en jongeren steeds meer toe. Jeugdigen kunnen al op steeds jongere leeftijd overgewicht hebben en te maken krijgen met de gevolgen van overgewicht (VTV 2006). Door overgewicht veroorzaakte suikerziekte komt bijvoorbeeld op steeds jongere leeftijd voor, tegenwoordig al op de kinderleeftijd (RIVM 2006).

Uit gegevens van de jeugdgezondheidszorg van de GGD uit 2004 blijkt dat van kinderen in groep twee, groep zeven en klas twee in Haarlemmerliede en Spaarnwoude gemiddeld 14% overgewicht heeft, waarvan 2% ernstig overgewicht. Deze percentages liggen op hetzelfde niveau als het Nederlandse gemiddelde en het gemiddelde voor de regio Kennemerland (GGD 2005).

Het percentage jongeren in klas twee dat regelmatig rookt in Haarlemmerliede en Spaarnwoude is 3%, in klas vier 16% (regionaal 8% respectievelijk 21%) (GGD 2007b).

Er zijn ook gegevens over seksueel gedrag en veilig vrijen. Zie daarvoor paragraaf 3.4.

Het blijkt dat jongeren met een ongezonde leefstijl voor een deel ook jongeren zijn met psychosociale problemen, hoewel er ook zeer veel psychisch gezonde jongeren zijn die ongezond leven.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen; risicogroepen

Psychosociale problemen en een ongezonde leefstijl komen in Nederland meer voor bij jeugdigen met ouders met een lage opleiding (VTV 2006). Dit geldt ook voor Haarlemmerliede en Spaarnwoude. Ook zijn er in Haarlemmerliede en Spaarnwoude verschillen in leefstijl gevonden tussen leerlingen van het vmbo en de havo/vwo (GGD 2005; GGD 2007b). Deze bevindingen geven aan dat er al op deze leeftijd sociaal-economische gezondheidsverschillen bestaan. De genoemde groepen zijn alle ook te beschouwen als risicogroepen voor de gezondheid.

Registratiegegevens van de Jeugdgezondheidszorg van 1997-2003 uit Midden-Kennemerland geven aanwijzingen dat bij de groep jongeren in klas twee die niet verschijnt bij het Periodiek Gezondheidsonderzoek relatief veel psychosociale problematiek voorkomt.

Intussen wordt uit onderzoek steeds duidelijker bekend welke interventies in de preventieve jeugdzorg effectief zijn en welke niet (NIZW 2006).

3.2. Volwassenen en ouderen

Volwassenen

Psychische gezondheid

Naar verhouding is de groep volwassenen (tot ongeveer 65 jaar) minder kwetsbaar dan jeugdigen of ouderen. Wel komen psychische stoornissen frequent voor. Jaarlijks heeft 7% van de volwassenen in Nederland een depressie, 12% heeft een angststoornis. Alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid (verslaving) komt voor bij 9% van de mannelijke volwassen bevolking en

bij 2% van de vrouwen. Angststoornissen, depressies en/of alcoholproblemen komen vaak tegelijk voor. Vaak worden deze problemen slecht en laat herkend door de hulpverlening. Een groot deel van de angststoornissen, depressies en alcoholproblemen gaat gepaard met ernstige belemmeringen (RIVM 2006).

Leefstijl

De toename van overgewicht bij volwassenen baart zorgen. In 2005 had 45% van de volwassenen in Nederland overgewicht, 11% had ernstig overgewicht. Afgezien van overgewicht ontwikkelt de leefstijl zich de afgelopen jaren redelijk positief in deze leeftijdsgroep. Het aantal rokers daalt nog steeds, de consumptie van teveel verzadigd vet neemt af, en het alcoholgebruik lijkt niet verder toe te nemen. Wel is het percentage rokers nog steeds relatief hoog.

De levensverwachting in Nederland blijft achter bij deze in veel van de ons omringende landen.

De oorzaak is voor een groot deel gelegen in een minder gunstige leefstijl in het verleden op jongere leeftijd, die vooral wat betreft het roken nog steeds aanwezig is (met name bij vrouwen) (VTV 2002; VTV 2006).

Kwetsbare groepen

Volwassenen in een achterstandspositie hebben naar verhouding veel gezondheidsproblemen (sociaal-economische gezondheidsverschillen). Voor een belangrijk deel hangt dit samen met het vaker voorkomen van een ongezonde leefstijl bij mensen met een lage opleiding. Dit laatste is slechts in beperkte mate veroorzaakt door directe eigen keuzes. Zie paragraaf 4.3 voor een verdere bespreking hiervan.

Ook chronisch zieken en gehandicapten vormen in principe een kwetsbare groep bij volwassenen. Veel van de chronisch zieken zijn van oudere leeftijd, maar uiteraard lang niet allemaal. In het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning heeft de gemeente een beleidsverantwoordelijkheid juist voor deze groepen.

Ouderen

Heden ten dage heeft de gemiddelde oudere nog heel wat jaren voor zich op het moment dat hij of zij de 65-jarige leeftijd bereikt. Landelijk is de resterende levensverwachting op die leeftijd 15 jaar voor mannen en 19 jaar voor vrouwen (VTV 2006). Dit is hetzelfde als in Haarlemmerliede en Spaarnwoude (Van Lier 2005). Daarvan brengen zij gemiddeld nog 10-15 jaar in goede gezondheid door, dat wil zeggen zonder beperkingen c.q. met een als goed ervaren gezondheid (RIVM 2006).

Bij de meesten beginnen pas na het 75e jaar problemen met de gezondheid te ontstaan. Tot dan kunnen de gevolgen van een ziekte meestal nog wel worden opgevangen. Op het moment dat meerdere ziektes en aandoeningen hun invloed doen gelden, gaan zich vaak beperkingen voordoen en ontstaan nogal eens vicieuze cirkels. Enerzijds kunnen zich depressies ontwikkelen als gevolg van lichamelijke ziekten en beperkingen, het gevoel van verlies, en bijvoorbeeld afname van sociale contacten door vermindering van mobiliteit. Anderzijds kunnen depressieve gevoelens bijvoorbeeld door het verlies van een partner lichamelijke ziekten en beperkingen negatief beïnvloeden. De wisselwerking tussen lichaam en geest op oudere leeftijd is duidelijk en in diverse onderzoeken aangetoond (VTV 2006, zie ook GGD 2002).

Natuurlijk komen niet alle zieke ouderen in een dergelijke neerwaartse spiraal terecht. Kwetsbare groepen wat dit betreft zijn alleenstaande ouderen met een laag inkomen (Gezondheidsraad 2005) en ouderen met weinig sociale steun of weinig vaardigheden om met tegenvallers in het leven om

te gaan (SCP 2001). Vooral bij deze kwetsbare groepen ouderen komen vaak angststoornissen, depressies en beperkingen voor.

Beperkingen in zien, horen en/of mobiliteit doen zich voor bij 33% van alle ouderen van 65 jaar en ouder in Nederland, beperkingen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen bij 21% (CBS 2005).

Overigens komen beperkingen nu minder vaak voor dan enkele decennia geleden. Ouderen leven tegenwoordig meer jaren in goede gezondheid, waarschijnlijk doordat ziekten minder snel tot beperkingen leiden. Meer dan vroeger kunnen ouderen gebruik maken van hulpmiddelen zoals rollators en van het aanbod van de gezondheidszorg zoals heupoperaties en staaroperaties (VTV 2006).

In lijn met het bovenstaande, kan preventie bij ouderen tot de leeftijd van ongeveer 75 jaar zich praktisch gezien voornamelijk richten op preventie van ziekten, vanaf ongeveer 75 jaar zal de aandacht verschoven moeten worden naar de preventie van het optreden van beperkingen en handhaving en verbetering van de kwaliteit van leven (GGD Nederland 2006, Gezondheidsraad 2005, VTV 2006). Overgewicht en gebrek aan beweging zullen bij ouderen belangrijke prioriteiten bij de preventie moeten worden (zie einde paragraaf).

Door demografische ontwikkelingen zal het aantal ouderen in Nederland de komende decennia toenemen (vergrijzing). Volgens prognoses van het CBS zal het aantal 65-plussers in Haarlemmerliede en Spaarnwoude in 2025 met 78% zijn toegenomen ten opzichte van 2006 (CBS 2006).

Het beslag op de gezondheidszorg en andere voorzieningen zal in Nederland echter niet alleen toenemen als gevolg van het toenemend aantal ouderen, maar ook vanwege algemene ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen (zogenaamde epidemiologische trends). Van een aantal belangrijke ziekten zullen de aantallen patiënten fors toenemen, tot boven de 40% meer (met name hartfalen, dementie, beroerte, gezichtsstoornissen) (RIVM 2006). Enerzijds zal het aantal mensen met beperkingen in Haarlemmerliede en Spaarnwoude dus mogelijk gaan toenemen, anderzijds zullen mogelijk steeds meer ouderen bij voorkeur zelfstandig blijven wonen. De gevolgen voor de vraag naar voorzieningen voor ouderen in Haarlemmerliede en Spaarnwoude zijn moeilijk in te schatten.

Een groot deel van deze bevindingen was ook al geconstateerd in het Gezondheidsprofiel van 2002, en de bijbehorende aanbevelingen zijn in principe nog steeds van toepassing. In vergelijking met 2002 komen de volgende aspecten nu nog pregnanter naar voren c.q. zijn de volgende zaken voor het eerst actueel geworden.

Geestelijke gezondheid

Zoals al is aangeduid, komen depressies en angststoornissen veel voor bij ouderen en gaan deze vaak gepaard met zeer nadelige gevolgen voor de gezondheid en voor het maatschappelijke participeren. Gerekend over een jaar heeft 6% van alle ouderen een depressie, en 8% van de mannen en 16% van de vrouwen een angststoornis; na het 75e jaar komen angststoornissen minder vaak voor (RIVM 2006). In het algemeen krijgen deze gezondheidsproblemen nog te weinig aandacht (Gezondheidsraad 2005).

Voldoende bereik van de zorg?

Een derde deel van de ouderen met ernstige beperkingen krijgt geen verpleging of verzorging, noch van de informele helpers, noch van thuiszorg of particuliere hulp. Een deel van hen heeft wel degelijk hulp nodig maar vraagt er niet om, wellicht omdat zij de weg niet kennen (SCP 2006).

Bij een onderzoek in Heemskerk in 1998 werd gevonden dat een aanzienlijk deel van de ouderen (in de twee onderzochte buurten ongeveer 20% van alle 75-plussers) onvoldoende gebruikmaakt van het aanbod van zorg en (financiële) voorzieningen. De betreffende groep bleek daardoor onnodige gezondheids- en welzijnsproblemen te hebben (GGD 1999).

Mantelzorg

Goede ondersteuning van mantelzorgers is belangrijk. Bij overbelasting van deze groep staan namelijk niet alleen de zorg en de gezondheid van de verzorgden onder druk, maar ook die van de mantelzorgers zelf (VTV 2006).

Consultatiebureaus ouderen

De vraag naar het nut van consultatiebureaus voor ouderen wordt steeds vaker gesteld. Screeningen op ziekten zou een belangrijke taak zijn voor dergelijke consultatiebureaus. De onbedoelde negatieve gevolgen van dergelijke screeningen kunnen echter groot zijn. Het is daarom niet verantwoord om te beginnen met dergelijke consultatiebureaus zonder dat de voor- en nadelen ervan goed zijn onderzocht (Gezondheidsraad 2006; VTV 2006; SCP 2006). Intussen heeft het kabinet aangekondigd hier onderzoek naar te willen laten doen.

Leefstijl

Net als bij jeugdigen en volwassenen zullen overgewicht en gebrek aan beweging bij ouderen belangrijke gezondheidsproblemen gaan worden. Preventieprogramma's gericht op het bevorderen van beweging bij ouderen zullen steeds belangrijker worden, evenals een omgeving die veilig is en uitnodigt tot bewegen (Gezondheidsraad 2005). Dat zal overigens niet alleen van belang zijn voor de preventie van ziekten, maar ook voor de preventie van het optreden van beperkingen en de aanpak daarvan. In zijn algemeenheid is meer aandacht nodig voor het zo lang mogelijk uitstellen van de beperkingen die optreden als gevolg van ziekten, het verbeteren van de zelfredzaamheid en van het vermogen om deel te nemen aan de samenleving (VTV 2006; Gezondheidsraad 2005; zie ook GGD Nederland 2006).

Ook voor preventieprogramma's voor ouderen gericht op leefstijl geldt dat een integrale aanpak aangewezen is, eventueel als onderdeel van een wijkgerichte aanpak. In dit kader is verder de aanwezigheid van innovatieve, op behoud van zelfstandigheid gerichte zorg- en woonvormen van belang (Gezondheidsraad 2005).

3.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

De meest kwetsbare groepen in de samenleving zijn de sociale kwetsbare mensen met zorgmijndend gedrag. Het betreft mensen die niet of onvoldoende in staat zijn in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien, meerdere problemen tegelijkertijd ondervinden zoals psychiatrische ziekten, verslaving en/of schuldenproblematiek, niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven, en geen stabiel contact hebben met de zorg (Trimbosinstituut 2003). Een andere omschrijving is dat het mensen betreft die niet zelf om hulp

vragen en feitelijk bemoeizorg behoeven. De zorg voor deze mensen is de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ).

Voorbeelden zijn dak- en thuislozen, een deel van de verslaafden, problematische gezinnen, en mensen met woningvervuiling en/of zelfverwaarlozing.

Voor de gemeente en de samenleving zijn deze mensen vaak niet alleen van belang vanwege hun kwetsbaarheid en gezondheidsproblemen, maar ook omdat zij overlast veroorzaken in hun omgeving en/of regelmatig met justitie in aanraking komen (de zogenaamde veelplegers).

Verder behoren ook slachtoffers van huiselijk geweld tot de doelgroep van de OGGZ. Een 'grijs gebied' wordt gevormd door de ouderen met meerdere gezondheidsproblemen die onvoldoende gebruikmaken van zorg en voorzieningen. Zie verder paragraaf 3.2.

Omvang, aard en achtergronden van deze doelgroepen zijn niet zo goed bekend, omdat zij moeilijk te onderzoeken zijn.

Bij onderzoek in enkele grote steden in Nederland varieerde het percentage dak- en thuislozen van 0,2% tot 0,4% van de bevolking (VTV 2006).

In de regio Zuid-Kennemerland wordt het aantal daklozen geschat op ongeveer 500, wat hiermee goed overeenkomt. Het betreft ongeveer 150 residentiële daklozen die in een (tijdelijke) woonvoorziening verblijven zoals een pension, en ongeveer 350 feitelijk daklozen die voor een overnachting zijn aangewezen op een kortdurend verblijf in de nachtopvang, bij familie, kennissen of op straat.

Voor de centrale en integrale signalering en coördinatie van zorg voor deze doelgroepen bestaat het team Vangnet en Advies, dat in Zuid-Kennemerland is ondergebracht bij de GGD.

In 2004 is in Zuid-Kennemerland in samenwerking met 20 ketenpartners het zogenaamde Schakelstation van start gegaan bij de GGD. Daar kunnen cliënten uit de OGGZ-doelgroepen worden aangemeld voor integrale zorg en hulpverlening, waarna zij aan een mentor worden gekoppeld en opgenomen in het digitale cliëntvolgsysteem. Sinds de start zijn 225 cliënten op deze manier aangemeld.

Het beleid in de OGGZ richt zich op verbetering van hulp, zorg en voorzieningen, en op verbetering van het bereiken van de doelgroepen. Het belangrijkste middel om dit te bewerkstelligen is verdere verbetering van de samenwerking en afstemming tussen de ketenpartners. De intentie hiertoe is vastgelegd in het OGGZ-convenant van de regio. Daarnaast is preventie natuurlijk belangrijk. Daarbij gaat het om heel specifieke preventie zoals het voorkomen van huisuitzettingen en hulp bij schuldsanering. De meer algemene preventie betreft bijvoorbeeld het tegengaan van drugsgebruik en de opvoedingsondersteuning van ouders. Voor deze laatste vormen van preventie is het van belang om aan te sluiten bij het integrale preventie- en gezondheidsbeleid zoals in de overige paragrafen genoemd.

Huiselijk geweld

Huiselijk geweld is, kort gezegd, al het seksueel, lichamelijk of geestelijk geweld dat plaatsvindt in de huiselijke sfeer.¹ Deze vorm van geweld komt voor in alle sociaal-economische klassen en

¹ De definitie luidt als volgt. Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer gepleegd is. Onder geweld wordt verstaan een aantasting van de persoonlijke integriteit. Hierbij onderscheiden we geestelijk en lichamelijk geweld (waaronder seksueel geweld). Er is sprake van huiselijk geweld als de pleger afkomstig is uit de 'huiselijke kring' van het slachtoffer. De huiselijke kring bestaat uit (ex-)partners, gezinsleden,

binnen alle culturen in de Nederlandse samenleving. Slachtoffers van huiselijk geweld zijn in de meeste gevallen kinderen (kinder mishandeling en incest; zie paragraaf 3.1) en vrouwen. Huiselijk geweld treft echter ook mannen, ouders en ouderen (Movisie 2007). Huiselijk geweld is een ernstig maatschappelijk en volksgezondheidsprobleem met grote gevolgen voor welzijn en gezondheid van de betrokken slachtoffers, vaak nog vele jaren na de gebeurtenissen zelf. Slachtoffers van huiselijk geweld vragen vaak niet zelf om hulp en hulpverlening en preventie zijn complex. Er zijn veel instanties bij betrokken. Huiselijk geweld wordt gerekend tot de OGGZ en vormt hier een belangrijk onderdeel van.

Hoe omvangrijk huiselijk geweld precies is, is nog steeds moeilijk te zeggen. Op basis van enquête-onderzoek kan worden geschat dat jaarlijks ongeveer 2% van alle volwassenen slachtoffer is van huiselijk geweld. Dit percentage is ook met een andere onderzoeksmethode in Haarlem gemeten in een onderzoek van de GGD in 2004. Het totale percentage volwassenen dat in zijn of haar leven ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld, als kind of als volwassene, is volgens een voorzichtige schatting 14% (GGD 2006).

In het kader van het Project Huiselijk Geweld Midden- en Zuid-Kennemerland wordt gewerkt aan het verbeteren van de signalering en van de hulpverlening. Binnen het project wordt samengewerkt door veel organisaties zowel vanuit de zorg en hulpverlening aan slachtoffers als vanuit de aanpak van en hulpverlening aan plegers. Er is aandacht voor de zorg, veiligheid en opvang zowel ná als vóór huiselijk geweld (preventie).

3.4 Veiligheid, milieu en infectieziekten

Rampen, milieu-incidenten en epidemieën door infectieziekten kunnen in het slechtste geval gepaard gaan met een groot aantal slachtoffers per gebeurtenis, en bijna altijd is de maatschappelijke impact groot. Omgerekend naar een jaarlijks gemiddelde is het aantal slachtoffers echter gering in vergelijking met ziekte- en sterfgevallen veroorzaakt door bijvoorbeeld roken en alcoholgebruik. Per gewonnen levensjaar zijn de kosten en maatschappelijke investeringen dan ook vaak hoog in vergelijking met die voor gezondheidsbevordering. Ook de investeringen om 'mini-rampen' zoals verkeersongelukken te voorkomen, zijn aanzienlijk (VTV 2006). Onze maatschappij vindt het echter veel waard dat mensen zich in het dagelijks leven veilig kunnen voelen, en de samenleving hecht er dus veel belang aan om te proberen ongelukken, rampen en epidemieën te voorkomen.

In de medische milieukunde speelt vaak het potentieel bedreigende karakter van milieuverontreinigende factoren een rol, doordat deze gepaard kunnen gaan met veel ongerustheid bij omwonenden en/of (maatschappelijke) onrust. Voorbeelden zijn de UMTS-zendmasten, asbest in woningen en bodemverontreiniging. In Nederland is naar schatting 2 tot 5% van de totale ziektelast toe te schrijven aan het milieu.

familieleden en huisvrienden. Als huisvrienden worden beschouwd personen die een vriendschappelijke band onderhouden met het slachtoffer of met iemand uit de onmiddellijke omgeving van het slachtoffer en die het slachtoffer in huiselijke sfeer ontmoeten.

Bron: Huiselijk geweld: aard, omvang en hulpverlening. Van Dijk e.a., Intomart i.o.v. Ministerie van Justitie, 1997

De kans op (potentiële) epidemieën van infectieziekten is nog steeds c.q. opnieuw reëel, onder andere door de toegenomen mobiliteit op wereldschaal. De afgelopen jaren zijn verschillende voorbeelden daarvan te zien geweest, zoals SARS en vogelgriep. Onze samenleving blijkt kwetsbaar te zijn voor de grote maatschappij-ontwrichtende gevolgen van dergelijke epidemieën (VTV 2006).

Het voorkómen van rampen, milieu-incidenten en epidemieën en van de mogelijk ernstige gevolgen daarvan, en daarmee het waarborgen van een zo veilig mogelijke samenleving, is dan ook een belangrijk onderdeel van de gemeentelijke Openbare Gezondheidszorg. Daarbij zal uiteraard nauw moeten worden samengewerkt met anderen. De verantwoordelijkheid van de gemeentelijke overheid betreft vooral het bevorderen van een goede organisatie en het zorgdragen voor voldoende middelen. Daarnaast hebben de infectieziektebestrijding en de medische milieukunde vanuit de GGD ook taken die rechtstreeks van belang zijn voor de zorgverlening aan de burgers.

Gezondheidsbeleving en de kwaliteit van de leefomgeving

Naast de objectieve gezondheidstoestand is voor volksgezondheid en welzijn de gezondheidsbeleving van burgers van groot belang.¹

Ook de sociale en fysieke omgeving kunnen van invloed zijn op gezondheidsbeleving en ervaren gezondheid. Bij de fysieke omgeving betreft dit onder meer:

- ongerustheid over lokale milieufactoren;
- geluidhinder en andere vormen van hinder;
- de ervaren (on)veiligheid van de woonomgeving;
- de hoeveelheid 'groen' in de woonomgeving;
- eventueel andere aspecten van de kwaliteit van de leefomgeving.

Het publiek beschouwt milieuvervuiling als één van de belangrijkste factoren die de gezondheidstoestand kunnen beïnvloeden (Gezondheidsraad 2001). Voor veel van de hier genoemde omgevingsfactoren is een (beperkte) invloed op de objectieve gezondheid inderdaad aangetoond of aannemelijk gemaakt. Over een eventueel rechtstreeks effect op de gezondheidsbeleving van deze omgevingsfactoren is echter weinig bekend.

Ongerustheid over lokale milieufactoren kan leiden tot meer zelf gerapporteerde lichamelijke klachten (Gezondheidsraad 2001). Ook geluidhinder kan gepaard gaan met een slechtere ervaren gezondheid en andere gerapporteerde gezondheidskenmerken. Dit laatste gegeven is geconstateerd bij twee grote gezondheidsenquêtes rondom Schiphol door het RIVM uitgevoerd in 1996 en 2002. De regio Kennemerland was voor het grootste deel ook onderdeel van dat

¹ In de wetenschappelijke onderzoeksliteratuur bestaat over het begrip gezondheidsbeleving geen eenduidigheid. Voorop staat dat gezondheidsbeleving een zelfgerapporteerde (subjectieve) toestand of een zelfgerapporteed oordeel is, waarover vragen kunnen worden gesteld in enquête-onderzoek. In veel onderzoek wordt expliciet gevraagd naar hoe de eigen gezondheid ervaren wordt (van zeer goed tot zeer slecht; soms met enkele aanvullende vragen). Door andere onderzoekers wordt ervaren gezondheid c.q. gezondheidsbeleving beschouwd als het geheel van (lichamelijke) klachten over de gezondheid.

Het RIVM (2006b) stelt dat de ervaren gezondheid als enkelvoudige vraag in enquêtes te beschouwen is als een samenvatting van alle gezondheidsaspecten die relevant zijn voor de persoon in kwestie. Deze onderliggende gezondheidsaspecten variëren dus per persoon, maar hebben vaak betrekking op zowel de lichamelijke als de psychische gezondheidstoestand. Ook leefstijlfactoren kunnen mede het oordeel over de eigen gezondheid bepalen (RIVM 2006b).

onderzoek. Het is echter nog enigszins onduidelijk wat hier precies oorzaak en gevolg is (RIVM 1998, RIVM 2004).

Luchtverontreiniging en geluidhinder

In het algemeen zijn luchtverontreiniging en geluidhinder de belangrijkste aandachtspunten bij de invloed van het milieu op de gezondheid (VTV 2006).

Luchtverontreiniging door fijn stof

De laatste jaren is duidelijk geworden dat luchtverontreiniging door fijn stof aanzienlijke effecten heeft op de volksgezondheid. Het is wat dat betreft de meest belangrijke vorm van luchtverontreiniging en milieuverontreiniging.

Het belangrijkste gezondheidseffect van fijn stof is voortijdige sterfte bij hart- en longpatiënten als gevolg van jarenlange verhoogde blootstelling. Daarnaast zijn er onder meer kortdurende tijdelijke effecten tijdens episodes met verhoogde blootstelling in winter en herfst bij astma- en cara-patiënten.

Er blijkt geen zogenaamde drempelwaarde voor een effect te zijn: elke verhoging van de blootstelling aan fijn stof (kortdurend of langdurig) gaat gepaard met (extra) gezondheidseffecten. Dit betekent dus dat ook beneden de door de Europese Unie voor de toekomst voorgeschreven grenswaarde van 20 microgram/m³ jaargemiddeld nog gezondheidseffecten zullen optreden. De voorgeschreven grenswaarde is een compromis tussen economische en andere maatschappelijke belangen.

Er wordt nog steeds veel onderzoek verricht naar de vraag welke componenten van fijn stof het meest bepalend zijn voor de gezondheidseffecten. Het is aannemelijk dat uitlaatgassen van dieselveertuigen in elk geval belangrijk zijn. In de IJmond is ook het Corusterrein verantwoordelijk voor een flinke uitstoot van fijn stof (GGD 2004b).

Verkeerswegen

Het wonen langs drukke verkeerswegen in steden of stedelijke gebieden of het wonen in de nabijheid van snelwegen kan gepaard gaan met onder meer geluidhinder en gezondheidseffecten als gevolg van luchtverontreiniging door fijn stof. In verschillende onderzoeken in Nederland is dit aangetoond, waaronder een onderzoek in de jaren negentig in Zuid-Kennemerland (GGD 1992).

Schiphol

De aanwezigheid van Schiphol in de nabijheid van Kennemerland gaat gepaard met geluidhinder en slaapverstoring. Ook de veiligheidsaspecten zijn van belang. Daarnaast zijn er duidelijke aanwijzingen voor gezondheidseffecten zoals hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten. Deze zijn beperkt tot de gebieden met hogere geluidsniveaus, en dat is dus ook (in beperkte mate) van toepassing op Haarlemmerliede en Spaarnwoude. Ook is er een invloed gevonden van vliegverkeer op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Verder zijn invloeden op het leervermogen vastgesteld vanaf relatief lage niveaus van vliegtuiggeluid in een onderzoek op basisscholen (RIVM 1998, RIVM 2005, RIVM 2006).

De geluidhinder en milieuoverlast zijn sinds de opening van de vijfde baan verplaatst in de regio, wat mede heeft geleid tot een afname van geluidhinder en slaapverstoring in het gehele gebied rondom Schiphol (VTV 2006). In sommige woonkernen in de regio Kennemerland zijn de geluidhinder en slaapverstoring echter juist toegenomen.

UMTS-zendmasten

Na eerdere onrust over GSM-zendmasten, is er sinds enkele jaren ook ongerustheid bij de bevolking over mogelijke gezondheidseffecten van UMTS-zendmasten. Deze ongerustheid is ontstaan of verergerd na een onderzoek van TNO uit 2003, waarin negatieve effecten op het welbevinden werden gerapporteerd.

In een grondiger en meer uitgebreid onderzoek in Zwitserland werden echter geen effecten op de gezondheid en welbevinden gevonden. Op basis van dit en van ander internationaal onderzoek hebben het ministerie van VROM, de Wereldgezondheidsorganisatie en het Landelijk Centrum Medische Milieukunde van GGD Nederland het volgende standpunt geformuleerd (LCM 2006): Er zijn tot nu toe geen aanwijzingen voor een nadelig gezondheidseffect op de korte of lange termijn door elektromagnetische velden van zendmasten. Er is geen overtuigend wetenschappelijk bewijs dat de zwakke elektromagnetische velden van zendmasten nadelige gezondheidseffecten veroorzaken.

Het Landelijk Centrum Medische Milieukunde (LCM) stelt daarom dat er op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten geen gezondheidkundige argumenten zijn om te pleiten voor wijziging van de vergunningverlening en eisen voor UMTS-zendmasten. Wel doet het LCM de aanbeveling voor een zorgvuldige en transparante informatie-overdracht richting de bevolking (LCM 2006).

Seksueel gedrag en onveilig vrijen

Onveilig vrijen is een belangrijke risicofactor voor het krijgen van geslachtsziekten zoals Chlamydia en voor HIV. Vroege seksuele activiteit is op zijn beurt een risicofactor voor onveilig vrijgedrag (RIVM 2006). Ook bestaat het risico op ongewenste zwangerschap.

Volgens gegevens van het Emovo-onderzoek heeft in Haarlemmerliede en Spaarnwoude 5% van de scholieren in klas twee reeds ervaring met geslachtsgemeenschap, in klas vier is dat 38% (regionaal gemiddeld 7% en 28%). Van deze scholieren gebruikt 32% alleen soms of (vrijwel) nooit een condoom (5% nooit; 36% altijd). Dit is ongeveer hetzelfde als elders in de regio, hoewel de aantallen klein waren voor een goede interpretatie en vergelijking (GGD 2007b).

Ook bij jongeren van 17 tot en met 25 jaar beschermt 63% zich niet honderd procent veilig tegen geslachtsziekten en HIV bij de geslachtsgemeenschap (regionaal percentage, geen noemenswaardige verschillen tussen gemeenten). Dit hoge percentage wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat jongeren in een relatie vaak stoppen met het gebruiken van een condoom zonder dat zeker is of dat veilig is (GGD 2007a).

Regionale gegevens laten zien dat jongeren bij geslachtsgemeenschap in de loop der jaren iets vaker veilig zijn gaan vrijen. Aan de andere kant is het percentage jongeren dat al op jonge leeftijd geslachtsgemeenschap heeft flink omhoog gegaan. In absolute zin zal het aantal keren dat onveilige geslachtsgemeenschap plaatsvindt bij jongeren dus waarschijnlijk toch zijn toegenomen (GGD 2007a).

Overige aandachtspunten

- Voor de organisatie van de veiligheid en hulpverlening in de regio en in Haarlemmerliede en Spaarnwoude is natuurlijk van belang dat de gemeente Haarlemmermeer, met daarbinnen Schiphol, nu organisatorisch onderdeel gaan vormen van de Veiligheidsregio Kennemerland.
- Ook de verkeersveiligheid is van belang. In 2005 en in 2006 was het aantal dodelijke verkeersslachtoffers in Nederland telkens 760 (CBS Statline) en de daling van het jaarlijks aantal slachtoffers stagneert (CBS 2007).

- Vanwege de nabijheid van het duingebied komt de tekenbeetziekte (ziekte van Lyme) in Kennemerland meer voor dan gemiddeld in Nederland.
- Blijvende aandacht voor de vaccinatiegraad van de jeugd is noodzakelijk. Incidenteel zijn er gemeenten in Kennemerland die onder het landelijke streefniveau zakken, voor bijvoorbeeld de vaccinatie tegen bof, mazelen en rode hond (BMR).
- Er zijn steeds meer aanwijzingen dat ook de inrichting van de woonomgeving via allerlei mechanismen van invloed kan zijn op de gezondheid (ICUH 2006). Het is daarom belangrijk gezondheid mee te wegen bij plannen voor de Ruimtelijke Ordening.
- Een (te) grote vochtigheid van woningen is een punt van aandacht wegens de bijbehorende nadelige gezondheidseffecten. Een hoge grondwaterstand kan daarbij van betekenis zijn.
- Op basis van landelijk onderzoek en richtlijnen is het belang van het binnenmilieu in scholen duidelijk geworden.
- Uit nationaal en internationaal onderzoek blijken steeds meer de positieve gevolgen voor de volksgezondheid van groen in de leefomgeving (de Vries 2000, Maas 2006).

Hoofdstuk 4 Ontwikkelingen in gezondheidszorg en gezondheidsbeleid

4.1 Landelijke speerpunten voor beleid uit de preventienota

In 2006 is de tweede preventienota van het ministerie van VWS uitgekomen, *Kiezen voor gezond leven*, als vervolg op de eerste preventienota uit 2003.

In deze preventienota zijn de landelijke prioriteiten voor collectieve preventie in de komende vier jaar vastgesteld. Op basis daarvan kiest het ministerie voor vijf speerpunten voor het beleid, waarvoor min of meer concrete doelstellingen zijn geformuleerd. De vijf speerpunten zijn:

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht (bewegen en voeding)
- Diabetes
- Depressie

De gemeenten kunnen voortbouwen op deze preventienota en de daarin genoemde speerpunten. In de bijlage van de landelijke preventienota zijn aangrijpingspunten voor (lokaal) beleid voor de speerpunten opgenomen.

4.2 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg

Wat betreft het stelsel van de gezondheidszorg zijn er twee belangrijke ontwikkelingen:

- De invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006. Op korte termijn kan hierdoor het aantal onverzekerden sterk toenemen. Op langere termijn kan deze wet een tweedeling in de zorg veroorzaken of versterken, met mogelijk een vergroting van sociaal-economische gezondheidsverschillen als gevolg.
- De invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) op 1 januari 2007. De invoering hiervan kan zowel positieve als negatieve gevolgen voor volksgezondheid en welzijn hebben, onder andere afhankelijk van de kaders waarin deze wet moet worden uitgevoerd en van de financiële mogelijkheden die de gemeenten hebben of krijgen voor deze uitvoering (zie b.v. Maandblad G 2005a). In elk geval is een goede afstemming tussen WMO en WCPV belangrijk (Tweede-kamerstukken; GGD Nederland/GGD Gelre-IJssel 2006; Maandblad G 2005b).

4.3 Ontwikkelingen in beleid

In de VTV 2006 is veel aandacht geschonken aan de ontwikkeling van gezondheidsbeleid en de effecten ervan. Onderstaand wordt in vogelvlucht een aantal belangrijke elementen genoemd.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Ondanks toenemende aandacht voor sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland zijn deze niet kleiner geworden. Daarnaast baart de leefstijl van Nederlanders op onderdelen zorgen, vooral het toenemende aantal mensen met overgewicht en het alcoholgebruik bij de jeugd.

Voor een deel gaat het om hetzelfde probleem. Het is bekend dat kwetsbare groepen en mensen in een lage sociaal-economische positie ongezond leven door ongezond gedrag. Gedeeltelijk is hierbij sprake van directe individuele keuzes en eigen verantwoordelijkheid. Uit onderzoek is inmiddels ook gebleken dat een ongezonde leefstijl bij deze groepen mensen grotendeels gevolg is van de sociale en fysieke omgeving die keuzemogelijkheden beperkt of bepaalt. Hierbij valt te denken aan groepsdruk, de inkomensverdeling, minder goede werkomstandigheden, snackbars in een buurt, en geluidhinder door wegverkeer. Verminderen van de kwetsbaarheid en het vergroten van de keuzemogelijkheden voor mensen in achterstandsposities, door het beïnvloeden van deze omgevingsfactoren, zal dus de sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen en de volksgezondheid verbeteren. Wet- en regelgeving kan hierbij sturend zijn.

Integrale beleidsontwikkeling

De Inspectie voor de gezondheidszorg heeft onlangs geconstateerd dat gemeenten nog niet alle gemeentelijke beleidsinstrumenten benutten en nog weinig een integrale beleidsaanpak rondom gezondheid hebben ontwikkeld (Inspectie 2005). Vanwege de complexe oorzaken van de ongezonde leefstijl en het feit dat deze vooral bij kwetsbare groepen veel voorkomt (wat de preventie bemoeilijkt), is het aanpakken van de problemen op meerdere aangrijpingspunten tegelijk noodzakelijk. Het is aannemelijk gemaakt dat een dergelijke intensieve en integrale 'totaal-aanpak' in principe effectief is. Dit pleit ervoor gezondheid als prominent aandachtsgebied in het gemeentelijk beleid op te nemen. Dit betekent dat andere beleidsterreinen ook volop aandacht aan de gezondheid moeten gaan besteden (wat overigens in feite een wettelijk vereiste is volgens de WCPV), en een integrale aanpak van preventie daadwerkelijk gaan ondersteunen.

Duurzame en brede politieke overeenstemming is nodig. Hiervoor hoeft het beleidsterrein volksgezondheid niet elke keer de initiatiefnemer te zijn; elk beleidsterrein kan hierin de trekkers- of volgersrol vervullen. Een belangrijke succesfactor is dat alle participanten in het integrale beleid belang hebben bij het welslagen daarvan. Dit wordt gemakkelijker omdat integraal beleid vaak meer doelen tegelijk dient, meer dan alleen op het terrein van de volksgezondheid.

'Stel het probleem centraal'

In 2006 is het advies 'Publieke gezondheid' van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) uitgebracht. De belangrijkste bevindingen en aanbevelingen uit het advies vloeien in feite voort uit het bovenstaande. De RVZ stelt dat de volksgezondheidsproblemen in de huidige maatschappij zo complex zijn, dat het bestaande, gebruikelijke beleidsinstrumentarium niet toereikend is. Oplossingen kunnen alleen werkenderwijs en 'zoekend' worden gevonden door met alle betrokken partijen rond de tafel te gaan zitten, waarbij het probleem centraal wordt gesteld. Vanwege de vele, vaak tegenstrijdige economische en andere belangen moet vaak naar win-win-situaties worden gezocht. Daarbij kan behulpzaam zijn dat inspanningen ter verbetering van de gezondheid vaak ook andere doeleinden dient, zoals hierboven al aangegeven. Het is dan ook van belang om gezondheid ook te zien in de bredere context van de kwaliteit van leven c.q. de kwaliteit van het bestaan en van de samenleving.

Wijkgerichte aanpak

Er zijn meerdere vormen waarin een integrale aanpak tot uiting kan komen. Een integrale wijkgerichte aanpak is als veelbelovend gekenmerkt, omdat ook hier vaak meer doelen tegelijkertijd worden gediend. De effectiviteit ervan is in Nederland echter nog niet overtuigend aangetoond en zo'n aanpak vraagt bovendien veel tijd en aandacht.

Uit nationaal en internationaal onderzoek wordt wel steeds duidelijker hoe belangrijk een gevoel van welbevinden, sociale steun en sociale cohesie zijn voor gezondheid en gezondheidsgedrag van mensen. Dit kan consequenties hebben voor beleid en keuze van interventies. Aangrijpen op sociale steun en sociale cohesie kan meerdere positieve gevolgen tegelijk hebben, zoals verbetering van lichamelijke en geestelijke gezondheid, en vermindering van risicogedrag. Ook voor andere settings zoals school en werk zijn gunstige effecten mogelijk, bijvoorbeeld een vermindering van criminaliteit (NCV 2006, De Silva 2005, Ross 2005).

Inbedding programmatische aanpak

Sinds het vorige Gezondheidsprofiel en de vorige VTV in 2002 hebben de GGD'en en andere partijen een aantal preventieprogramma's in gang gezet. In Kennemerland waren deze gericht op onder meer overgewicht en roken. In de VTV 2006 wordt verdere verbetering van de programmatische inbedding aanbevolen, duurzame organisatie en financiering, en systematische evaluatie van de preventie-activiteiten.

Gezondheidsbeleid dient volgens de VTV 2006 in het algemeen te zijn gebaseerd op brede, integraal georganiseerde programma's gericht op samenhangende gezondheidsdoelen.

Succesfactoren zijn: gedeeld 'eigenaarschap' van gezondheidsproblemen door betrokken partijen, zichtbare aansturing door de overheid ('stewardship', rentmeesterschap) en adequate communicatie. Hierbij is ook van belang dat gezondheidsbevordering in Nederland een kwaliteitsimpuls heeft gekregen en nu beter is toegerust om gestelde doelen te realiseren (VNG/GGD Nederland/NIGZ 2005).

Omdat niet alle gemeenten in Nederland de beschikking hebben over voldoende capaciteit, kennis, (lange termijn) visie, financiering en bevoegdheden zal de gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude deze aspecten kritisch moeten beoordelen.

Samenwerking curatieve en preventieve gezondheidszorg

Een recent inzicht is dat de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken in de samenleving alleen kunnen worden opgevangen door versterking van de secundaire en de tertiaire preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit wordt bijvoorbeeld uitgevoerd door multidisciplinaire teams van praktijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en diëtisten. De beste kansen op succes liggen hier bij een goede samenwerking tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg, waarbij gemeenten c.q. de GGD een coördinerende en faciliterende rol zou kunnen spelen voor de eerstelijnsgezondheidszorg, en waarbij uiteindelijk de verschillende vormen van preventie worden geïntegreerd. Ook een goede afstemming tussen WMO en WCPV is daarbij van belang (NCV 2006, VTV 2006).

Het levenslopperspectief als hulpmiddel bij de ontwikkeling van beleid

In de VTV 2006 is een nieuwe benadering voorgesteld als hulpmiddel bij het denken over de beste aanpak van volksgezondheidsproblemen en preventie: het zogenaamde levenslopperspectief. Hierbij wordt bekeken welke determinanten van gezondheid in welke fase van het leven extra belangrijk zijn ofwel extra mogelijkheden bieden voor preventie. Hoewel dit idee nog in een ontwikkelstadium verkeert, biedt het interessante mogelijkheden om de bekende kaders los te laten (VTV 2006).

Verbetering gegevensverzameling volksgezondheid

Een belangrijke beleidsmatige ontwikkeling is de verplichting voor gemeenten en GGD'en om elke vier jaar gezondheidsgegevens te verzamelen op een landelijk uniforme wijze. Dit is de Landelijke en Lokale Monitor Gezondheid, met de onderdelen jeugd, volwassenen en ouderen. Het betreft enquête-onderzoek, bij de jeugd aangevuld met registratiegegevens van de Jeugdgezondheidszorg. Eind 2005 heeft de GGD voor de eerste keer in de gehele regio een grote enquête bij middelbare scholieren uitgevoerd, het al eerder genoemde Emovo-onderzoek. De bedoeling is om in 2007 en 2008 ook een enquête voor volwassenen en ouderen uit te voeren. Daarnaast wordt voor 2008 een enquête overwogen bij ouders van kinderen op de basisschool. Voor de registratiegegevens van de jeugdgezondheidszorg is een nieuw systeem in ontwikkeling, het elektronisch kinddossier (EKD). Dit is in Kennemerland sinds kort operationeel bij de JGZ 0-4 en wordt opgezet per 2007 bij de JGZ 4-19. Vanaf 2008 moeten alle organisaties van de jeugdgezondheidszorg op een uniforme manier registreren.

Voordelen van het EKD in vergelijking met de oude JGZ-registratiesystemen zijn het beter kunnen volgen van de gezondheid van de jeugd door de tijd, het makkelijker kunnen volgen van de acties van de JGZ en het resultaat daarvan, en de aanknopingspunten die het systeem biedt om de kwaliteit van de JGZ verder te verbeteren.

Bewezen effectieve interventies

Door nationaal en internationaal onderzoek wordt steeds beter bekend welke interventieprogramma's in de volksgezondheid bewezen effectief zijn en welke niet. Overzichten van bewezen effectieven interventies zijn te vinden in landelijke gegevensbestanden, zoals dat van het Nederlands Jeugd Instituut.

Uiteraard verdient het aanbeveling om zoveel mogelijk bewezen effectieve interventies toe te passen voor het beleid. Wanneer deze nog niet beschikbaar zijn bij bepaalde onderwerpen, moet worden uitgegaan van de beste beschikbare toepassing (best practices).

Om na te gaan of een interventie inderdaad feitelijk werkzaam is in de gegeven omstandigheden, moet de uitvoering van een interventie worden gemonitord en onderzocht. Algemeen wordt aanbevolen om hiervoor 10% van het budget van een interventie te reserveren.

Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies samengevat en aanbevelingen gedaan met betrekking tot de relevante bevindingen uit het gezondheidsprofiel.

Conclusies

Algemeen

Als hoofdconclusie is te trekken dat Haarlemmerliede en Spaarnwoude in de pas loopt met de conclusie voor Nederland: de gezondheid is over het algemeen goed. Op een aantal punten echter is blijvende inzet nodig om gezondheidswinst mogelijk te maken, om de huidige situatie stabiel te houden of gezondheidsbedreigingen tegen te gaan.

Kwetsbare groepen

Er zijn er kwetsbare groepen, zoals ouderen met een laag inkomen of lage opleiding, jeugdigen die het moeilijk hebben, sommige groepen allochtonen, mensen met een lage sociaal-economische positie in het algemeen, en de OGGZ-doelgroepen zoals dak- en thuislozen.

Leefstijl

Ook leefstijlfactoren als roken, overgewicht, gebrek aan beweging en schadelijk alcoholgebruik zijn van belang voor de (toekomstige) volksgezondheid. Met name bij de jeugd is de ontwikkeling wat dat betreft ongunstig.

Psychosociale problemen

Daarnaast is onverminderd aandacht nodig voor de psychische gezondheid en psychosociale problematiek bij alle leeftijdsgroepen.

Zorg en voorzieningen

Mogelijk of waarschijnlijk krijgt een deel van de ouderen niet alle zorg of voorzieningen die zij nodig hebben.

Veiligheid

Tenslotte blijft de aandacht voor de veiligheid van mensen van belang: de preventie van en een goede voorbereiding op mogelijke rampen, milieu-incidenten en epidemieën van infectieziekten. In alle gemeenten vertoont nog steeds een aanzienlijk gedeelte van de jongeren onveilig vrijgedrag.

Integrale beleidsontwikkeling en programmatische/wijkgerichte aanpak

Er is een samenhang tussen sociaal-economische gezondheidsverschillen en leefstijl. Daarnaast zijn omgevingsfactoren van invloed op leefstijl. Beide elementen maken een integrale beleidsontwikkeling en programmatische aanpak op gemeentelijk niveau noodzakelijk. Vanwege geconstateerde gezondheidsverschillen tussen buurten en wijken in aantal gemeenten is een wijkgerichte aanpak een mogelijkheid.

Lokale bijzonderheden

Naast de hierboven genoemde algemene, voor alle gemeenten geldende aandachtspunten heeft Haarlemmerliede en Spaarnwoude als specifiek voor deze gemeente geldende bijzonderheid op het gebied van de volksgezondheid de gezondheidsaspecten van Schiphol en van de grote verkeerswegen in de gemeente.

Preventienota VWS

In de preventienota van het ministerie van VWS worden zoals eerder beschreven vijf speerpunten voor landelijk preventiebeleid genoemd: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie.

Per speerpunt heeft het rijk een aantal concrete resultaatdoelstellingen bepaald.

- Voor roken: in 2010 zijn er nog 20 procent rokers (nu: 28 procent)
- Voor schadelijk alcoholgebruik:
 - Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992
 - Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010
- Overgewicht:
 - Het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005)
 - Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005)
- Diabetes:
 - Het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen
 - Daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties
- Depressie: meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt)

Naar de mening van de GGD wordt in de preventienota onvoldoende aandacht geschonken aan psychosociale problemen bij de jeugd. Depressie vormt slechts een (beperkt maar wel belangrijk) onderdeel van het scala aan emotionele en gedragsproblemen bij de jeugd, die voor een belangrijk deel gerelateerd zijn aan opvoedingsproblemen en -onzekerheid bij ouders. Ook de Inspectie vindt aandacht voor psychosociale problemen bij de jeugd van belang (Inspectie 2005). Bij de formulering van inhoudelijke aanbevelingen voor het gemeentelijk beleid (zie verderop) heeft de GGD hier rekening mee gehouden. Er is gekozen voor 'psychische problemen' als prioriteit, wat dan geldt voor alle leeftijdsgroepen.

Ook is niet gekozen voor 'diabetes' als apart speerpunt. Met de keuze voor overgewicht als aanbevolen prioriteit (inclusief bewegen) wordt immers meteen ook gekozen voor diabetes, omdat overgewicht en gebrek aan lichaamsbeweging verreweg de belangrijkste determinanten van diabetes zijn.

Aanbevelingen

A. Voor het gezondheidsbeleid van Haarlemmerliede en Spaarnwoude stellen wij voor in het verlengde van het landelijke beleid en op basis van de lokale gegevens als inhoudelijke prioriteiten te benoemen:

- Roken
- Overgewicht (lichaamsbeweging en overmatige voeding) inclusief diabetes
- Schadelijk alcoholgebruik, met name bij de jeugd
- Psychische problemen

Uitgangspunt is dat binnen alle gemeenten alle prioriteiten aan de orde zijn en dat een programmatische preventieaanpak nodig is.

Binnen de genoemde prioriteiten is het belangrijk om specifieke aandacht te schenken aan de groepen in een kwetsbare of achterstandssituatie.

Bij de leefstijlthema's is het belangrijk om niet alleen de aandacht te richten op gedrag op individueel- of groepsniveau, maar ook vooral de sociale en de fysieke omgevingsfactoren in een aanpak mee te nemen.

Mede daarom ook blijvende aandacht voor:

- Veiligheid, milieu en infectieziekten
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Uit het voorgaande blijkt dat alle onderwerpen belangrijk zijn om 'een gezonde gemeente' te realiseren. Bovendien komt uit onderzoeken naar determinanten naar voren dat er samenhang is tussen de verschillende onderwerpen. Dat pleit ervoor om in te zetten op alle onderwerpen (gestage vooruitgang) in plaats van op één onderwerp of doelgroep. Dit sluit aan bij bedoeling van het Rijk om integraal gezondheidsbeleid vorm te geven en bij de aanbevelingen van de Inspectie om de gemeentelijke instrumenten ten volle te benutten.

B. De prioriteiten en aandachtsgebieden kunnen worden omgezet naar actiepunten voor de komende vier jaar. Bij het bepalen van actiepunten bevelen wij aan rekening te houden met vindplaatsen (settings) en invalshoeken:

- Voor de jeugd gaat het om het gebruiken van scholen, kindercentra en voor- en naschoolse voorzieningen als vindplaatsen. Daarnaast is het belangrijk om mee te nemen dat het niet alleen gaat over de kinderen en jongeren, maar ook over hun ouders, gezin en overige sociale omgeving.
- Betrekken doelgroepen om bereik en succes van interventies te vergroten.
- Voor ouderen is het belangrijk om die personen te bereiken die onvoldoende gebruik maken van voorzieningen en zorg.
- Om keuzemogelijkheden van kwetsbare groepen en mensen in een lage sociaal-economische positie te vergroten, zullen sociaal-economische gezondheidsverschillen binnen elke gemeente aandachtspunt moeten zijn bij in te zetten interventies.
- In een aantal gemeenten valt vanwege gezondheidsverschillen op wijkniveau een wijkgerichte aanpak te overwegen. Zo'n aanpak vergt echter veel tijd en inspanning en de

resultaten zijn nog niet zo overtuigend positief dat deze werkwijze standaard zou moeten worden ingezet. Als er wel al wijkprojecten op andere beleidsterreinen zijn of worden ontwikkeld, kan het aspect gezondheid hierbij worden meegenomen.

- Verbetering van de samenwerking en de afstemming met de curatieve zorg.
- Een preventiemix van voorlichting, interventies gericht op gedragsverandering, regelgeving en voorzieningen wordt gezien als een effectieve aanpak.

Dit leidt voor Haarlemmerliede en Spaarnwoude tot de volgende mogelijke actiepunten:

- **Jeugd:**
 - Ontwikkelen van een programmatische aanpak voor jeugd rondom leefstijl in de komende 4 jaar.
 - ☐☐ Extra aandacht voor risico's rondom leefstijl bij leerlingen van het vmbo.
 - ☐☐ Versterken van inzet op alcohol/binge drinken in samenwerking met Brijder Verslavingszorg en GGD.
 - ☐☐ Vanwege het hoge percentage jongeren dat onveilig vrijt, (extra) aandacht voor het inzetten van een programma zoals Week van de liefde (in buurthuizen), relationele vorming (basisonderwijs) en extra aandacht voor activiteiten buiten het onderwijs om (jongeren van 17 tot 24 jaar).
 - Realiseren van een zo hoog mogelijk bereik bij het periodiek gezondheidsonderzoek in klas 2 van het voortgezet onderwijs om het zicht te houden op mogelijke ontwikkelingen bij de jeugd van 15 – 19 jaar.
 - ☐☐ Aandacht voor psychisch welbevinden bij de jeugd
- **Volwassenen:**
 - Ontwikkelen van een programmatische aanpak voor volwassenen rondom leefstijl in de komende 4 jaar.
- **Ouderen:**
 - Aansluitend op de gezondheidsenquête ouderen eventueel aanvullend onderzoek doen naar de behoefte aan voorzieningen van ouderen, parallel aan de ontwikkeling van de Wmo.
 - Ontwikkelen van een programmatische aanpak voor kwetsbare ouderen rondom leefstijl in de komende 4 jaar.
 - In ieder geval aandacht voor preventie valongevallen en eenzaamheidsproblematiek (depressie).
- **OGGZ:**
 - Verbeteren van de regionale samenwerking, zicht houden op de omvang van de doelgroep en investeren in participatie van kwetsbare mensen, om gezamenlijk een antwoord te vinden op de toenemende problematiek van de OGGZ.
 - Zorgen voor structurele inbedding van de OGGZ, inclusief huiselijk geweld, om continuïteit en doorontwikkeling te borgen.
- **Veiligheid, milieu en infectieziekten:**
 - Voortzetten van bestaand beleid en continue aandacht voor de (verdere verbetering van de) kwaliteit

- Vragen van gezondheidkundig advies bij de planning van gevoelige bestemmingen (zoals scholen, kinderdagverblijven, woningen en verzorgingshuizen) nabij drukke verkeerswegen.
- Vragen aan de GGD overzicht te bieden van bestaande onderzoeken en rapporten over de invloed van Schiphol op de gezondheid.

C. Voor de vormgeving van het beleid bevelen wij aan om integrale beleidsontwikkeling rondom gezondheid als uitgangspunt te nemen:

- Verder onderzoeken van het perspectief gezondheid inclusief sociaal-economische gezondheidsverschillen en in de planvorming meenemen (onder andere milieubeleid, jeugdbeleid, grotestedenbeleid, Wmo, ruimtelijk cq verkeersbeleid). De handreiking facetbeleid van de VNG en GGD Nederland (2004) biedt hiervoor aanknopingspunten.
- In de verdere ontwikkeling van het Wmo-beleid aansluiting op de Wcpv borgen.
- Via minimaal een jaarlijks evaluatiemoment verslag doen van de vorderingen en de nieuwe voornemens en deze bijvoorbeeld publiceren in het burgerjaarverslag

De GGD biedt aan om met de gemeente mee te denken bij verdere analyse, eventueel aanvullend onderzoek, gemeentelijke beleidsontwikkeling en vormgeving, noodzakelijke interventies, kosten-batenanalyse en evaluatie van de huidige en nieuwe nota.

Geraadpleegde bronnen

CBS 2005, 2006. [Http://statline.cbs.nl](http://statline.cbs.nl).

De Silva 2005. De Silva MJ et al. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 619-627.

De Vries S, Verheij RA, Groenewegen, PP (2000). Natuur en gezondheid; een verkennend onderzoek naar de relatie tussen volksgezondheid en groen in de leefomgeving. *Mens & Maatschappij*; 4: 312-31.

Gezondheidsraad 2001. Ongerustheid over lokale milieufactoren. Risicocommunicatie, blootstellingsbeoordeling en clusteronderzoek. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatie nr 2001/10.

Gezondheidsraad 2005. Vergrijzen met ambitie. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatie nr 2005/06.

Gezondheidsraad 2006. Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2006. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatie nr 2006/10.

GGD 1992. Oosterlee A, Drijver M. Het wonen aan een drukke verkeersweg en gezondheid. Een vragenlijstonderzoek bij volwassenen en kinderen. Haarlem: GGD Zuid-Kennemerland.

GGD 1993. Smits ER. Gezondheidsprofiel van de IJmond. Heemskerk: GGD Midden-Kennemerland.

GGD 1996. Stam H, e.a. De incidentie van kanker in de regio Zuid-Kennemerland, periode 1988-1992. Haarlem: GGD Zuid-Kennemerland.

GGD 1998. Oosterlee A. Gezondheid van de jeugd in de IJmond. Heemskerk: GGD Midden-Kennemerland.

GGD 1999. Oosterlee A. Huisbezoeken bij ouderen. Eindrapport project ouderenbezoek Heemskerk. Heemskerk: GGD Midden-Kennemerland.

GGD 2002. Cluitmans TLM e.a. Gezondheidsprofiel Kennemerland. Haarlem/Heemskerk: GGD Kennemerland.

GGD 2003. Cluitmans TLM, Smit M. LSPPK Zuid-Kennemerland 1998 t/m 2001. Verkorte rapportage. Haarlem: Hulpverleningsdienst Kennemerland/GGD.

GGD 2004a. Oosterlee A, m.m.v. Karreman E. JGZ-registratiegegevens Midden-Kennemerland. Gegevens over de volksgezondheid van de jeugd. Bevindingen- en verwijzingenregistratie, LSPPK en KIVPA. Haarlem: GGD Kennemerland.

GGD 2004b. Oosterlee A, Keuken RH, m.m.v. Staal L. Gezondheidseffecten van luchtverontreiniging door fijn stof in de IJmond. Haarlem: Hulpverleningsdienst Kennemerland/GGD.

GGD 2005. Nijbroek W, Cluitmans TLM. Overgewicht onder de jeugd in Kennemerland. Haarlem: Hulpverleningsdienst Kennemerland/GGD.

GGD 2006. Oosterlee A, Vink RM. De omvang van huiselijk geweld in Haarlem. Een schatting met de vangst-hervangst analysemethode, toegepast op de gegevens uit een registratieproject van acht ketenpartners binnen het Haarlemse project Geweld in het gezin. Haarlem: Hulpverleningsdienst/GGD.

GGD 2007a. Oosterlee A. 'Seks onder je 25e' in Kennemerland - rapportage over de regionale gegevens van een landelijk onderzoek naar seksueel gedrag. Haarlem: GGD Kennemerland, februari 2007.

GGD 2007b. Robroek S, Cluitmans R. Gezondheid, welzijn en leefstijl van scholieren in *Gemeente X*. Resultaten van het Emovo-onderzoek. Haarlem: GGD Kennemerland.

GGD 2007c. Nijbroek W. Incidentie en prevalentie van kanker in de regio Kennemerland 1989-2003 (rapport in voorbereiding).

GGD Nederland 2006. Visiedocument GGD en doelgroep ouderen. Een visiedocument van de vakgroep gemeentelijk gezondheidsbeleid over wat de GGD kan doen voor ouderen. Utrecht: GGD Nederland, Vakgroep Gemeentelijk Gezondheidsbeleid.

GGD Nederland/GGD Gelre-IJssel 2006. Relatie tussen de WCPV en WMO. Deventer: GGD Gelre-IJssel.

ICUH 2006. International Congress on Urban Health, Amsterdam. Diverse sprekers.

Inspectie 2005. Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Den Haag: Staatstoezicht op de volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg.

LCM 2006. Herzien standpunt UMTS-zendmasten. Rotterdam: LCM Landelijk Centrum Medische Milieukunde, 10 oktober 2006. Zie: <http://www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet/paginaSjablonen/raadplegen.asp?display=2&atoom=27646&atoomsrt=2&actie=2>

Maandblad G 2005a. "Eigen verantwoordelijkheid betekent mede-verantwoordelijk zijn". Kees Schuyt over de verborgen bronnen van een goede zorg voor gezondheid. G vakblad over gezondheid en maatschappij, 3 (5) oktober/november 2005.

Maandblad G 2005b. Twee of ondeelbaar? Collectieve preventie en maatschappelijke ondersteuning onder de WMO. G vakblad over gezondheid en maatschappij, 3 (4) augustus/september 2005.

Maandblad G 2006. Slow food & fusion. Geen simpele recepten in RVZ-advies over publieke gezondheid. G vakblad over gezondheid en maatschappij, 4 (5) oktober/november 2006.

Maas 2006. Maas J, Verheij RA, Groenewegen PP, Vries S de, Spreeuwenberg P (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *J Epidemiol Community Health*; 60: 587-592.

Ministerie VWS 2006. Preventienota *Kiezen voor gezond leven*. Den Haag: Ministerie VWS.

Movisie 2007. Movisie (voorheen TransAct) en Ministerie van Justitie. Zie: www.huiselijkgeweld.nl.

NCV 2006. Nederlands Congres Volksgezondheid, Rotterdam 2006; diverse sprekers.

NIZW 2006. [Http://www.jeugdinterventies.nl/smartsite.dws?id=12121](http://www.jeugdinterventies.nl/smartsite.dws?id=12121)

NJI 2007. Nederlands Jeugdinstituut. Zie: www.kindermishandeling.info.

RIBW 2006. H van de Beek en K Dros. Opvang en onderdak in de IJmond. Verslag van een onderzoek naar de behoefte aan een sociaal pension in de IJmond. Haarlem: RIBW Kennemerland/ Amstelland en de Meerlanden.

RIVM 1998. Hinder, slaapverstoring, gezondheids- en belevingsaspecten in de regio Schiphol, resultaten van een vragenlijstonderzoek. Leiden/Bilthoven: TNO-PG en RIVM.

RIVM 2004. Breugelmans ORP, e.a. Gezondheid en beleving van de omgevingskwaliteit in de regio Schiphol: 2002. Bilthoven: RIVM, rapport nummer 630100001/2004.

RIVM 2005. Kempen EEMM van, e.a. Het effect van geluid van vlieg- en wegverkeer op cognitie, hinderbeleving en de bloeddruk van basisschoolkinderen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, rapport nummer 441520021.

RIVM 2006. Houthuijs DJM, van Wiechen CMAG (red.). Monitoring van gezondheid en beleving rondom de luchthaven Schiphol. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, rapport nummer 630100003.

RIVM 2006. <http://www.rivm.nl/vtv/>.

Ross 2005. Ross N. Health, happiness, and higher levels of social organisation. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 56-67.

SCP 2001. De Klerk MMY (red.). Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP 1994. Beker M. e.a. Rapportage jeugd 1994. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP 2005. Zeijl E e.a. Kinderen in Nederland. Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau / TNO.

SCP 2006. De Boer AH (red.). Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop. Den Haag: Sociaal en Cultureel en Planbureau.

Trimbosinstituut 2003. Geciteerd in: Ketensamenwerkingsovereenkomst kwetsbare mensen met zorgmijndend gedrag in Zuid Kennemerland, 2004.

Vaerwerk M te, 1997. Zelfverwaarlozing bij ouderen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Lier 2005. Van Lier A. Sterfte in Noord-Holland en Flevoland. Analyse van sterftcijfers in de provincies Noord-Holland en Flevoland 1996-2002 - regio Kennemerland. Haarlem: Hulpverleningsdienst Kennemerland/GGD.

VNG, GGD Nederland, TNO 2004. Koffer gemeentelijk gezondheidsbeleid in de praktijk deel 2: nummer 6. Instrumenten voor integraal gezondheidsbeleid. Den Haag, Utrecht, Leiden: VNG, GGD Nederland, TNO.

VNG/GGD Nederland/NIGZ 2006. Lokaal gezond 2005. Voortgangsrapportage Convenant gezondheidsbevordering in lokaal perspectief. Woerden: VNG, GGD Nederland en NIGZ.

VTV 2002. Van Oers JAM. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002.
Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

VTV 2006. De Hollander AEM e. a. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006.
Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Overzichtstabel beschikbare lokale gegevens Kennemerland, met regionale en landelijke gemiddelden

		B'broek	B'wijk	B'daal	H'lem	H'liede	H'kerk	H'stede	Uitgeest	Velsen	Z'voort	MK	ZK	K'land	NL
Sterftecijfers															
Levensverwachting bij de geboorte (in jaren, gemiddelden)	mannen	79	77	78	75	84	76	78	81	77	76	-	-	76	75
	vrouwen	82	83	84	81	90	81	83	85	81	82	-	-	81	81
Levensverwachting op de leeftijd van 65 jaar (in jaren, gemiddelden)	mannen	18	16	17	15	24	15	17	19	16	16	-	-	15	15
	vrouwen	19	21	20	19	27	18	20	23	20	19	-	-	20	19
Jeugd															
Psychische gezondheid (welbevinden) ¹ (% lage score)	klas 2 + klas 4	16	19	14	18	18	18	15	11	17	19	17	17	17	-
Slachtoffer lichamelijk geweld thuis: afgelopen jaar (%)	klas 2 + klas 4	0,0	2,5	4,5	2,5	2,9	2,0	2,7	2,4	2,3	2,7	2,3	2,7	2,5	-
Alcohol (%): afgelopen maand	klas 2	49	41	45	38	47	45	45	50	42	37	43	40	42	-
	klas 4	82	72	80	70	82	77	81	87	82	79	79	74	76	-
overmatig alcohol: vijf of meer bij één gelegenheid ²	klas 2	23	29	16	21	29	27	19	27	22	26	25	21	23	-
	klas 4	61	56	56	47	58	59	53	66	55	60	57	50	53	-
Roken (%): eens per week of vaker	klas 2	4	8	4	10	3	8	7	3	6	9	7	8	8	-
	klas 4	18	21	20	20	16	20	21	16	19	33	20	21	21	-

¹ psychisch welbevinden: lage score betekent: relatief vaak zenuwachtig, neerslachtig en somber, en/of erg in de put; en/of relatief weinig kalm en rustig en/of gelukkig.

² in de afgelopen 4 weken ten minste eenmaal vijf of meer alcoholische drankjes tijdens één gelegenheid gebruikt.

	Bibroek	B'wijk	B'daal	H'lem	H'liede	H'kerk	H'stede	Uitgeest	Velsen	Z'voort	MK	ZK	K'land	NL	
Softdrugs-gebruik (%): atgelopen maand	Klas 2	-	6	7	6	-	5	7	-	3	6	4	6	5	-
	Klas 4	27	13	23	18	16	14	18	14	15	26	14	20	17	-
Overgewicht en ernstig overgewicht ²⁾ (%)	Klas 2	13	21	8	14	14	16	12	15	15	17	-	-	14	14
	Klas 4	6	7	2	8	5	6	3	5	6	7	6	7	7	-
Seksueel gedrag: ervaring met geslachtsgemeenschap: (%)	Klas 2	25	27	19	31	38	28	20	23	28	37	27	28	28	-
	Klas 4	-	26	28	25	-	19	21	28	28	31	25	26	25	-
condoomgebruik bij gesl.gem.: alleen soms of nooit (%)	Klas 2	52	68	56	62	62	71	52	81	57	68	-	-	63	-
	Klas 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
niet altijd voldoende bescherming tegen Soa/hiv bij geslachtsgemeenschap ¹⁾ (%)	leeftijd 17-24 jaar	52	68	56	62	62	71	52	81	57	68	-	-	63	-
	leeftijd 25-34 jaar	52	68	56	62	62	71	52	81	57	68	-	-	63	-
Ouderen demografische gegevens (2006): % ouderen 65+	leeftijd 65-75 jr (%)	25,7	16,7	21,3	15,2	13,8	16,7	21,9	12,4	16,6	19,0	16,3	17,0	16,7	14,3
	leeftijd 75+ (%)	12,8	8,4	9,9	7,7	7,7	9,7	10,8	7,3	8,3	9,1	8,6	8,5	8,5	7,8
aantal ouderen 75+	leeftijd 65-75 jr (%)	12,9	8,3	11,4	7,5	6,0	7,0	11,2	5,2	8,3	10,0	7,7	8,5	8,2	6,5
	leeftijd 75+ (%)	660	3019	1935	11002	331	2631	2864	616	5613	1659	-	-	-	-

- 1) voorzover met het onderzoek kon worden nagegaan; in werkelijkheid zijn de percentages waarschijnlijk iets lager. Bron: 'Seks onder je 25e' in Kennemerland - rapportage over de regionale gegevens van een landelijk onderzoek naar seksueel gedrag. Haarlem: GGD Kennemerland, februari 2007
- 2) percentage van alle scholieren in klas twee en klas vier van het voortgezet onderwijs in Kennemerland
- geen gegevens beschikbaar, geen voor vergelijking geschikte gegevens, of te kleine aantallen gegevens

Bronnen: CBS 2003; CBS Statline; GGD Kennemerland 2005; GGD Kennemerland 2007

Adressenlijst Wmo-raad Haarlemmerliede en Spaarnwoude

Platform Belangenbehartiging Mantelzorg
Kennemerland
Dick van Heun
Presidentsteinstraat 19
2021 VA Haarlem
023-5261217
dvanheun@orange.nl

PV 4: Mantelzorg

ANBO Zwanenburg/ Halfweg
Gerard Weijers
Postbus 175
1160 AD Zwanenburg
jg.weijers@quicknet.nl

PV 3: informatie en advies
PV 4: vrijwilligerswerk

ANBO Zwanenburg/ Halfweg
Jan Versteeg
Postbus 175
1160 AD Zwanenburg
janversteeg@quicknet.nl

PV 1: leefbaarheid / sociale samenhang
PV 5: Deelname maatschappelijk verkeer

Parochie St. Adalbertus
Liesbeth van Dijk-Knijff
Talesiuspark 15
2064 LJ Spaarndam
023-5378221
dijk-favan@hetnet.nl

PV 1: leefbaarheid / sociale samenhang
PV 4: vrijwilligerswerk

Richard Hoenderdos
Kees 't Hoenstraat 4
2064 XJ Spaarndam
06-51514513
ahoenderdos@wanadoo.nl

PV 3: informatie en advies
PV 6: individuele voorzieningen

Dorpsraad Spaarndam
Dicky Kerkhoff
Leen Spierenburgstraat 5
2064 LV Spaarndam
kerkmaas@tiscali.nl

PV 1: leefbaarheid / sociale samenhang
PV 2: jeugd opvoeden/ opgroeien
PV 3: informatie en advies
PV 6: individuele voorzieningen

Gerard Wehkamp
Rijkerboerweg 105
1165 NK Halfweg
g.wehkamp@orange.nl

PV 1: leefbaarheid / sociale samenhang
PV 3: informatie en advies
PV 6: individuele voorzieningen

Parochie Heilige Jacobus De Meerdere
Kees Schouten
Liedeweg 63
2065 AL Haarlemmerliede

PV 4: vrijwilligerswerk

kees.en.marijke@hetnet.nl

(wordt vervangen door Ria de Groot)

Dorpsraad Halfweg- Zwanenburg
Mw Vreeswijk- Rooth
Burgemeester van Bruggestraat 15
1165 NS Halfweg
ppvreeswijk@kpnplanet.nl

Gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude
Jacqueline Schmidt
Postbus 83
1160 AB Zwanenburg
schmidt@haarlemmerliede.nl

Gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude
Frank van Hattem
Postbus 83
1160 AB Zwanenburg
hattem@haarlemmerliede.nl

PRIMO nh
Eveline Tijmstra
Postbus 106
1440 AC Purmerend
0299-418700
etijmstra@primo-nh.nl

**Gemeente
Haarlemmerliede en Spaarnwoude**

reg.nummer:	Ingekomen:	afdoening:
weeklijst/volgnr.:	notulen/volgnr.:	datum:
		paraaf:

onderwerp : Invoering Wet maatschappelijke ondersteuning

Bijlagen : concept-wetstekst 2007; Stappenplan Regionale samenwerking Zuid-Kennemerland; collegebesluit februari 2005; Nota huishoudelijke verzorging Zuid-Kennemerland; kosten/budget overzicht huishoudelijke verzorging

voorstel : Notitie aan bieden aan de gemeenteraad

Procedure:

Commissie RBZ nee
Commissie MBZ 11 mei 2006
Gemeenteraad 30 mei 2006

Toelichting :

Inleiding

In februari 2005 hebben wij de uitgangspunten voor de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning vastgesteld en ter kennis gebracht van de commissie Middelen/Bewonerszaken (zie bijlage).

De uitgangspunten waren:

-De beleidsvorming en uitvoering van de Wmo, voor zover het niet de lokale welzijnstaken betreft, onderbrengen in het samenwerkingsverband.

Dit uitgangspunt is inmiddels achterhaald. De beleidsvorming wordt op onderdelen lokaal gedaan en op onderdelen regionaal (Zuid-Kennemerland). De uitvoering van de (voormalige) WVG en de huishoudelijke verzorging wordt wel ondergebracht in het samenwerkingsverband met Heemstede en Bloemendaal.

-De mogelijkheid gezamenlijk met de regio (o.l.v. Haarlem) de inkoop van bijvoorbeeld de huishoudelijke zorg te regelen open laten.

Hieraan wordt inmiddels invulling gegeven.

-Lokaal voorzien in een beperkt loket (als dislocatie van het samenwerkingsverband).

Dit moet nog worden uitgewerkt.

-Lokaal het vereiste beleidsplan ontwikkelen.

Dit moet nog worden uitgewerkt.

Het is inmiddels een jaar later. Onlangs is de definitieve wetstekst door de Tweede Kamer vastgesteld. De invoeringsdatum is verschoven naar 1 januari 2007. In deze notitie gaan wij

	paraaf:	opmerkingen:	
hoofd afdeling:			
secretaris:			
	akk:	bespr:	opmerkingen:
burgemeester:			
wethouder:			
wethouder:			

in op de stand van zaken en planning voor onze gemeente bij de invoering van de wet en op de keuzes die gemaakt moeten worden.

Leeswijzer

Als eerste hebben wij een paragraaf over de wet zelf opgenomen. Daarna gaan wij in op het ontwikkelen van beleid: zelf of in samenwerking met anderen? Dan is duidelijk is welke taken voornamelijk lokaal moeten worden opgepakt en gaan we in op de vormverplichtingen voor de gemeente met betrekking tot de invoering van de wet. Zaken als een beleidsplan, het betrekken van inwoners en belanghebbenden en verantwoording komen aan de orde. Daarna volgt een paragraaf over de kaderstelling: Hoe willen we de Wmo gestalte geven in onze gemeenten. In de volgende paragraaf gaan we per lokaal beleidsterrein kort in op de mogelijkheden. Dit kan als de eerste aanzet tot een beleidsplan worden gezien. Dan volgt nog een paragraaf over de financiën en als laatste een blik vooruit onder te titel 'Hoe nu verder?'.

De wet

Het centrale doel van de wet is nog altijd 'meedoen': Zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. 'Meedoen' is in principe een verantwoordelijkheid van de individuele burger, maar de gemeenten krijgen de opdracht op dat terrein een actief beleid te voeren.

In de wet zijn negen prestatievelden omschreven:

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen; wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. het geven van informatie, advies en cliëntenondersteuning;
4. het ondersteunen van mantelzorgers daar onder begrepen steun bij het vinden van adequate oplossingen indien zij hun taken tijdelijk niet kunnen waarnemen, alsmede het ondersteunen van vrijwilligers;
5. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid te bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het verlenen van psychosociale hulp bij rampen;
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.

Zoals we in de eerdere notitie al hebben vastgesteld willen we, daar waar dat kan, samenwerken met anderen in het ontwikkelen en/of uitvoeren van beleid op deze negen prestatievelden. In de paragraaf 'Lokaal of regionaal' wordt ingegaan op de schaal waarop het beleid voor deze prestatievelden wordt ontwikkeld (lokaal, regionaal, centrumgemeente)

In de wet zijn verder verplichtingen opgenomen voor de gemeente. Zo moet er een beleidsplan worden vastgesteld waarbij de inwoners en andere belanghebbenden inspraak hebben. De gemeente moet ook jaarlijks onderzoek doen naar de tevredenheid van de vragers van maatschappelijke ondersteuning en de prestaties verantwoorden aan het ministerie. Dit onderwerp is de paragraaf 'Beleidsplan en andere verplichtingen' uitgewerkt.

Daarnaast zijn een aantal verplichtingen opgenomen. Een voorbeeld is de verplichting voorzieningen te treffen voor bepaalde doelgroepen. Dit is het zogenaamde compensatiebeginsel: de gemeente wordt verplicht om aan de vraag naar mobiliteit te voldoen, maar kan zelf bepalen of dat met een rollator of met een scootmobiel gebeurt.

Andere voorbeelden van verplichtingen voor de gemeente zijn de verplichting de keuze te bieden tussen een voorziening in nature of een persoonsgebonden budget en de verplichting het verlenen van maatschappelijke ondersteuning zoveel mogelijk door derden te laten verrichten. In deze notitie wordt verder niet op deze verplichtingen ingegaan. Het is van toepassing op de verstrekking van individuele voorzieningen. Het is de bedoeling dit in regionaal verband te regelen.

Lokaal of regionaal

De zes gemeenten in de regio Zuid-Kennemerland hebben overleg gevoerd over de mogelijkheden gezamenlijk onderdelen van de Wmo te ontwikkelen. In het portefeuillehoudersoverleg van 2 maart 2006 is dit besproken en akkoord bevonden. Per prestatieveld geven wij hieronder aan op welk niveau wordt samengewerkt.

Prestatieveld 1

Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen; wijken en buurten.

Dit is een typisch **lokale taak**. De gemeenten in de regio zullen op dit terrein niet samenwerken. Op de invulling van dit prestatieveld komen we terug in de paragraaf Sociale samenhang.

Prestatieveld 2

Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden.

Dit is een **lokale taak, maar ook regionaal** wordt hier al aandacht aan besteed. In het Regionaal Platform Jeugdbeleid wordt gewerkt aan de afstemming tussen de lokale verantwoordelijkheden op het gebied van de preventie en de provinciale verantwoordelijkheden op het gebied van de jeugdzorg. Ook worden vanuit dit platform acties ingezet op lokaal niveau zoals de inzet van een peuteradviesteam of de organisatie van een puberavond.

In de paragraaf 'Jeugd' gaan wij verder in op welke invulling dit prestatieveld op lokaal niveau moet krijgen.

Prestatieveld 3

Het geven van informatie, advies en cliëntenondersteuning.

Hiermee wordt bedoeld op het inrichten van een lokaal loket en dit is dus ook een typisch **lokale taak**. Complicerend voor onze gemeente is dat een deel van de Wmo wordt uitgevoerd door het samenwerkingsverband met Heemstede en Bloemendaal. De huidige Wet Voorzieningen Gehandicapten en straks de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ zijn daar ondergebracht.

In de paragraaf 'Lokaal loket' gaan we hier verder op in.

Prestatieveld 4

Het ondersteunen van mantelzorgers daar onder begrepen steun bij het vinden van adequate oplossingen indien zij hun taken tijdelijk niet kunnen waarmaken, alsmede het ondersteunen van vrijwilligers.

Deze ondersteuning is tot nu toe via een subsidieregeling van het Rijk geregeld. Instellingen zoals onder andere het Meldpunt Vrijwilligershulp en het Steunpunt Mantelzorg Zuid-Kennemerland krijgen subsidie voor de coördinatie van steunpunten. Deze subsidieregeling gaat over naar de Wmo en het wordt daarmee een taak van de gemeenten dit te regelen.

Omdat het regionaal werkende instellingen betreft zal er door de **regiogemeenten gezamenlijk** een visie worden ontwikkeld. Deze visie moet vervolgens lokaal worden vastgesteld. Vooruitlopend daarop hebben wij in het voorstel voor een nieuw subsidiebeleidskader dat aan de raad zal worden aangeboden de mogelijkheid opgenomen subsidie te verstrekken aan dergelijke instellingen.

Prestatieveld 5

Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem.

De doelgroep van dit prestatieveld is dezelfde als voor prestatieveld 6, maar hier gaat het niet om individuele voorzieningen. In prestatieveld 5 gaat het om zaken als de toegankelijkheid van de woonomgeving en openbare gebouwen. Ook het organiseren van activiteiten met een recreatief of sportief karakter voor specifieke doelgroepen is een mogelijkheid.

De invulling van dit prestatieveld is **voornamelijk lokaal**, maar er zijn ook zaken die regionaal kunnen worden opgepakt. Voorbeelden van dat laatste zijn de subsidiëring van aangepast sporten en de toegankelijkheid van het openbaar vervoer. In de paragraaf 'Algemene voorzieningen' gaan we verder in op de lokale aspecten.

Prestatieveld 6

Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Binnen dit prestatieveld vallen de individuele voorzieningen, zowel de voorzieningen uit de huidige Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) als de huishoudelijke verzorging uit de huidige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit is meest omvangrijke wijziging met de invoering van de Wmo, zowel qua inzet als qua financiën.

De zes regiogemeenten trekken gezamenlijk op van visiedocument tot en met de gunning van de huishoudelijke verzorging. Ook het omzetten van de WVG-verordening (nu gelijk in alle regiogemeenten) naar nieuwe Wmo-regelgeving wordt gezamenlijk gedaan. Er zullen voor de individuele gemeenten een aantal beslismomenten komen, maar de insteek is een voor de hele **regio** gelijke regeling in te voeren. De uitvoering is individueel, maar wordt in ons geval ondergebracht in het **samenwerkingsverband** met Heemstede en Bloemendaal. Als bijlage bij deze notitie is het (concept)visiedocument over de huishoudelijke verzorging opgenomen. Dit document zal apart aan de gemeenteraad worden aangeboden.

Prestatieveld 7, 8 en 9

-Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid te bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd.

-Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het verlenen van psychosociale hulp bij rampen.

-Het bevorderen van verslavingsbeleid.

Deze prestatievelden betreffen voorzieningen zoals een Blijf van m'n lijf-huis; een Advies en Steunpunt Huiselijke Geweld; Dag- en Nachtopvang voor daklozen en verslaafden enzovoort. Voor de openbare geestelijke gezondheidszorg gaat het over de hele keten van preventie tot toeleiden naar zorg en opvang.

Deze taken zijn tot op heden in handen van de gemeente Haarlem (als **centrumgemeente**) of van de **GGD**. Bij hen zal ook het initiatief vandaan komen om, indien nodig, nieuw beleid te ontwikkelen.

De huidige systematiek dat centrumgemeenten een doeluitkering krijgen voor voorzieningen binnen deze prestatievelden blijft ook in de Wmo gehandhaafd. De centrumgemeente moet overleggen met de omliggende gemeenten over de besteding.

Beleidsplan en andere verplichtingen

De wet verplicht de gemeenteraad een of meer plannen vast te stellen, die richting geven aan de door de gemeenteraad en het college van burgemeester en wethouders te nemen beslissingen betreffende maatschappelijke ondersteuning. Iedere vier jaar moet een nieuw plan worden vastgesteld; tussentijdse wijzigingen zijn mogelijk.

In het plan worden de hoofdzaken van het te voeren beleid opgenomen. In ieder geval moet worden opgenomen:

- de gemeentelijke doelstellingen per prestatieveld;
- hoe het samenhangende beleid wordt uitgevoerd en welke acties in de planperiode zullen worden ondernomen;

- welke resultaten de gemeente in de planperiode wenst te halen;
- welke maatregelen de gemeente neemt om de kwaliteit van de uitvoering te borgen;
- welke maatregelen de gemeente neemt om de 'cliënten' uit de prestatievelden 2, 5 en 6 keuzevrijheid te bieden met betrekking tot de activiteiten van maatschappelijke ondersteuning en;
- op welke wijze de gemeente zich heeft vergewist van de behoeften van kleine doelgroepen.

De wet verplicht de gemeente verder ingezetenen en belanghebbenden (zowel natuurlijke als rechtspersonen) te betrekken bij de voorbereiding van het beleid, conform de gemeentelijke inspraakverordening.

Het college stelt verder dezelfde personen vroegtijdig in de gelegenheid zelfstandig voorstellen te doen voor beleid.

Ook moet het college zich vergewissen van de behoeften en belangen van ingezetenen die dat niet goed kenbaar kunnen maken.

Het college maakt vervolgens een ontwerp-plan dat aan de gemeenteraad ter vaststelling moet worden aangeboden. Over dit ontwerp-plan moet echter eerst advies worden gevraagd aan de gezamenlijke vertegenwoordigers van representatieve organisaties van de kant van de vragers op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning. De wetgever doelt op organisaties van ouderen, gehandicapten, dak- en thuislozen, jongeren mantelzorgers et cetera. Het advies van deze organisaties wordt door het college gewogen en deze weging wordt gemotiveerd.

Over de verantwoording bepaalt de wet dat het college jaarlijks (voor 1 juli) de uitkomsten publiceert van onderzoek naar de tevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning over de uitvoering van de wet. De methode waarop dat gemeten wordt moet in overleg met representatieve organisaties op dit terrein tot stand zijn gekomen. Door de minister aangewezen gegevens over de prestaties moeten ook worden gepubliceerd.

Daarnaast zijn in de wet allerlei verplichtingen opgenomen voor de gemeente bij het verstrekken van individuele voorzieningen. Hierbij gaat het om de compensatieplicht (de plicht *een* voorziening te leveren) en het bieden van keuzevrijheid tussen natura en budget. Deze verplichtingen worden meegenomen in de regionale afspraken over prestatievelden 5 en 6 en komen in deze notitie verder niet terug.

Kaderstelling

De kracht van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning zit in de mogelijkheden die de gemeente krijgt samenhang aan te brengen in het beleid voor maatschappelijke ondersteuning. Het beleid waar de gemeente regie op gaat voeren is opgenoemd in de negen prestatievelden uit de wet. Op vrijwel alle onderdelen voert de gemeente ook nu al beleid. De Wmo is wel nieuw, maar de beleidsvelden vielen voor het merendeel al onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten, met uitzondering van de huishoudelijke verzorging en enkele subsidieregelingen.

Voor onze gemeente is het een extra uitdaging meer samenhang aan te brengen in het beleid omdat wij op verschillende schalen met andere gemeenten samenwerken. In de paragraaf 'Lokaal of regionaal' is hier al uitgebreid aandacht aan besteed. De invloed op het (te ontwikkelen) beleid is bij samenwerking per definitie minder omdat we met meerdere partijen te maken hebben en streven naar gelijklopende regelingen. Toch staan wij volledig achter deze keuze. Regionale samenwerking is voor ons noodzaak om een kwalitatief goede en continue dienstverlening aan onze inwoners te bieden.

Een extra uitdaging is dat de gemeente in de regio een aparte positie inneemt. Dit geldt met name voor de kern Halfweg. De inwoners van Halfweg zijn sterk georiënteerd op Zwanenburg in de gemeente Haarlemmermeer. Deze gemeente valt buiten de regio Zuid-Kennemerland en dat betekent dat er vaak andere instellingen werkzaam zijn op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning. Dit is met name een aandachtspunt bij de ontwikkeling van een lokaal loket.

De kaders waarbinnen wij het beleid willen gaan ontwikkelen zijn de volgende.

- Vooralsnog blijft het bestaande beleid (subsidiebeleid, vrijwilligersbeleid, wet voorzieningen gehandicapten) zoveel mogelijk gehandhaafd. Per beleidsveld zal worden geïnventariseerd wat er nu gebeurt, hoe dit samenhangt met de andere prestatievelden en of een aanpassing van het beleid wenselijk is.
- Waar mogelijk wordt gezocht naar samenwerking met anderen bij de ontwikkeling en uitvoering van beleid.

Uit het raadsprogramma 2006-2010 komen de volgende kaders waarbinnen het beleid ontwikkeld zal worden.

- Het plaatselijk voorzieningenniveau dient zoveel mogelijk te worden gehandhaafd.
- Deelname aan sport- en vrije tijdclubs en het vrijwilligerswerk wordt bevorderd.
- Met grotere instellingen worden afspraken gemaakt over te bereiken resultaten.
- Een complete wooncarrière binnen de gemeente moet mogelijk zijn.
- Extra aandacht voor de jeugd.
- Een goede afweging tussen wat lokaal kan en moet, en wat beter regionaal kan.

Hieronder volgen nogmaals alle prestatievelden. De in de paragraaf 'Lokaal of regionaal' gegeven definities worden concreter gemaakt; we geven in het kort aan wat er nu gebeurt; in welke richting (eventuele) aanpassingen van het beleid kunnen gaan en samenhang met andere prestatievelden.

Sociale samenhang (prestatieveld 1)

Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen; wijken en buurten.

Dit is een breed terrein dat op allerlei verschillende manieren invulling kan krijgen. Zorgen voor aantrekkelijke plekken waar burger elkaar kunnen ontmoeten (bijvoorbeeld dorpshuizen), sport, onderlinge betrokkenheid in de buurt, kerkelijke verbanden, een buurtwinkel, een boodschappenservice, speelplaatsen: allemaal voorbeelden hoe de sociale samenhang kan worden bevorderd.

Gelukkig zijn er in onze gemeente vele voorbeelden. Wij ondersteunen dit voornamelijk door het geven van subsidies. Dit is een instrument dat goed werkt. Waar mogelijk en zinvol ondersteunen wij ook initiatieven uit de gemeenschap zoals het organiseren van activiteiten voor de jeugd of een leefbaarheidsonderzoek. De ondersteuning kan financieel zijn, maar ook facilitair.

Kansen bij dit prestatieveld liggen vooral in het aanbrengen van samenhang tussen verschillende prestatievelden. Wij denken daarbij aan het onderbrengen van voorzieningen voor de jeugd of een lokaal loket. Ook het opnieuw vormgeven van vrijwilligersbeleid is een mogelijkheid.

Jeugd (prestatieveld 2)

Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden.

De doelgroep is jeugdigen bij wie sprake is van een verhoogd risico op ontwikkelingsachterstand, (school)uitval of criminaliteit. De functies van het preventief jeugdbeleid zijn: informatie en advies; signaleren van problemen; toegang tot het hulpaanbod; licht-pedagogische hulp en coördinatie van zorg.

Zoals eerder in deze nota aangegeven vindt in regionaal verband afstemming plaats tussen het preventief beleid en de zorg. Vanuit dit regionale platform worden ook enkele lokale activiteiten ontwikkeld zoals de inzet van een peuteradviesteam. Voor het overige is het een prestatieveld dat duidelijk nog ontwikkeling behoeft. In het voorstel voor het subsidiebeleidskader 2007 – 2010 is subsidie aan op preventie gerichte organisaties al wel mogelijk gemaakt.

Samenhang met andere prestatievelden moet vooral gezocht worden in de loketfunctie (prestatieveld 3) en voorzieningen (prestatieveld 1), maar er moeten ook verbanden worden gelegd met voorzieningen als een steunpunt huiselijk geweld (prestatieveld 9).

Lokaal loket (prestatieveld 3)

Het geven van informatie, advies en cliëntenondersteuning.

Met het geven van informatie en advies wordt bedoeld op activiteiten die de burger de weg wijzen in het veld van maatschappelijke ondersteuning. Het gaat zowel om informatiepunten als individueel advies of hulp bij de verheldering van een ondersteuningsvraag.

Onder cliëntenondersteuning wordt verstaan de ondersteuning van een cliënt bij het maken van een keuze of het oplossen van een probleem. Het gaat een stap verder dan advies en informatie.

Het is wenselijk dat de gemeente zich laat leiden door de 'één loket gedachte': een burger dient zich in principe niet vaker dan één maal tot de gemeente behoeven te wenden om over het hele scala van voorzieningen de nodige informatie te verkrijgen. Beleidsterreinen als zorg en wonen horen hier ook bij.

Een dergelijke functie is in onze gemeente nu niet aanwezig.

Het ene loket is waarschijnlijk in onze gemeente niet te realiseren. Een deel van de uitvoering van de Wmo (de individuele voorzieningen en de huishoudelijke verzorging) worden door ons ondergebracht in het samenwerkingsverband met Heemstede en Bloemendaal. Beide gemeenten kennen reeds een 'zorgloket' dat waarschijnlijk gaat fungeren als centraal loket in het kader van de Wmo.

Wij moeten bezien of het mogelijk en wenselijk is dat onze inwoners ook voor de andere functies gebruik kunnen maken van het loket in Heemstede. Een complicerende factor daarbij is dat de inwoners van Halfweg mogelijk doorverwezen moeten worden naar andere instellingen dan de overige inwoners van de regio. De voor- en nadelen van een eigen loket in onze gemeente, naast het loket in Heemstede, moeten worden afgewogen. Voor het goede begrip: een loketfunctie kan ook een telefoonnummer en/of een internet/email-toegang zijn.

Samenhang met prestatieveld 1 zit in de vestigingsplaats van het loket. De samenhang met alle prestatievelden zit in het feit dat in het loket over alle voorzieningen informatie, advies en cliëntenondersteuning gegeven moet worden. Het lokale loket is dan ook bij uitstek een plek waar onvoldoende samenhang gesignaleerd kan worden.

Mantelzorg en vrijwilligers (prestatieveld 4)

Het ondersteunen van mantelzorgers daar onder begrepen steun bij het vinden van adequate oplossingen indien zij hun taken tijdelijk niet kunnen waarnemen, alsmede het ondersteunen van vrijwilligers.

Hier wordt bedoeld op de financiering van bestaande steunpunten mantelzorg met een advies-, verwijzings- en begeleidingsfunctie, lotgenotencontacten, vrijwillige thuishulp en buddy-projecten. Vooralsnog gaat het om de voortzetting van de financiering, maar nu via de gemeenten. Het zijn regionaal werkende instellingen en regionaal wordt hierop een visie ontwikkeld.

Daarnaast gaat het om het ondersteunen van vrijwilligers. De waarde van het vrijwilligerswerk is ons geheel duidelijk: een onmisbaar deel van de samenleving en daarmee uitermate belangrijk voor de sociale samenhang.

De subsidie wordt nu nog via het Rijk verstrekt. Voor de instellingen hebben wij subsidieverstrekking in het voorstel voor een nieuw subsidiebeleidskader mogelijk gemaakt. Belangrijk aandachtspunt hierbij is nog dat eventueel te subsidiëren instellingen ook daadwerkelijk diensten aanbieden in de gemeente. De instellingen die nu subsidie krijgen zijn niet of beperkt actief in onze gemeente.

Onze waardering voor de vrijwilligers laten wij blijken met een jaarlijkse vrijwilligersavond met de uitreiking van de Vrijwilligersprijs. In het verleden hebben wij gevraagd of de vrijwilligers andere vormen van ondersteuning (bijvoorbeeld cursussen) nodig hadden. De belangstelling hiervoor is tot op heden minimaal. In het kader van dit prestatieveld willen wij het vrijwilligersbeleid wel gaan actualiseren.

De samenhang met de andere prestatievelden is duidelijk. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers draagt bij aan een goede sociale samenhang; is voor alle doelgroepen; de functie moet goed 'vindbaar' zijn via het loket et cetera, et cetera. Voor de gemeenten is het van belang de functie te ondersteunen; er ligt echter geen concrete taak in het aanbrengen van samenhang.

Algemene voorzieningen (prestatieveld 5)

Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem.

In prestatieveld 5 gaat het om zaken als de toegankelijkheid van de woonomgeving en openbare gebouwen. Ook het organiseren van activiteiten met een recreatief of sportief karakter voor specifieke doelgroepen is een mogelijkheid. De hier bedoelde voorzieningen zijn niet exclusief voor mensen met een beperking, maar zij hebben er wel baat bij.

De gemeente kan op twee manieren vormgeven aan de invulling van dit prestatieveld. Door het verstrekken van subsidie, bijvoorbeeld voor aangepast sporten, kan de gemeente direct invloed uitoefenen. De mogelijkheid dit te doen is opgenomen in het voorstel voor het nieuwe subsidiebeleidskader. De tweede mogelijkheid voor de gemeente is indirect. Op veel terreinen, zoals het openbaar vervoer of aanpasbaar bouwen, hebben wij geen direct beleidsinstrumenten. Wij moeten dan vooral optreden als pleitbezorger van de belangen van de doelgroep. De eerste stap daartoe zal gezet moeten worden door bewustwording binnen het bestuur en de ambtelijke organisatie.

Er is vooral samenhang met prestatieveld 1. In de voorzieningsfeer (toegankelijkheid gebouwen en activiteiten) kan de gemeente een rol spelen. Goede toegankelijkheid zorgt er ook voor dat er minder een beroep hoeft te worden gedaan op individuele voorzieningen als vrijwilligershulp en voorzieningen als aangepast vervoer.

Individuele voorzieningen (prestatieveld 6)

Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Binnen dit prestatieveld vallen de individuele voorzieningen, zowel de voorzieningen uit de huidige Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) als de huishoudelijke verzorging uit de huidige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In de gemeente geldt nu een verordening op basis van de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Deze verordening zal voor 1 januari 2007 aangepast c.q. vervangen moeten worden. De huidige verordening is regionaal afgestemd en wij willen dat ook voor de nieuwe verordening doen.

De organisatie van de huishoudelijke verzorging is nieuw. Ook hier zijn wij in regionaal verband bezig met het opzetten hiervan. Omdat hier een openbare aanbestedingsprocedure aan vastzit, is er regionaal al een visiedocument opgesteld (bijlage), waar ook al inspreekmogelijkheden op zijn geboden voor cliënten en aanbieders. Er hebben geen inwoners uit onze gemeente gebruik gemaakt van die mogelijkheid.

De uitgangspunten van de regionale visie op de komst van de huishoudelijke zorg naar de gemeente zijn de volgende.

- Participatie staat voorop.
- Klantvriendelijkheid.
- Sterke schouders dragen de zwaarste lasten.
- Keuzevrijheid als uitgangspunt.
- Kwaliteit van zorg.
- Objectieve en onafhankelijke beoordeling van de vraag.
- Het oordeel van de klant is belangrijk.

Een nadere toelichting op deze uitgangspunten staat op pagina 2 en 3 van het visiedocument.

Bij dit prestatieveld is de samenhang met de (meeste) andere prestatievelden evident. Met het vertrekken van individuele voorzieningen is 'meedoen' aan de maatschappij nog niet geregeld. Een goede aansluiting tussen het verlenen van deze individuele voorzieningen en de meer algemene zaken als toegankelijkheid van gebouwen en activiteiten, het organiseren van hulp en het vragen van ondersteuning is noodzakelijk. Een goed lokaal loket is daarin essentieel.

Centrale voorzieningen (prestatievelden 7,8 en 9)

-Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid te bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd.

-Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het verlenen van psychosociale hulp bij rampen.

-Het bevorderen van verslavingsbeleid

Deze prestatievelden betreffen voorzieningen zoals een Blijf van m'n lijf-huis; een Advies en Steunpunt Huiselijke Geweld; Dag- en Nachtopvang voor daklozen en verslaafden et cetera, et cetera. Voor de openbare geestelijke gezondheidszorg gaat het over de hele keten van preventie tot toeleiden naar zorg en opvang.

Het voorzien in de taken en voorzieningen is tot op heden rechtstreeks opgedragen aan de centrumgemeente (Haarlem) of door ons ondergebracht in de gemeenschappelijke regeling Hulpverleningsdienst Kennemerland (GGD). Eventuele veranderingen zullen worden geïnitieerd door Haarlem c.q. de GGD.

De invulling van deze prestatievelden is op een meer centraal niveau geregeld. Wij zullen bewaken dat de invulling voldoende aansluit op de invulling van de Wmo in onze plaatselijke situatie.

Financiën

De taken die in de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn opgenomen lagen voor een groot deel al bij de gemeenten. De Wet voorzieningen gehandicapten, de Welzijnswet en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg gaan, met de bijbehorende middelen op in de Wmo. Nieuw voor de gemeenten zijn de huishoudelijke verzorging en enkele subsidieregelingen uit de AWBZ. Hiervoor voegt het Rijk middelen toe aan het gemeentefonds. De verwachting is dat uiteindelijk 40 tot 45 procent van de inkomsten uit het Gemeentefonds bestemd zullen zijn voor de uitvoering van de Wmo.

Over de exacte financiering moet nog het nodige duidelijk worden. Er zijn wel berekeningen dat het budget dat overkomt voor de huishoudelijke verzorging en de subsidieregelingen voor onze gemeente meer is dan wat er historisch gezien is uitgegeven. Het meerdere zal niet direct wordt uitgekeerd aan de gemeente, maar in een periode van een aantal jaren wordt opgebouwd.

In het regionale visiedocument over de huishoudelijke verzorging hebben we opgenomen dat de gemeenten er naar streven de huishoudelijke verzorging budgetneutraal in te voeren. Er zijn echter risico's dat door de decentralisatie de uitvoeringskosten hoger worden en de vraag naar huishoudelijke verzorging zal toenemen.

De gemeenten krijgen ook middelen om de invoering van de wet te organiseren. Deze middelen zaten oorspronkelijk opgenomen in de uitkering voor 2006. Nu de invoering is verschoven naar 1 januari 2007 is niet geheel duidelijk wanneer dit geld beschikbaar komt. Grosso modo betekent de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning voor de gemeentelijke financiën dat het totale budget aanzienlijk in omvang zal toenemen. De extra middelen zullen volledig opgaan in de uitvoering van de nieuwe taken, zelfs met enig risico op budgetoverschrijdingen.

Hoe nu verder?

De verplichting een vierjaarlijks beleidsplan te maken ontstaat met de invoeringsdatum van de wet 1 januari 2007. Deze notitie stelt de kaders en is richtingsgevend voor de ontwikkeling van dit beleidsplan. Door deze notitie nu aan te bieden aan de gemeenteraad kan deze haar kaderstellende rol goed vervullen. De inspraak van inwoners en andere belanghebbenden op het beleidsplan is in de wet voldoende verankerd; zij zullen bij de ontwikkeling ruim aan bod komen.

Echter, alvorens wij dit beleidsplan gaan ontwikkelen, moeten dit jaar twee zaken goed geregeld worden. Ten eerste de aanpassing van de verstrekking van voorzieningen (nu nog de Wet Voorzieningen Gehandicapten) en de organisatie van de verstrekking van huishoudelijke verzorging. Deze zaken worden regionaal ontwikkeld, maar vragen in de loop van dit jaar de nodige lokale besluitvorming. De uitvoering wordt neergelegd in het samenwerkingsverband met Heemstede en Bloemendaal.

Het tweede aspect dat nog dit jaar geregeld moet worden is het lokale loket. Gezien de eerder geschetste bijzondere situatie van de gemeente vraagt dit de nodige aandacht.

Voor beide onderwerpen is het van belang de participatie goed te regelen. De betrokkenheid van de inwoner staat immers centraal in de wet. Er zijn tot nu toe twee regionale bijeenkomsten geweest; een algemene over hoe de participatie vorm gegeven kan worden en een specifieke over de visie op de huishoudelijke verzorging. Bij beide bijeenkomsten zijn geen vertegenwoordigers of belangenorganisaties uit onze gemeente aanwezig geweest. De gemeente zelf was uiteraard wel vertegenwoordigd. Wij willen daarom een lokale klankbordgroep op gaan zetten die ons adviseren bij de formulering van het beleid en de organisatie van de uitvoering. Wij willen zowel belangenorganisaties als individuele cliënten hiervoor benaderen. Deze klankbordgroep kan ook later een rol spelen bij de ontwikkeling van het vierjaarlijkse beleidsplan.

Dit voorstel heeft gevolgen voor:

- | | | |
|---|---------------|------|
| - | Groene buffer | neen |
| - | GIM | neen |
| - | begroting | neen |

Halfweg, 10 april 2006
afdeling Bestuursondersteuning en Bewonerszaken
Frank van Hattem

Datum: 14 december 2007

Aan: Gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude

t.a.v: Frank van Hattem, beleidsmedewerker Welzijn

Betreft: Reactie GGD op WMO nota Gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude

Van: Afdeling B& O en epidemiologie

Geachte heer van Hattem,

Dank u voor de toezending van het concept Beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning, gecombineerd met de Nota lokaal gezondheidsbeleid.

Allereerst willen wij u complimenteren voor de zeer uitgebreide nota, die goed inzicht geeft waar het in de WMO/gezondheidsbeleid om gaat in de gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude

Gezondheidsbeleid en Maatschappelijk ondersteuning

In de inleiding van de nota geeft u aan in dit beleidsplan de wet maatschappelijke ondersteuning en het lokale gezondheidsbeleid op te nemen. Het is onduidelijk of de gemeente daarmee formeel wil voldoen aan het vereiste van een beleidsplan lokaal gezondheidsbeleid. De lokale en landelijke speerpunten van collectieve preventie zoals preventie van depressie, overgewicht, alcohol misbruik en roken komen minder naar voren in de nota dan de prestatievelden van de WMO. De doelstellingen van beide nota's liggen wel in elkaars verlengde, zoals u aangeeft; zij zijn echter ook eigenstandig. Inhoudelijk is het belangrijk aan te geven dat gezondheid maatschappelijk gezien ook als een waarde op zichzelf wordt beschouwd, en niet alleen als een middel tot het bereiken van een hoger doel zoals participatie. Goede participatie draagt eveneens bij aan een goede gezondheid. Vanuit de WCPV heeft de gemeente een eigen verantwoordelijkheid op het gebied van gezondheidsbevordering, regelgeving en omgevingsfactoren, naast haar participatie in de GGD.

Prioriteiten voor het gezondheidsbeleid

De gekozen prioriteiten voor met name jongeren en ouderen zijn een goed uitgangspunt voor een kleine gemeente als Haarlemmerliede en Spaarnwoude. Leefstijl bij volwassenen heeft daarmee vergeleken inderdaad wat minder prioriteit. Wat betreft sociaal-economische gezondheidsverschillen stelt de nota terecht dat de doelgroepen heel klein zijn, bovendien betreft het een relatief rijke gemeente. Overigens zijn er thema's die altijd belangrijk zijn zoals Roken, ook al geven zij voor de gemeente geen afwijkingen te zien van regionale of landelijke gemiddelden.

Jeugdgezondheidszorg

De collectieve preventie bij de jeugdgezondheidszorg kan natuurlijk heel goed aangehaakt worden bij prestatieveld 2 van de WMO, maar het is goed om naast problemen met opgroeien en opvoeden, ook het psychosociaal welzijn en leefstijl te noemen. Is er zicht op de problematiek van met name VMBO-jongeren in de gemeente? U geeft dit ook aan in de nota jeugdbeleid, maar mogelijke interventies worden daar niet gespecificeerd. Zo kan specifiek aandacht gegeven worden aan overgewicht en lichaamsbeweging bij de jeugd, evenals alcoholgebruik en -misbruik. (Waar we ondanks de kleine aantallen, toch een wat hoger percentage zien in Haarlemmerliede en Spaarnwoude)

Preventie van eenzaamheid bij ouderen

Hier wordt terecht veel aandacht aan besteed. Haarlemmerliede wil een ouderenadviseur huisbezoeken laten uitvoeren bij alle ouderen van 75 jaar en ouder (pagina 15).

Wij willen u graag van informatie voorzien omtrent ervaringen van de GGD met de huisbezoeken bij ouderen (rapport project ouderenbezoek Heemskerk; deskundigheid ten aanzien van het doen van de huisbezoeken door sociaal verpleegkundige)

Ouderen enquête- wmo loketten

De resultaten van de ouderenenquête zullen in het voorjaar van 2008 voor de gemeente beschikbaar komen. Indien u bij de sociale kaart de enquête voegt met vragen over de behoefte aan voorzieningen, kan de GGD u assisteren bij de opzet en vraagstelling van de enquête.

Veiligheid en milieu: Schiphol en verkeerswegen

De gemeente geeft een goede weergave van de problematiek op dit gebied.

In de risicocommunicatie leren we steeds meer dat objectieve communicatie over risico's op basis van wetenschappelijke bevindingen eigenlijk minder belangrijk is dan het kweken van vertrouwen bij de bevolking. Dit kan door een begripvolle opstelling met een luisterend oor. De passage dat 'overheersende wetenschappelijke meningen' dus de leidraad moeten vormen (pag 18), moet in een juiste verhouding staan tot het centraal stellen van de ongerustheid bij de bevolking zelf. De actie 'eerlijke en open communicatie' is ook een mogelijkheid om meer vertrouwen te kweken.

Ten aanzien van de prestatievelden van de WMO, willen we in het algemeen graag het volgende opmerken;

OGGZ

Op het gebied van de OGGZ lijkt er sprake van een misverstand. Alle gemeenten worden geacht om de OGGZ-taken zoals beschreven in de WMO uit te voeren en te financieren uit de gemeentebegroting. Deze taken hadden de gemeenten immers vóór de WMO ook al, toen beschreven in de WCPV. Centrumgemeente Haarlem heeft OGGZ-middelen ontvangen die specifiek bedoeld zijn voor toeleiding naar reguliere zorg. Dat daar sprake is van enige overlap met de WMO-taken is duidelijk. Overigens heeft de centrumgemeente bestedingsvrijheid met de OGGZ-middelen: binnen de doelstelling van Maatschappelijke Opvang / Verslavingsbeleid en OGGZ. En voorwaarde is dat de centrumgemeente over de besteding van deze middelen overlegt met de regiogemeenten.

Maatschappelijke opvang

Graag denkt de GGD met de gemeente mee op welke wijze het op te zetten sociale team het best kan functioneren. Binnenkort ontvangt u een advies over de sociale teams, gebaseerd op het evaluatie- en herijkingsonderzoek dat Movisie dit jaar heeft uitgevoerd.

- De voorzieningen van het Leger des Heils en RIBW-KAM kunnen hier ook als voorbeeld genoemd worden zoals de nachtopvang, het servicecentrum en sociale pensions.
- Vangnet & Advies zou graag meer zicht krijgen op het aantal kwetsbare mensen dat verblijft in het recreatiegebied Spaarnwoude. Is dat een gedachte die ook bij de gemeente leeft?
- Hier kan de gemeente ook de preventieve taak noemen die zij kan vervullen (preventie huisuitzettingen of preventie schuldenproblematiek bijvoorbeeld) en de maatschappelijk herstel functie (zoals het beschikbaar stellen van woningen voor kwetsbare mensen).

Huiselijk geweld en vrouwenopvang

De WMO richt zich bij huiselijk geweld op het slachtoffer (vaak de vrouw), pleger en eventueel aanwezige kinderen (in 50 % van de gevallen zijn ook kinderen betrokken). Bij de politie zijn 10 incidenten geregistreerd in 2004, 11 incidenten in 2005 en 14 incidenten in 2006 voor de gemeente Haarlemmerliede en Spaarnwoude. Zijn hier kinderen bij betrokken? Op dit gebied kan de gemeente eveneens een preventieve taak vervullen. De incidenten kunnen lokaal worden gevolgd door het sociale team. Juist in een kleine gemeenschap is het mogelijk te werken aan vroegsignalering/preventie van recidive.

Wij wensen u succes in het verdere traject en hopen dat het bovenstaande kan bijdragen aan een nadere invulling.

Met vriendelijke groet,

HDK/GGD

Arie Oosterlee

Lida Samson

Rinske Keuken

Ingrid Zandt

Epidemioloog

Beleidsmedewerker OGGZ

Medische Milieukunde

Beleidsmedewerker gezondheidsbevordering