

Assen gezond en wel

Gezondheidsnota Assen 2009 - 2012

Vervolgnota lokaal gezondheidsbeleid Gemeente Assen
Dienst Stadsontwikkeling afdeling Ontwikkeling en strategie

april 2009

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: Beleidskaders en gemeentelijke rol	5
Hoofdstuk 2: Maatschappelijke ontwikkelingen en visie op gezondheid	7
Hoofdstuk 3: De gezondheidssituatie in Drenthe en Assen	9
Hoofdstuk 4: Kaderstelling GGD en Icare	14
Hoofdstuk 5: Speerpunten voor 2009-2012	17
Hoofdstuk 6: Uitvoering	20
Hoofdstuk 7: Financiën	24
Bijlagen	
1. Raakvlakken met andere beleidsterreinen	25
2. Resultaten uit de vorige nota	26
3. Afkortingenlijst	31

Voorwoord

Voor u ligt de tweede Asser nota lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2009 – 2012. De eerste nota lokaal gezondheidsbeleid droeg als titel: "Gezonde burgers in een gezonde gemeente". Hij gold voor de periode 2004-2008. Deze tweede nota draagt als titel "Assen gezond en wel". Dit geeft aan dat gezondheid en welzijn/welbevinden dicht bij elkaar liggen en in samenhang moeten worden gezien. Verschillende factoren zijn van invloed op gezondheidsbeleid. Zo is de rol van de gemeente duidelijk veranderd de laatste jaren. De wettelijke kaders zijn gewijzigd, waarbij met name de komst van de Wmo en de veranderingen in de AWBZ een belangrijke rol spelen. De gemeente heeft meer invloed op de zorg gekregen en kan daardoor een betere regie voeren op het terrein van wonen, welzijn en zorg. De langdurige intramurale zorg zal vermoedelijk onderdeel blijven van de AWBZ, maar de zorg voor zelfstandig wonende burgers komt langzamerhand helemaal in handen van de gemeente. Ook zijn er diverse maatschappelijke ontwikkelingen die impact hebben op het gezondheidsbeleid. De vergrijzing van de samenleving zet gestaag door. De mensen worden ouder en de druk van onze jachtige samenleving wordt groter. Het is daarom goed dat er meer aandacht komt voor gezond leven en een gezonde leefomgeving. Bevorderen en beschermen van gezondheid wordt gerealiseerd in samenspel met diverse beleidsdomeinen, zoals sport, Wmo, duurzaamheid en milieu. Daarnaast zijn bij het realiseren van de beleidsdoelstellingen een groot aantal externe partijen betrokken. Om alle beleidsvelden en externe partijen samen te laten werken is regie nodig. Deze regie wordt gevoerd door het stimuleren van overleg tussen en met verschillende partijen en het bevorderen van samenwerkingsverbanden. De gemeente en de diverse instellingen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het zorg- en gezondheidsbeleid moeten elkaar goed weten te vinden. Daarnaast moeten de individuele burgers beseffen dat gezond leven mede het gevolg is van eigen keuzes en verantwoordelijkheden. De ambitie in Assen is om het gezondheidsbeleid integraal te voeren in een stevige positie als regisseur en ontwikkelaar van een sluitende keten rond wonen, welzijn en zorg en volksgezondheid. Als wethouder volksgezondheid ga ik er van uit dat deze gezondheidsnota voor de komende vier jaar voldoende bouwstenen levert om de schakels die nodig zijn om de gezondheid van de inwoners te beschermen en te bevorderen met elkaar te verbinden.

H. van Hooft
Wethouder volksgezondheid.

Inleiding

Met de nieuwe wet Wpg (eerder WCPV) hebben gemeenten in medebewind de verantwoordelijkheid gekregen voor de collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. Vanuit deze wet zijn gemeenten verplicht hun gezondheidsbeleid elke vier jaar in een nota vast te leggen.

Met deze nota formuleren wij een visie op gezondheidsbeleid binnen de gemeente Assen voor de komende vier jaar en benoemen wij de daaraan gekoppelde speerpunten en activiteiten.

Wij baseren ons daarbij mede op de ziektebeelden die landelijk als gezondheidsrisico's worden beschouwd. De beperking ligt echter in de mate waarin de gemeente die risico's kan beïnvloeden.

Wij beschouwen deze tweede nota voor de periode 2009 – 2012 als een vervolg op de eerste.

Daarmee willen we bereiken dat het gezondheidsbeleid een doorgaande lijn is.

De vorige nota bevatte vijf speerpunten. Zie bijlage 1 voor een uitgebreide omschrijving.

1. Sport en bewegen: Een nadere terug- en vooruitblik is gegeven in de onlangs vastgestelde nieuwe nota sport en bewegen. Er zijn, mede dankzij "Assen Sportjaar 2006", de BOS impuls en het breedtesportprogramma, vele activiteiten op het gebied van sport en bewegen ontplooid. Steeds meer sportactiviteiten worden structureel ingebed, bijvoorbeeld onder de noemer van de brede school, en vallen daarmee onder het reguliere aanbod. Ook worden sport- en beweegactiviteiten steeds meer op wijkniveau en in afstemming met het gebiedsgericht werken aangeboden. Daarmee is Sport en bewegen één van de dragende beleidsvelden onder het gezondheidsbeleid.
2. Psychosociale problemen: het OGGZ netwerk is tot stand gekomen en functioneert blijkens een recent GGD onderzoek redelijk tot goed. Voor verslavingsbeleid en maatschappelijke opvang is onder de vlag van de Wmo prestatievelden 7,8 en 9 nieuw beleid vastgelegd, met name in het Stedelijk kompas. Opvoedingsondersteuning en jeugdzorg gaan samenvallen onder de noemer van Centrum voor Jeugd en gezin.
3. Huiselijk geweld: De werkwijze vanuit het project eerste hulp bij huiselijk geweld is structureel ingevoerd. De kern is een provinciaal meldpunt, gevestigd bij de GGD. De meldingen leiden tot een actieplan waarbij zowel slachtoffer als dader zo mogelijk in een hulpverleningstraject terecht komen om zo het huiselijk geweld te stoppen en het justitiële circuit te vermijden. Voor Assen zijn in 2006 48 meldingen gedaan, in 2007 59 en in 2008 62. Daarin is een licht stijgende tendens te bespeuren. Voor situaties waarbij kinderen getuige zijn van huiselijk geweld, is het project Kindspoor opgezet.
4. Bereikbaarheid en toegankelijkheid voorzieningen: In Assen noord hebben vijf huisartsen en een apotheek overeenstemming bereikt om onder één dak verder te gaan in het nieuwe Marturia complex. De verhuizing vond in het najaar van 2008 plaats. Loket 33 is door de komst van de Wmo omgebouwd tot Wmo loket. Naast de brede informatie- en adviesfunctie van prestatieveld 3 en de verstrekkingen van de voormalige Wvg, zijn hier nu ook de individuele voorzieningen Wmo ondergebracht. Welzo heeft een allochtone ouderenadviseur in dienst genomen. Dit leidt er toe dat allochtonen gemakkelijker de weg vinden naar de algemene voorzieningen. Het concept van de te ontwikkelen woonservicezones conform de woonnota wordt ingezet als flexibele voorpost voor de gezondheidszorg. Er is een aparte nota verschenen op het gebied van mantelzorg vanuit het betreffende Wmo prestatieveld. In de wijk de Lariks is in 2006 een convenant afgesloten tussen partners wonen, zorg en welzijn.
5. Alcohol- en drugsgebruik: gemeente, opbouwwerk, politie en verslavingszorg hebben afgesproken dat dit projectmatig wordt uitgewerkt. Inmiddels ligt er een startnotitie uitvoeringsproject alcohol, drugs en jeugd.

De speerpunten uit de vorige nota zijn deels nog actueel. Vooral op het gebied van sport, toegankelijkheid, Oggz en huiselijk geweld zijn al veel activiteiten ontplooid. Sommige onderwerpen hebben een andere wending kregen (denk aan Wmo), deels omdat capaciteit en middelen nog niet voorhanden waren. De gemeente hecht veel waarde aan een gezamenlijke aanpak van de activiteiten. Niet alleen met de betrokken instellingen, maar daar waar het kan ook met de burgers. De nota is ter advisering aangeboden aan de Seniorenraad.

De opbouw van de nota is als volgt. In hoofdstuk 1 worden de beleidskaders en de rol van de gemeente in de nieuwe Wet Publieke Gezondheid geschetst. Hoofdstuk 2 schetst de maatschappelijke ontwikkelingen en de raakvlakken met ander gemeentelijk beleid, uitmondend in de visie op gezondheid van de gemeente Assen. In hoofdstuk 3 volgt een weergave van de problematiek van de gezondheidssituatie in Drenthe en Assen. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de kaders voor de GGD geschetst. Dan volgen uit de confrontatie van visie en geschetste problematiek in hoofdstuk 5 de speerpunten voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid voor 2009-2012. Deze speerpunten worden in hoofdstuk 6 vertaald in concrete activiteiten met in hoofdstuk 7 de bijbehorende financiering.

Hoofdstuk 1: Beleidskaders en gemeentelijke rol

1.1 De nieuwe Wet publieke gezondheid (Wpg)

Het ministerie van VWS heeft per 1 december 2008 de nieuwe Wet op de publieke gezondheid ingevoerd. Dit is de opvolger van de Wet collectieve preventie. De wet is een samenvoeging van drie voormalige afzonderlijke wetten: de WCPV, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Met deze nieuwe wet worden internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding verankerd die betrekking hebben op de sturing bij crisis. Ook het verplichte gebruik van het elektronische kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg wordt met de wet publieke gezondheid geregeld. Een ander verschil met de vorige wet is dat de OGGZ niet langer in de Wpg is opgenomen, maar is overgeheveld naar de Wmo.

Uit de wet vloeien een aantal taken en rollen voor de gemeente voort:

- De Wpg verplicht gemeenten samenhang in de publieke gezondheidszorg tot stand te brengen en deze af te stemmen met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.
- De wet stelt dat de gemeente onder andere zorg draagt voor inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen bewaakte preventieve en gezondheidsbevorderende programma's uitvoert.
- Tenslotte dient de gemeente de gezondheidsdienst om advies te vragen vóórdat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg.

De gemeente voldoet aan deze verplichtingen door de drie deelterreinen binnen de Wpg grotendeels onder te brengen bij de GGD (zie ook 1.4). Deze drie deelterreinen zijn: collectieve preventie (bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen en het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking), infectieziektebestrijding en jeugd- en ouderengezondheidszorg.

In de Wpg is nu een aparte paragraaf opgenomen over preventie ouderenzorg. De uitwerking van die paragraaf moet nog plaats vinden. Hierover zijn gesprekken gaande tussen VWS, VNG en GGD Nederland. De gemeente wil hier op anticiperen door dit onderdeel, ook vanwege de toenemende vergrijzing, een plaats te geven in deze nota.

De minister van VWS stelt elke vier jaar in de Rijkspreventienota de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. Op basis van de nieuwe wet Wpg is de recente nota collectieve preventie vast gesteld. In deze nota, 'Kiezen voor gezond leven', benoemt de volgende speerpunten: roken, overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes en depressie.

1.2 Wpg en de relatie met de Wmo

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning maakt de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie van alle burgers. De Wmo is bedoeld voor burgers die drempels ervaren in hun deelname aan de maatschappij. Onder de Wmo moeten gemeenten periodiek per prestatieveld aangeven welke doelen ze nastreven, welke activiteiten ze ondernemen, welke resultaten ze daarop behalen en wat de samenhang is tussen de prestatievelden. Dit alles in goed overleg met de relevante organisaties, de burgers en de gemeenteraad. In de doelstellingen van de Wmo neemt de realisatie en versterking van een zogenaamde civil society een belangrijke plaats in. Het doel dat daarmee wordt beoogd, is dat burgers zorg en ondersteuning in hun eigen omgeving organiseren.

Er is een overduidelijke relatie tussen de Wpg en de Wmo. Het zijn twee naast elkaar fungerende pijlers, met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. De Wpg richt zich op het bevorderen en het beschermen van de gezondheid van groepen uit de bevolking: de (nog) gezonde burgers. De Wmo richt zich zowel op groepen uit de bevolking als op individuele burgers. De Wmo is er voor om burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Gezondheid in brede zin speelt dus ook een belangrijke rol bij de Wmo. Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. Andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij weer mogelijk. Beide wetten hebben uiteindelijk een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven.

De relatie tussen de Wpg en de Wmo geeft inzicht in het belang van preventie. Veel gezondheidswinst is te behalen wanneer men vroeg in het (ziekte)proces ingrijpt en de gezondheid bevordert. Wij vinden dat welzijn voor zorg gaat. Daarom is het belangrijk om dat gemeenten investeren in de preventietaken. Ook welzijn rekenen wij in dit verband tot preventie. Een goed aanbod van welzijnsvoorzieningen en preventieactiviteiten zal een beroep op (duurdere) zorg kunnen beperken.

1.3 Zorg

De wereld van de zorg is in beweging. Het wordt steeds moeilijker om voldoende personeel te vinden voor de zorgsector. Dit geldt zowel voor de intramurale zorg als voor de zorg aan mensen die nog thuis wonen. Er ligt een SER advies om de AWBZ terug te brengen tot de kern en alleen nog te benutten voor de vergoeding van langdurige zorg, bijvoorbeeld voor mensen die vroeg gehandicapt zijn en voor mensen met een verstandelijke beperking. Ouderenzorg en zorg voor chronisch zieken en gehandicapten zou dan bij de zorgverzekeraars komen te liggen. Alle andere huidige AWBZ functies in de sfeer van ondersteuning, begeleiding en welzijnsdiensten zullen waarschijnlijk overgeheveld worden naar de gemeenten.

1.4 De gemeentelijke gezondheidsdienst

De Wpg zegt in artikel 14 het volgende over de GGD:

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken draagt het college van B en W zorg voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst.
2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

De 12 Drentse gemeenten hebben aan deze verplichting voldaan door via een gemeenschappelijke regeling de GGD Drenthe in het leven te roepen. Daarmee is GGD Drenthe de gemeentelijke gezondheidsdienst ex artikel 14 van de Wpg die door de Drentse gemeenten via deze gemeenschappelijke regeling wordt aangestuurd. De GGD voert wettelijke taken uit binnen de Wpg en kan daarnaast overige taken uitvoeren die in het verlengde daarvan liggen in opdracht van het bestuur, individuele gemeenten of derden (additionele taken).

Er is sprake van verlengd lokaal bestuur. Een goede -op de lokale situatie toegesneden- uitvoering van de Wpg is van groot belang voor het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid.

In hoofdstuk 4 volgt een nadere uitwerking van de kaders rond de GGD als verbonden partij.

1.5 Centra voor Jeugd en Gezin

Naast de Jeugdgezondheidszorg als wettelijke taak binnen de Wpg is er vanuit het rijk meer aandacht voor de jeugd in algemene zin. Ieder kind moet de kans krijgen gezond en veilig op te groeien, zijn talenten te ontwikkelen, zich goed voor te bereiden op zijn toekomst, waarbij van jongeren een positieve bijdrage aan de maatschappij wordt verwacht. Rijk en gemeenten willen bereiken dat opvoed- en opgroei-ondersteuning voor ouders en kinderen vanzelfsprekend wordt, makkelijk te bereiken en voldoende voorhanden is. Centra voor jeugd en gezin dienen daartoe als concept, met als doel bestaande functies en taken op het gebied van opvoeden en opgroeien in een samenhangend pakket van diensten aan te bieden. Landelijk is overeengekomen, dat iedere gemeente gedurende de looptijd van deze nota gezondheidsbeleid tenminste één Centrum voor Jeugd en Gezin in de gemeente realiseert.

Het basismodel van de Centra voor Jeugd en Gezin omvat de Jeugdgezondheidszorg, prestatieveld 2 van de Wmo, een schakel met Bureau Jeugdzorg (met een voorpostfunctie en verankering van samenwerking in de backoffice) en met de Zorgadviesteams binnen het onderwijs. Dit geheel wordt uitgewerkt in het beleidsplan Centrum Jeugd en gezin 2009-2011.

Hoofdstuk 2: Maatschappelijke ontwikkelingen en visie op gezondheid

2.1 Collegeprogramma

In het hoofdstuk "Zorgen voor zorg" uit het collegeprogramma staat dat het college wil werken aan voorlichting en gerichte programma's om mensen te helpen bij het kiezen van een gezondere leefstijl. Dat zal ook het centrale vertrekpunt zijn voor de nota. In ons preventiebeleid besteden wij speciale aandacht aan ouderen en aan integraal gezondheidsbeleid. Assen is van oudsher een zorgstad. De aanwezigheid van grotere tweede - en derde lijns zorginstellingen, zoals het Wilhelminaziekenhuis, GGZ Drenthe en van Boeijen, leidt er toe dat ongeveer 25% van de werkgelegenheid uit de zorg komt. Wij streven naar behoud van deze voorzieningen om de Asser burgers een compleet palet van zorgvoorzieningen te kunnen blijven bieden. Wel zullen extra inspanningen nodig zijn om de zorgsector aantrekkelijk te houden en opleidingen te stimuleren. Het economisch beleidsplan van Assen speelt daarop in door in te zetten op een attractieve omgeving voor deze sector. Wij willen een zodanig klimaat scheppen dat Assen een logische vestigingsplaats is voor instellingen en bedrijven die willen vernieuwen in de zorg. De ontwikkeling staat niet op zich zelf, maar maakt deel uit van een groter verband met de regiovisie Assen-Groningen 2030. Ook willen wij bezien of het mogelijk is om in samenwerking met het Zorginnovatieforum democase sensortechnologie in de zorg naar Assen te halen.

2.2 Visie op gezondheid

Gezond leven is een keuze. Ondanks de kennis over gezond gedrag nemen ongezonde gedragingen onvoldoende af of nemen soms zelfs toe. Ongezonde leefgewoonten leiden tot verhoogde risico's op verlies van gezondheid. De minister stelt, dat een sterke inzet op gezond leven zeer noodzakelijk is, omdat de gezondheid van Nederlanders de laatste jaren verslechtert, vooral door roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht. Hoewel de gemiddelde levensverwachting de afgelopen decennia absoluut gezien is toegenomen, is Nederland in Europa op de ladder van gezondheid en levensverwachting afgezakt naar de middenmoot. Het kabinet en de gemeenten streven ernaar dat mensen langer in goede gezondheid leven. Het gaat om het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden en de toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting.

Wij hebben in de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid "Gezonde burgers in een gezonde gemeente" 2004-2008 reeds gesteld dat gezondheid meer is dan alleen afwezigheid van ziekte en gebrek.

Ook in deze nota baseren wij ons gezondheidsbeleid op de gezondheidsdefinitie van de WHO:

"Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden".

Er zijn vijf groepen determinanten van gezondheid:

- Biologische en erfelijke factoren
- De fysieke leefomgeving
- De sociale leefomgeving
- De leefstijl
- De toegang tot de organisatie van het zorgaanbod.

Assen wil een stad in evenwicht zijn, met een goede balans tussen eigen verantwoordelijkheid van burgers en een sterke lokale samenleving. Ons uitgangspunt is dat zoveel mogelijk burgers zelfstandig kunnen functioneren en meedoen in de samenleving. Een goede gezondheid is daar een wezenlijk onderdeel van, zowel voor kinderen en jongeren als voor volwassenen en ouderen. We gaan er van uit dat burgers primair verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid. Het is belangrijk dat mensen keuzes kunnen maken die hun gedrag positief beïnvloeden en daarbij invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en dat ze, indien nodig, gepaste, betaalbare zorg ontvangen. Voor de burger zelf is gezondheid vaak geen doel op zich, maar een voorwaarde tot geluk, mobiliteit en werk. Het gaat om een gezond, actief en aangenaam leven, niet om afwezigheid van ziekte. Iemand met een handicap of chronische aandoening kan zichzelf best gezond voelen. Deze 'gezondheidsbeleving' wordt ook vaak als maat voor gezondheid genomen.

Dit sluit aan bij de manier waarop de gemeente tegen gezondheid aankijkt. In onze visie beperkt het beleid rond gezondheid zich niet tot de voorzieningen in de gezondheidszorg en de financiering hiervan, maar oefent gezondheidsbeleid invloed uit op alle factoren van gezondheid (behalve de biologische factoren). Deze factoren zijn behalve toegang tot het zorgaanbod ook de fysieke- en sociale omgeving en leefstijl van de inwoners van Assen. De gemeente Assen wil de gezondheid

bevorderen vanuit verschillende beleidsterreinen (integraal beleid), met als startpunt de WPG (basisaanbod collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg). De invalshoeken jeugd, wijk en leefstijl lenen zich uitstekend voor het tegengaan van ongezond gedrag.

Naast uitvoerder van gezondheidsbeleid, d.m.v. de preventietaken van de GGD, werpt de gemeente zich steeds meer op als regisseur van gezondheidsbeleid. In die functie bevordert de gemeente verschillende vormen van zorg en de afstemming daartussen. Dit uit zich in de rol die de gemeente heeft in diverse wijkgerichte, lokale en regionale overleggen en de rol die de gemeente heeft in het kader van de Wmo.

2.3 Aanpalende beleidssectoren

Gezondheidsbevordering- en preventie is geen geïsoleerd beleidsterrein. Ook binnen andere gemeentelijke beleidsterreinen wordt de gezondheid van de burgers bevorderd. Denk bijvoorbeeld aan sportbeleid, verslavingsbeleid, milieu, ruimtelijke ordening, ouderenbeleid, jeugdbeleid, verkeer en vervoer en het nieuwe Wmo beleid. Binnen die andere beleidsterreinen worden tal van maatregelen genomen die impliciet de gezondheid beïnvloeden. Zie ook bijlage 1.

Dit betekent dat de gemeente zich voortdurend afvraagt in hoeverre bepaalde beleidsbeslissingen kunnen bijdragen aan de bevordering van de gezondheid. Er is een duidelijke en logische samenhang tussen wonen, welzijn en zorg. Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor welzijn en welzijn is een belangrijke voorwaarde voor de gezondheid. Lokaal gezondheidsbeleid is dus bij uitstek integraal beleid. Wij streven in deze nota nadrukkelijk naar die integrale aanpak.

Daar waar in andere gemeentelijke beleidsvisies al ingegaan wordt op onderdelen van gezondheidsbeleid zullen wij in deze nota volstaan met verwijzen, zodat geen dubbel werk hoeft te worden gedaan.

Waar nodig en mogelijk worden onderwerpen uit de eerste nota voortgezet en verder ontwikkeld. Anderzijds kunnen nieuwe accenten worden gelegd die voortkomen uit het geactualiseerde rijksbeleid, maatschappelijke ontwikkelingen of lokaal gesignaleerde gezondheidsproblemen.

Een belangrijk instrument bij versterking van gezondheidsbeleid is de Gezondheidseffectscreening (GES). Dit instrument kijkt naar de directe effecten van specifiek beleid op gezondheid (bijvoorbeeld een toenemende concentratie van gezondheidsschadend fijnstof bij een toenemende intensiteit van het wegverkeer), maar ook naar de indirect gedragseffecten van beleid (nodigt de fysieke omgeving uit tot gezond actief vervoer zoals lopen en fietsen, dan wel tot passief vervoer). In de komende periode willen wij onderzoeken of dit instrument toepasbaar is binnen de Gemeente Assen.

Hoofdstuk 3: De gezondheidssituatie in Drenthe en Assen

3.1 Algemeen

Op basis van de epidemiologische onderzoeken van de GGD Drenthe en de vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) die de rijksoverheid laat uitvoeren, heeft de GGD een inventarisatie van de gezondheid van de Drentse bevolking gemaakt. Tussen Drenthe als geheel en Assen zijn er, behalve de mate van vergrijzing, geen grote afwijkingen. In vergelijking met Nederland hoort Drenthe bij de regio's met een relatief goede gezondheid. Dit blijkt uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 (VTV). In onderstaande figuur uit de VTV wordt een beeld geschetst van de gezondheid per GGD regio.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn deels algemeen geldend voor iedereen en deels toegespitst op doelgroepen zoals ouderen en jeugd.



3.2 Ouderen en vergrijzing

Drenthe heeft een vergrijsde bevolking. In Drenthe is het percentage 65+-ers ten opzichte van de totale Nederlandse bevolking 2% hoger dan Nederland totaal. Dit zorgt ervoor dat Drenthe in de toekomst geconfronteerd zal worden met meer chronisch zieken en een grotere vraag naar zorg.

In Assen zijn de cijfers van de vergrijzing gunstiger dan in Drenthe en Nederland. Dit komt omdat Assen een groeigemeente is, waar zich de komende jaren nog veel relatief jonge huishoudens zullen vestigen. In 2020 is het percentage 65 plussers in Assen zelfs 5,5 % lager dan het gemiddelde van Drenthe en 2 % lager dan het gemiddelde van Nederland. Zie de navolgende tabel. De

cijfers zijn ontleend aan de jongste Primo prognose van november 2007.

	2006			2010		
	65+	totaal	procent	65+	totaal	procent
Assen	8.984	63.383	14,2%	9.644	66.780	14,4%
Drenthe	79.448	484.481	16,4%	86.975	486.831	17,9%
Nederland	2.330.459	16.334.210	14,3%	2.520.506	16.432.606	15,3%

	2015			2020		
	65+	totaal	procent	65+	totaal	procent
Assen	11.538	71.353	16,2%	13.354	75.620	17,7%
Drenthe	101.675	489.734	20,8%	114.090	491.432	23,2%
Nederland	2.943.147	16.595.543	17,7%	3.281.221	16.748.085	19,6%

Door de vergrijsde bevolking in Drenthe is in de (nabije) toekomst een toename van het aantal chronische zieken te verwachten en daarmee ook een grotere vraag naar zorg. Weliswaar gaat het met de vergrijzing in Assen minder hard, maar dat neemt niet weg dat de absolute aantallen eveneens zullen toenemen. Voor deze groep wordt preventie ook steeds belangrijker. Een aantal ouderen, die niet of zelden een (huis)arts bezoeken, zijn gebaat bij preventief gezondheidsonderzoek en leefstijladviezen. Daarnaast zal ook het meer voorkomen van eenzaamheid en depressie bij ouderen een grotere zorgconsumptie tot gevolg hebben, met name bij ouderen met een lage sociaal economische status.

3.3 Resultaten GGD onderzoek ouderen 2007

De GGD heeft in 2007 haar 4 jaarlijkse ouderenonderzoek uitgevoerd. Van de 700 uitgezette enquêteformulieren zijn er ruim 500 ingevuld teruggezonden. De doelgroep beslaat de leeftijdscategorie van 65 - 90 jaar. De respons is relatief hoog te noemen. De resultaten van dit onderzoek zijn als volgt:

Lichamelijke gezondheid

Een kwart van de ouderen vindt de eigen gezondheid matig en 4% slecht. 68 % heeft een chronische aandoening, waarvan hoge bloeddruk het meest voorkomt en 16% heeft suikerziekte. Veel ouderen hebben een beperking: 67% voelt zich belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden. 22% hiervan ondervindt ook een mobiliteitsbeperking.

Valongevallen komen ook veel voor: in Assen is 24% van de ouderen in het jaar voorafgaand aan het onderzoek gevallen. Bijna de helft daarvan loopt daarbij lichamelijk letsel op. 11% van de ouderen in Assen heeft overgewicht. Driekwart van de ouderen fietst en wandelt regelmatig, maar 19% zou nog wel meer aan sport en bewegen willen doen.

Psychische gezondheid

87% van de ouderen voelt zich psychisch gezond. 24% heeft een matig risico op angst- en depressiestoornissen, 3% heeft een hoog risico.

Eenzaamheid

Eenzaamheid komt veel voor bij ouderen. Mensen missen bepaalde sociale relaties of vinden dat de kwaliteit van de sociale relaties die ze hebben niet goed is. Er worden twee vormen van eenzaamheid onderscheiden, te weten eenzaamheid als gevolg van sociale isolatie (aantal of kwaliteit van de persoonlijke relaties is minder dan gewenst) en die als gevolg van emotionele isolatie (gemis van intimiteit in persoonlijke relaties of gemis van een vertrouwenspersoon). Ouderen met een lage SES voelen zich vaker eenzaam dan die met een hoge SES. Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd en komt met name veel voor onder 75-plussers. In Drenthe blijkt dat 69% van alle eenzame ouderen sociaal eenzaam zijn en ongeveer eenderde van deze mensen is (ook) emotioneel eenzaam. 40% van de ouderen is eenzaam: 32% is matig eenzaam en 8% is sterk of zeer sterk eenzaam.

Zorggebruik

61% van de ouderen heeft contact gehad met de huisarts in de twee maanden voorafgaand aan het onderzoek. In het jaar voorafgaand heeft 64% contact gehad met een medisch specialist. Minder dan 1% heeft gebruik gemaakt van de ouderenadviseur, terwijl 3% contact heeft gehad met Welzo.

Mantelzorg en vrijwilligerswerk

Van alle ouderen geeft 19% mantelzorg. Van hen ervaart 15% dat als een zware belasting. 13% ontvangt mantelzorg, het merendeel door de kinderen, meestal in de vorm van hulp in de huishouding en als gezelschap en begeleiding. Ongeveer een kwart van de ouderen verricht vrijwilligerswerk, de meeste gemiddeld 2 –4 uur per week en, opvallend genoeg, doet bijna de helft dat via de kerk, dan wel een religieuze of levensbeschouwelijke organisatie. 49% van de ouderen is actief lid van een vereniging of club.

Wonen en woonomgeving

70% van de Asser ouderen wil beslist niet binnen twee jaar verhuizen. Van de ouderen die wel willen verhuizen, wil tweederde in de huidige woonplaats blijven wonen, maar wel met meer of betere voorzieningen en diensten.

35% durft niet de straat op te gaan als het donker is en 16% voelt zich wel eens onveilig. Grootste angsten daarbij zijn groepen jongeren en het mogelijk slachtoffer worden van een misdrijf.

Conclusie

Het ouderenonderzoek van de GGD blijkt dat er voor die doelgroep veel gezondheidswinst valt te behalen. Door de vergrijzing zal er een toenemende aandacht voor gezondheidspreventie en leefstijl onder die doelgroep zijn. Diabetes, hoge bloeddruk en valongevallen komen veel voor. Op het psychische vlak vallen eenzaamheid, depressie en gevoelens van onveiligheid op als risicofactoren.

Wij willen daarom de acties t.b.v. de doelgroep ouderen richten op gezonde leefstijl, eenzaamheid en depressie en valpreventie. Wij verwachten van de GGD daarbij een initierende en adviserende rol op basis van het nieuwe artikel 5a van de Wpg betreffende ouderengezondheidszorg

3.4 Sociaal economische status

De sociaal economische status (SES) van mensen is van invloed op de leefstijl en de gezondheidssituatie. Deze status hangt samen met opleiding, beroep, inkomen, woonsituatie en leefomgeving. Onderzoek toont aan dat mensen met een hoge sociaal economische status gezonder zijn en leven dan met een lage status. Het verschil daartussen blijft de laatste jaren

ongeveer gelijk. Daarnaast is bekend dat bij bevolkingsgroepen met een lage SES een clustering van ongezonde leefstijlfactoren voorkomt.

Bovendien kunnen heersende sociale normen ten aanzien van gezond gedrag en maatschappelijk verkeer ongunstig uitpakken voor de gezondheid in de buurt. Gezondheidsachterstanden zijn kortom sterk verweven met achterstanden op tal van andere terreinen. Ook bij eetgewoonten, roken en alcoholgebruik blijken verschillen in de sociaal-economische status een rol te spelen.

Conclusie:

Er is een relatie tussen sociaal-economische status en gezond gedrag. Dit is ook vanuit het kabinetsbeleid een aandachtspunt. Bij het inzetten van diverse instrumenten voor preventie en gezondheidsbevordering moet hiermee rekening worden gehouden.

De SES verschillen zijn overigens in Assen als traditionele dienstverlenings- en ambtenarenstad minder groot. Het opleidings- en inkomensniveau is gemiddeld hoger dan in veel omringende regio's. Evenmin kent Assen specifieke achterstandswijken zoals in veel andere steden.

3.5 Leefstijlen

Roken

Dit is een bekende risicofactor. Door landelijke wetgeving en campagnes daalt het aantal rokers. Het percentage jeugdigen dat wel eens gerookt heeft licht is afgenomen. Ook het percentage volwassenen dat rookt is gedaald; dat is overeenkomstig de landelijke trend. De gewijzigde tabakswet uit 2002 heeft de mogelijkheden om te roken sterk beperkt en heeft mede tot een daling van het aantal rokers geleid. Het ziet er naar uit dat het rookverbod in de Horeca per 1 juli 2008 leidt tot een verdere daling van het aantal rokers.

Conclusie:

De invloed die de gemeente kan uitoefenen op rookgedrag is beperkt, vergeleken bij de effecten van de landelijke maatregelen. Wij willen dit onderwerp om die reden niet als speerpunt benoemen. Wel moet roken als risicofactor deel blijven uitmaken van de voorlichtings- en lespakketten op scholen etc.

Alcohol en drugs

De meerderheid van de inwoners in Nederland neemt regelmatig een drankje. Anders dan bij roken is het niet zo dat alcoholgebruik alleen maar schadelijk is: matig alcoholgebruik beschermt tegen hart- en vaatziekten. Onder matig alcoholgebruik wordt verstaan: tot gemiddeld 12 glazen per week voor mannen en 8 glazen per week voor vrouwen. Overmatig alcoholgebruik, gemiddeld meer dan 21 glazen per week voor mannen en 14 glazen per week voor vrouwen, geeft niet alleen een verhoogde kans op kanker en hart- en vaatziekten, maar kan op termijn leiden tot alcoholafhankelijkheid. Overmatig drinken brengt ook grote maatschappelijke kosten met zich mee, onder meer vanwege ongevallen, vandalisme, arbeidsverzuim en huiselijk geweld.

Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid. Het leidt tot meer risicovol seksueel gedrag, een grotere kans op ongevallen en verwondingen én op agressief gedrag. Ook is er een grotere kans op schade aan de hersenen. Daarnaast lopen jongeren die al vroeg beginnen met drinken een groter risico om op latere leeftijd problemen te krijgen met alcohol.

Het percentage basisschoolleerlingen dat wel eens alcohol heeft geproefd is in 2004 gedaald ten opzichte van het onderzoek dat in 2000 is gedaan. Daarentegen is het percentage dat alcohol gebruikt bij leerlingen in het voortgezet onderwijs en bij volwassenen gestegen.

Het is niet zeker of de hoeveelheid alcohol die gedronken wordt en vooral het excessieve gebruik de laatste vijf jaar is toegenomen. De nieuwe GGD cijfers over alcoholgebruik onder de jeugd uit het jeugdonderzoek worden in de loop van dit jaar bekend. Wel is duidelijk dat de aandacht voor het probleem en voor de effecten van overmatig alcoholgebruik de laatste jaren fors is toegenomen. Bij jongeren op het voortgezet onderwijs komt naar voren dat VMBO-ers meer drinken dan jongeren op HAVO/VWO.

Diverse landelijke campagnes proberen jongeren (en hun ouders) er toe te bewegen geen of minder alcohol te drinken. Bijvoorbeeld: alcohol onder de 16 nog even niet.

In Drenthe is op basis van de tot nu toe uitgevoerde GGD onderzoeken geen trend waar te nemen dat jongeren op steeds jongere leeftijd alcohol gaan gebruiken. Daarentegen is het percentage dat alcohol gebruikt bij leerlingen in het voortgezet onderwijs en bij volwassenen gestegen.

Bij de jeugd vormen de 12-18 jarigen een risicogroep, vooral op VMBO niveau en met een lage SES. Met name het overmatig alcoholgebruik is zorgwekkend.

Het drugsgebruik is zo ongeveer stabiel en wordt in Assen niet als een bovengemiddeld probleem ervaren. De reguliere hulpverlening van Verslavingszorg Noord Nederland is toegesneden op de omvang van de problematiek in Assen.

Conclusie:

De hoeveelheid alcohol die gedronken wordt is niet bovenmatig is gestegen, maar het verschijnsel dat vooral de jeugd (te) veel drinkt is wel degelijk een gezondheidsrisico. Er zijn duidelijke signalen, o.a. via het opbouwwerk en de politie, dat ook in Assen sprake is van bovenmatig groepsdrinken op bepaalde plekken in de stad. Wij willen als doelstelling formuleren dat de trend dat jongeren steeds jonger, vaker en meer alcohol drinken, wordt doorbroken. Om dit te bereiken, gaat de gemeente binnenkort van start met het project alcohol, drugs en jeugd met VNN, GGD, jongerenwerkers en politie. Een uitgewerkt voorstel daartoe wordt separaat aangeboden.

Voeding en overgewicht

Veel mensen eten te vet en te weinig groente en fruit. Ook veel kinderen en jongeren hebben een ongezond eetpatroon: ze ontbijten slecht, snoepen te veel en eten te weinig groente en fruit. De gevolgen van dit gedrag zijn vaak pas op langere termijn merkbaar: meer kans op kanker en diverse aandoeningen als gevolg van overgewicht. Maar er zijn ook kinderen die daar al in hun jeugd last van krijgen. De zogeheten 'ouderdomsdiabetes', diabetes type II, komt steeds vaker ook onder jongeren voor. Bij de jeugd neemt ongeveer 20% niet elke schooldag een ontbijt; het percentage volwassenen dat minder dan 5 dagen ontbijt is 18%. Snacken wordt door bijna een kwart van de jongeren 4 dagen of meer per week gedaan. De kinderen van de basisschool doen dit minder vaak (17%) dan jongeren uit klas 2 (25%) of uit klas 4 (27%).

Uit landelijke informatie blijkt dat overgewicht voor bijna 10% bijdraagt aan de ziektelast, vooral door het verhoogde risico op diabetes. Daarnaast hangt overgewicht en vooral het hebben van obesitas, samen met hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker en aandoeningen van het bewegingsapparaat, zoals artrose, en van de ademhalingsorganen.

Het percentage volwassenen in Drenthe met overgewicht ligt boven het landelijke gemiddelde: 37% tegen 34% gemiddeld. Dit geldt ook voor obesitas, 12% tegen 10% gemiddeld. Het percentage personen met overgewicht is in de groep met een lage SES hoger dan in de groep met een hoge sociaal economische status.

Bij kinderen zien we dat in groep 2 van het basisonderwijs gemiddeld één op de zeven kinderen en in klas 2 van het voortgezet onderwijs één op de zes kinderen te zwaar is.

Conclusie:

In Drenthe is het percentage jeugd en bij volwassenen met overgewicht iets hoger dan in de rest van Nederland. Overgewicht en obesitas komt in verhouding vaker voor bij groepen met een lage sociaal economische status. Wij willen dit onderwerp als speerpunt opnemen in de nota. Gezien de samenhang tussen overgewicht en voedingspatronen, willen wij ons richten op de opgroeiende jeugd en hun omgeving.

Sport en bewegen

Bewegen blijkt ook vaak een opmaat te zijn voor ander gezond gedrag, zoals gezonder eten en stoppen met roken. Het gezonde gevoel dat sportief bewegen veroorzaakt, maakt dat mensen ook op andere terreinen gezonder willen zijn.

Voor volwassenen is in 2003 berekend of men voldoet aan de 'Nederlandse Norm Gezond Bewegen' (minimaal 5 dagen in de week 30 minuten matig intensief bewegen). Gemiddeld genomen voldeed iets minder dan helft van de Drentse volwassenen niet aan de norm. Opvallend genoeg kwam naar voren dat hoog opgeleide respondenten relatief vaker (53%) niet aan de norm voldeden dan laag opgeleiden (46%).

Bij jongeren kwam naar voren dat leerlingen van het VMBO minder vaak lid zijn van een sportvereniging dan leerlingen van HAVO/VWO. Het lid zijn van een sportclub neemt af naarmate de jongere ouder wordt. Daar waar 82% van de 11-12 jarigen nog lid is van een sportvereniging, is dit onder de 15-16 jarigen gedaald naar 65%.

Conclusie:

Sport en bewegen blijft een belangrijke pijler onder het gezondheidsbeleid. Uitwerking op uitvoeringsniveau vindt echter plaats in de sportnota.

3.6 Psychosociale problemen

Sociale relaties en eenzaamheid

De sociale omgeving is een factor die op mensen inwerkt en de gezondheid kan beïnvloeden. Een stabiele relatie of gezinsleven, het hebben van werk of zinvolle dagbesteding zijn factoren die bijdragen aan een goede gezondheid. De afwezigheid van deze zaken daarentegen kunnen de gezondheid negatief beïnvloeden. Eenzaamheid of een traumatische (jeugd) ervaring zoals bijvoorbeeld huiselijk geweld of een scheiding heeft negatieve invloed op de gezondheid.

Bij het Drentse onderzoek naar psychische gezondheid onder volwassenen kwam naar voren dat 28% psychische problematiek heeft. Bij jongeren op het voortgezet onderwijs heeft 31% een indicatie voor een psychosociaal probleem. Deze problemen kunnen verschillende oorzaken hebben. Jongeren die in een gebroken gezin wonen hebben relatief vaker psychische problemen dan anderen.

Ook blijkt dat mensen uit een gescheiden gezin meer contact hebben met de huisarts en vaker medicijnen gebruiken.

Huiselijk geweld

Uit de laatste algemene gezondheidsenquête van de GGD bleek dat ruim 16% van de vrouwen en ruim 10% van de mannen in Drenthe ooit te maken heeft gehad met huiselijk geweld.

Zowel volwassenen als jongeren die een ernstige gebeurtenis hebben meegemaakt, hebben meer psychische problemen hebben dan de totale groep.

Ook hebben deze respondenten relatief meer contact met de huisarts en gebruiken ze vaker slaap- en kalmeringsmiddelen. Verder blijkt dat volwassenen en jongeren die ingrijpende problemen hebben meegemaakt meer roken. Voor jongeren geldt daarbij dat het alcoholgebruik bij deze groep groter is dan die van de totale groep. Bij volwassenen is dit laatste niet het geval.

Depressie

Depressie is één van de vijf onderwerpen uit de laatste Rijkspreventienota en verdient daarom aandacht in het volksgezondheidsbeleid.

Wanneer mensen een depressie hebben, is de kwaliteit van leven sterk gereduceerd. Depressie is een belangrijke oorzaak van schooluitval, arbeidsverzuim en eenzaamheid.

Jaarlijks hebben 588.800 volwassenen (18-65 jaar) een depressie zo blijkt uit landelijke onderzoeken. Bij vrouwen komen depressies ongeveer tweemaal zo vaak voor als bij mannen. Ook komt depressie meer dan gemiddeld voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Volwassenen die eerder depressieve klachten hebben gehad, lopen een aanzienlijk groter risico op een nieuwe depressie. Ditzelfde geldt voor volwassenen met een kwetsbare persoonlijkheid (weinig zelfvertrouwen en een geringe zelfwaardering). Enkele chronische lichamelijke ziektes vergroten bovendien het risico op een depressie onder volwassenen, evenals stressvolle levensgebeurtenissen. Bij de groep ouderen zijn de risicogroepen mensen met weinig sociale steun, chronische zieken en laag opgeleiden. Sociale participatie, lichamelijke gezondheid en gevoel voor controle over het eigen leven en sociale steun in de omgeving beschermen ouderen tegen depressie.

In Drenthe is alleen van de inwoners van 65 jaar en ouder bekend hoeveel mensen er in 2007 in bepaalde mate een risico op angst en depressie hebben gehad of nog hebben. Het blijkt dat 24% een matig risico heeft op angst en depressie en 4% heeft zelfs een hoog risico op deze aandoening. Het risico is hoger in de groep 75-plus dan bij de 65-75 jarigen. Ook blijkt dat ouderen met een lage sociaal economische status relatief vaker een hoger risico hebben op angst en depressie dan ouderen met een hoge status.

Conclusie:

Ook bij psychosociale problematiek valt nog veel gezondheidswinst te halen. Voor huiselijk geweld zijn al een aantal maatregelen getroffen (meldpunt, convenant en kindspoor). Eenzaamheid en depressie als risicofactor nemen zodanig toe dat wij dit als speerpunt willen opnemen. De Wmo als wettelijk kader voor het brede scala van wonen, welzijn en zorg biedt kansen om preventieve acties en projecten te initiëren. De doelgroep wordt nu nog onvoldoende bereikt. Interventies en projecten moeten zich richten op goede signalering en doorverwijzing met als doel een sluitende ketenaanpak.

Hoofdstuk 4 – Kaderstelling GGD en Icare

GGD Algemeen

De GGD voert de wettelijke taken uit die voortvloeien uit de Wet publieke gezondheid of vanuit andere wettelijke kaders. In bepaalde gevallen is de GGD in de wet aangewezen als uitvoerder (bijv. Wet Kinderopvang). Is dat niet het geval, dan kan de gemeente ook besluiten om een andere organisatie de wettelijke taak te laten uitvoeren (bijvoorbeeld indiactiestelling Wmo en sociaal medische advisering).

De GGD heeft een afdeling Jgz (jeugdgezondheidszorg) en Agz (algemene gezondheidszorg).

De Jgz kent eigen, landelijk eenduidige regels waaraan het basistakenpakket moet voldoen.

Taken op dit terrein zijn:

- jeugdonderzoeken op scholen op vaste contactmomenten: groep 2, groep 7 (BO) en klas 2 (VO)
- geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding
- vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen.
- algemeen onderzoek naar de gezondheidstoestand van jeugdigen en de invloeden daarop.
- ramen van de behoefte aan zorg;
- formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Jgz ligt bij de gemeenten. Binnen het basistakenpakket heeft de gemeente beleidsmatige ruimte om aanvullende inzet te laten plegen op de genoemde aandachtsgebieden. Dit is lokaal maatwerk. In Assen doet de GGD een extra inspanning op het gebied van opvoedingsondersteuning.

De taken van de Agz zijn:

- uitvoering wet infectieziekten, waaronder technische hygiënezorg, TBC-bestrijding en soa/aids
- medische milieukunde
- bevolkingsonderzoeken / epidemiologie
- inspectie kinderopvang
- gezondheidsbevordering
- Actiecentrum ter ondersteuning van GHOR bij crises en rampen.
- gezondheidsvoorlichting
- beleidsadvies aan gemeenten

Naast de verplichte, wettelijke taken kan elke gemeente haar GGD inzetten om andere opdrachten binnen het volksgezondheidsbeleid uit te voeren. Dit kan gaan om onder andere extra gegevensverzameling voor beleid, ontwikkeling van gezondheidsbevorderende projecten, milieumetingen op scholen, coördinatie van gezondheidsactiviteiten, maatwerkactiviteiten in de jeugdgezondheidszorg, projectleiding binnen het jeugdbeleid en dergelijke.

Tenslotte verricht de GGD ook additionele taken voor derden. Een bekend voorbeeld daarvan is de reizigersvaccinatie.

Zoals reeds is aangegeven op blz. 10 zullen wij een extra inspanning van de GGD vragen op het gebied van ouderengezondheidszorg. Dit werken wij uit zodra vanuit het ministerie van VWS, VNG en GGD Nederland nadere regels omtrent de invulling van het betreffend wetsartikel bekend worden.

Sinds 2002 vallen GGD'en onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen. GGD'en zijn verplicht om de uitvoering van hun taken te laten certificeren.

Kenmerkend bij de GGD is dat sprake is van direct verlengd lokaal bestuur. De wethouder die verantwoordelijk is voor volksgezondheid is ook bestuurder van de GGD.

Situatie GGD Drenthe.

De afgelopen jaren is binnen het bestuur vooral discussie gevoerd over de toenemende kosten en de bestuurlijke inbedding van de GGD en in veel mindere mate over de inhoud en het gewenste kwaliteitsniveau. Onlangs zijn maatregelen genomen om de aansturing te verbeteren en het activiteitenpakket van de GGD helder af te bakenen. Een nieuw element hierin is de kaderbrief van de GGD. Hierin wordt voorafgaand aan het indienen van de begroting het door de GGD voorgenomen beleid en de financiële consequenties daarvan geschetst. De gemeenten zijn zodoende vroegtijdig op de hoogte en kunnen anticiperen op mogelijk ongewenste ontwikkelingen bij de GGD.

Het hoofdkantoor van de GGD is gevestigd in Assen. Er zijn herhuisvestingsplannen omdat de filialen in Hoogeveen en Emmen worden gesloten en er meer vierkante meters in de hoofdvestiging nodig zijn. In eerste instantie wordt gekeken naar mogelijkheden in Assen.

Het takenpakket is als volgt onderverdeeld:

1. Wettelijke basistaken Wpg die iedere gemeente afneemt met de volgende uitgangspunten:
 - De basistaken van de GGD moeten voldoen aan de wettelijke kaders en worden uitgevoerd op het kwaliteitsniveau waardoor HKz-certificatie mogelijk is.
 - Uitgaan van landelijk normen die in de praktijk zijn ontstaan en die commissie zijn vastgesteld (o.a. met de VNG);
 - Uitgaan van een gemiddelde uitvoeringsnorm op basis van vergelijking met GGD'en die in hoofdlijnen dezelfde kenmerken hebben als de GGD Drenthe (problematiek, platteland, aantal gemeenten, aantal inwoners).Voor de basistaken wordt een omslagstelsel gebruikt, gemeenten betalen een prijs per inwoner om het pakket te financieren. De instandhoudingskosten van de GGD organisatie worden toegerekend aan de basistaken.
2. Additionele taken voor gemeenten, gezamenlijk of individueel. Dit zijn taken die niet wettelijk verplicht zijn, maar naar hun aard wel passen bij het takenpakket van de GGD. Voor het jaar 2009 heeft de gemeente afspraken met de GGD over de volgende taken:
 - werkzaamheden voor de OGGZ (Wmo prestatieveld). Assen verleent als centrumgemeente subsidie voor een aantal oggz taken voor negen gemeente, o.a. coördinatie, voorzitterschap, meldpunt en deskundigheidsbevordering.
 - Coördinatie en ondersteuning van de zelfhulpgroep Borstonderzoek in Assen
 - Meldpunt huiselijk geweld
 - Technische hygiënezorg basisscholen
 - Lijkschouwing.
3. Additionele taken voor derden. Dit zijn o.a. forensische geneeskunde en reizigersvaccinatie.

Om aan de landelijke normen te voldoen is een periode van drie jaar afgesproken, waarbij steeds een of meerdere taakgebieden op het vereiste niveau worden gebracht.

- 2009: medische milieukunde, taakgebied actiecentrum rampen- en crisisbeheersing en beschikbaarheidsfunctie vangnet en actiecentrum
- 2010: epidemiologie en gezondheidsbevordering
- 2011: infectieziektebestrijding / SOA-aids.

De Jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen wordt in Drenthe uitgevoerd door twee uitvoeringsorganisaties, de GGD Drenthe en Icare. De komende periode gaat de aandacht uit naar de positionering van de JGZ 0-19 jaar binnen het veld van het integrale jeugd beleid (ontwikkeling Centra Jeugd en Gezin).

Samenvatting kaders GGD:

1. De GGD Drenthe is voor de gemeente Assen de uitvoerder van de Wpg.
2. Bij de aansturing van de GGD gaan wij uit van de principes van verlengd lokaal bestuur
3. De driedeling in wettelijke taken, additionele taken voor gemeenten en additionele taken voor derden wordt door de Gemeente Assen overgenomen en vormt de basis voor de financiering.
4. Voor additionele taken op het gebied van gezondheidsbevordering is de GGD de eerst aangewezen partner onder de randvoorwaarde van een gunstige prijs-kwaliteit verhouding.
5. Additionele taken door de GGD kunnen op basis van een subsidierelatie (vb OGGZ) of door middel van een inkooprelatie via offertes worden afgenomen.
6. De kosten voor het huidige basispakket van de GGD kunnen in 2010, 2011 en 2012, behoudens wettelijke CAO-en prijsstijgingen, niet hoger zijn dan in de gemeentelijke meerjarenbegroting is vastgelegd.
7. De kwaliteitsslag wordt gefaseerd ingevoerd onder voorbehoud van een positieve zienswijze van de raad voor de jaren 2010, 2011 en 2012.

Icare:

Icare voert de Jeugdgezondheidszorg voor de 0 – 4 jarigen uit. Dit is de welbekende consultatiebureau functie. Er zijn er vijf in Assen, verspreid over de wijken. De wijze waarop Icare invulling geeft aan deze taak wordt in nauw overleg met de gemeente bepaald. In de jaarlijkse subsidiebeschikking staat aangegeven wat de gemeente verwacht en onder welke voorwaarden de subsidie wordt verleend.

De Gemeente Assen wil dat de opvoed- en opgroei problemen van de jeugd zo vroeg mogelijk worden gesignaleerd. Op deze manier kunnen ernstige problemen in het begin door adviezen en lichte ondersteuning worden voorkomen.

Samenvatting kaders Icare:

1. Icare is op dit moment de aangewezen uitvoeringsinstelling voor de Jgz 0-4 jaar.
2. Icare is onderdeel van de zorgketen voor de jeugd en participant in het nieuw te ontwikkelen Centrum voor jeugd en gezin.
3. Icare biedt haar producten aan zoals omschreven in de productgroepen van het wettelijk en landelijk basistakenpakket Jgz.
4. Icare werkt mee aan een efficiënte en effectieve spreiding van de jeugdgezondheidszorg in Assen met bijbehorende adequate signalering en doorverwijzing.
5. Icare legt prioriteit bij kinderen met lichte opvoed- en opgroei problemen.
6. Icare registreert het aantal kinderen die de jeugdgezondheidszorg bereikt via het landelijk contactmomentenschema en het aantal kinderen dat extra advies en begeleiding nodig heeft naast het landelijke contactmomentenschema.
7. Icare handhaaft tenminste het aantal huidige consultatiebureaus in Assen.
8. Icare verricht de Jgz werkzaamheden op efficiënte wijze op basis van een transparante en door de gemeente goed te keuren kostprijsberekening.

Hoofdstuk 5: Speerpunten voor 2009-2012

5.1 Doelstellingen van het gezondheidsbeleid.

Uit de hiervoor beschreven visie en de conclusies uit hoofdstuk 3 omtrent de gezondheidssituatie formuleren we in dit hoofdstuk de beleidsdoelen.

Het hoofddoel van gezondheidsbeleid is de verbetering van de volksgezondheid. Daaruit volgen de volgende subdoelstellingen:

1. Het bevorderen van gezond gedrag en een gezonde leefstijl
2. Het bevorderen van de kwaliteit van de fysieke- en sociale leefomgeving;
3. Het bevorderen van een sluitend systeem van gezondheidsvoorzieningen en de toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen voor alle doelgroepen.

Wij kiezen voor deze drie doelstellingen omdat het beïnvloedingsvermogen van de gemeente daarop het grootst is. Het beïnvloedend vermogen van de gemeente strekt zich immers niet uit tot het hele veld van de gezondheidszorg. Zo gaat de gemeente niet over, de curatieve kant van de zorg, of wel het professionele circuit van de 1^e en 2^e lijnszorg. Evenmin gaat de gemeente over de intramurale zorg die de zorgaanbieders via de AWBZ aanbieden.

Wel heeft de gemeente via sport, buurtwerk en onderwijs de mogelijkheid gezond gedrag te stimuleren. De gemeente heeft een bepalende rol bij de fysieke en sociale inrichting van de stad en zorgt voor een sluitende keten van zorg- en gezondheidsvoorzieningen.

De gemeente is ook verantwoordelijk voor inwoners die buiten het reguliere zorgsysteem vallen. Dit vergt een actieve benadering van mensen die niet uit zichzelf om zorg of hulp vragen, maar het wel nodig hebben. De concrete vertaling daarvan vindt plaats binnen het werkveld OGGZ, dat is overgeheveld naar de Wmo.

5.2 Waar zetten we als gemeente op in en waarom.

Vanuit de hierboven geformuleerde doelstellingen maken we onderstaande keuzes. Voor een deel gaat het om bestaand beleid dat gecontinueerd of geïntensiveerd wordt, voor een deel gaat het om nieuwe initiatieven.

Doelstelling 1:

Het bevorderen van gezond gedrag en een gezonde leefstijl

1.1 Aanpak overgewicht

Een thema dat niet alleen bij de jeugd, maar ook bij volwassenen en ouderen speelt, is het toenemende aantal mensen met overgewicht. Wij willen in 2009 samen met de GGD inventariseren welke bewezen effectieve methodes en in interventies toepasbaar zijn in de Asser situatie. Wij doen dit op basis van de uitgangspunten van de methode De Gezonde School. In 2010 willen wij starten met de uitvoering van twee gerichte activiteiten, één gericht op de schooljeugd en één gericht op volwassenen. Onze ambitie daarbij is dat het aantal mensen met overgewicht in de komende vier jaar niet zal toenemen.

1.2 Sport en bewegen.

Dit blijft een belangrijke pijler bij de doelstelling van het bevorderen van gezond gedrag. Het belang van gezond bewegen, een actieve leefstijl en sporten is evident. Het is goed voor de gezondheid in het algemeen, heeft een preventieve werking t.a.v. overgewicht en het kan een belangrijke sociale functie hebben. Veel van deze activiteiten zijn belegd onder het Asser sportbeleid.

De activiteiten en maatregelen voor het stimuleren van sportbeoefening door jongeren en ouderen zijn opgenomen in de onlangs geactualiseerde nota sport en bewegen, het breedtesportprogramma (Sport Integreert) en de ouderennota.

Ten behoeve van de overzichtelijkheid en om dubbelingen te voorkomen volstaan wij met verwijzen naar het sportbeleid. Bij de evaluatie van de beleidsterreinen sport en gezondheid zullen wij betrekken in welke mate sport en bewegen bijdraagt aan de algehele doelstelling van bevordering gezond gedrag en een gezonde leefstijl.

1.3 Preventie diabetes

De verwachting is dat het aantal personen met diabetes de komende jaren flink zal stijgen. De zorg en de preventie van diabetes zal, in samenhang met een versterkte aandacht hiervoor bij de eerste lijn, aandacht krijgen in het activiteitenprogramma. Een nieuwe methodiek hierbij is de beweegkuur. Dit is een door een huisarts of praktijkassistent uit te schrijven recept, maar dan niet

voor geneesmiddelen, maar voor een bewegingsprogramma. Wij vinden dit een goede aanvulling op de zorgverlening en stimuleren waar mogelijk dit initiatief, in samenhang met het Asser sportbeleid. Daarnaast bestaat het programma DiabetesZorgBeter.

1.4 Valpreventie

Hernieuwde aandacht is hiervoor nodig. Niet alleen vanwege de kwetsuren die ouderen bij vallen kunnen oplopen, maar ook omdat minder valpartijen het beroep op voorzieningen zoals de Wmo zal doen verlagen. Wij willen een structureel cursusaanbod in Assen voor valpreventie met een zo hoog mogelijke deelnamegraad.

1.5 Alcohol, drugs en Jeugd

De noodzaak tot beteugeling van het alcoholgebruik onder jongeren en de bijbehorende randverschijnselen is onomstreden. Er is een startnotitie over dit onderwerp verschenen, waarin onderbouwing en aanpak staan vermeld. Alhoewel dit project wordt uitgevoerd onder de vlag van de beleidsterreinen jeugd en veiligheid, is het gezondheidsdoel van bevordering gezond gedrag evident.

De ambitie vanuit het gezondheidsaspect is een structurele vermindering van het aantal jongeren dat alcohol gebruikt voor het zestiende levensjaar.

Doelstelling 2:

Het bevorderen van de kwaliteit van de fysieke- en sociale leefomgeving voor iedereen

2.1 Binnenmilieu

Hoewel dit niet echt een thema was binnen de GGD onderzoeken, valt op dat er toenemende zorgen zijn over de kwaliteit van het binnenmilieu. Er zijn objectieve signalen over binnenmilieuproblemen op scholen in relatie tot schoolprestaties.

De invloed van milieu, zowel het binnen als buitenmilieu, op de gezondheid van mensen staat steeds hoger op de agenda. Wij streven er naar dat voor 1 januari 2011 van alle scholen in Assen het binnenmilieu in kaart is gebracht. Deze actie wordt gecoördineerd ingezet met het beleidsveld onderwijshuisvesting. Hierbij wordt voor bestaande scholen op basis van signalen actie ondernomen, voor nieuwbouw worden verscherpte regels en normeringen toegepast.

2.2 Screening van de gezondheidseffecten en gezondheidsbeleid

Gelet op de groei van Assen en de toename van de verkeersintensiteit moeten we bij nieuwe ontwikkelingen en bouwplannen zorgen voor een goede en de milieukwaliteit. Wat voor gezondheid belangrijk is, is vooral het voorkomen van de combinatie van gevoelige functies (wonen, scholen, kindercentra, verpleeg- en verzorgingshuizen) binnen 100 meter, maar het liefst ook binnen 300 meter van drukke wegen (snelwegen of drukke stadswegen). Ook onder de norm treden gezondheidseffecten op, en dan vooral bij gevoelige groepen zoals kinderen, ouderen en zieken. Wij willen minimaal één deelproject van de Florijnas voorzien van een Gezondheidseffectscreening. Daarnaast verkennen we de mogelijkheid om toekomstige ontwikkelplannen voor de stad standaard op gezondheidsaspecten te beoordelen. Dat is overeenkomstig de wijze waarop de Inspectie volksgezondheid tegen de Wet Publieke Gezondheid aankijkt. Dit instrument zullen wij uitwerken in de tweede helft van 2009.

Doelstelling 3:

Het bevorderen van een sluitend systeem van gezondheidsvoorzieningen en de toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen voor alle doelgroepen.

3.1 Versterking gezondheidscentra in de wijken.

Wij vinden het belangrijk dat de eerstelijns gezondheidszorg zich meer richt op preventie. Daarmee wordt hun positie in de wijk in de keten van wonen, welzijn en zorg versterkt. De gemeente gaat in samenspraak met huisartsen hier verdere invulling aan geven. De functie van consultatiebureau voor ouderen als genoemd onder 3.1. kan hierbij worden betrokken. Gezondheidscentrum Assen Noord en het nieuwe gezondheidscentrum Marturia fungeren als pilot, onder begeleiding van Progez, die vanuit het zorgkantoor de ondersteuningsfunctie voor de eerstelijnszorg vervult.

3.2 Consultatiebureau voor ouderen.

Wij denken met deze functie meer ouderen te bereiken dan voorheen. Bij een dergelijk bureau kunnen leefstijladviezen worden gegeven en kunnen problemen rond eenzaamheid en depressie worden gesignaleerd. De seniorenraad heeft hiervoor een advies ingediend. Uit het recente ouderenonderzoek blijkt dat eenzaamheidsproblemen en depressie voor ouderen een duidelijk gezondheidsrisico vormen. Juist in het streven naar langer zelfstandig wonen, schuilt het gevaar

dat mensen zonder de aanspraak die je bijvoorbeeld hebt in verzorgingshuizen en bij groepswonen, minder of geen sociale contacten onderhouden. De cijfers van de GGD wijzen dat ook uit. Wij vinden dan ook dat wij onze inspanningen daarop moeten versterken, samen met instellingen als Welzo en de eerstelijns gezondheidszorg.

We willen de functie van het consultatiebureau nader definiëren, waar het kan worden ondergebracht en wie de samenwerkingspartners zijn. De doelgroep zijn de senioren tussen de 60 en 75 jaar. Uit landelijk onderzoek is bekend dat mensen vanaf globaal 75 jaar nauwelijks nog animo hebben om hun leefstijl wezenlijk te veranderen. Om deze groep toch voldoende te bedienen en mogelijke risico's te signaleren, willen wij de leeftijdsgrens van het huisbezoekproject van Welzo verlagen brengen naar 75 jaar.

3.3. Versterking preventieketen eenzaamheid en depressie

Uit diverse onderzoeken, waaronder het laatste ouderenonderzoek GGD, is naar voren gekomen dat eenzaamheid en depressie toenemende risicofactoren zijn. Er valt nog veel te winnen bij een sluitende keten, te beginnen bij signalering en doorverwijzing. Het project Beweeg je leven is een bewezen goede methode om deze problematiek het hoofd te bieden. Wij willen dit introduceren in de Gemeente Assen. GGZ Drenthe/Indigo heeft hiervoor een projectsubsidie aangevraagd. Dit past binnen het naar de gemeente overgehevelde budget Collectieve preventie GGZ.

Overige onderwerpen

4.1 GGD – zie hoofdstuk 4

4.2. AED

De AED (Automatische externe defibrillator) is een compact en makkelijk te bedienen apparaat dat door middel van elektrische schokken het hartritme weer op gang kan helpen. Bij een hartstilstand kan het gebruik van de AED in combinatie met een snelle 112 - alarmering levens redden, zeker als dit gebeurt binnen zes minuten. In de gemeente zijn op diverse plaatsen AED's aanwezig. Wij hebben in een twaalfstal gemeentelijke gebouwen, zoals sporthallen, buurthuizen en het stadhuis AED apparaten in geïnstalleerd. Daarnaast worden de Asser sportvelden binnenkort voorzien van AED apparatuur. Wij verwachten dat waar nodig andere instellingen en het bedrijfsleven dit initiatief volgen. Behoudens voor de gemeentelijke accommodaties, zullen de financiële middelen voor een dekkend netwerk elders worden gezocht moeten worden. Wel wil de gemeente meedenken in ondersteunende en organisatorische zin.

Met de stichting Hartveilig Drenthe willen wij in de komende periode er voor zorgen dat de gemeente Assen AED proof wordt. Dit betekent een dusdanige spreiding van apparaten over de gemeente met daaraan gekoppeld een potentieel aan getrainde vrijwilligers zodat altijd binnen zes minuten AED hulp ter plaatse kan zijn met gebruikmaking van nieuwe ict- en communicatietechnologie.

4.3. Eikenprocessierups

Deze rups maakt een opmars naar Noord Nederland en de verwachting is dat het zich dit jaar in Drenthe voor het eerst manifesteert. Naast aantasting van het groen kan de rups een gevaar vormen voor de gezondheid vanwege de zo genoemde brandhaartjes. Het is gewenst om deze risico's in beeld te brengen en de GGD op dit onderwerp onderzoek en voorlichting te laten verzorgen.

Hoofdstuk 6: Uitvoering

Hieronder staan de voorgestelde activiteiten die voortvloeien uit de gemeentelijke doelstellingen.

Nr	Activiteit	Resultaat	Bereikt	Effect	budget	stakeholders
Doelstelling 1 – het bevorderen van gezond gedrag en een gezonde leefstijl						
1.1	Inventariseren bewezen effectieve, voor Assen geschikte interventies overgewicht, voor welke interventies gekozen wordt en hoe deze worden ingevoerd	Lijst met in Assen toepasbare interventies ligt gereed, twee projecten lopen voor jeugd en volwassenen	010711	Minder gezondheidsklachten als gevolg van overgewicht.	€ 10000 per jaar vanaf 2010	H. van Hooft GGD Scholen
1.2	Deelname aan de pilot Gezondheid in Balans voor senioren i.s.m. Sport Drenthe en GGZ Drenthe	De cursus is doorlopen door 50 deelnemers	010110	Ouderen vinden een nieuwe balans in hun gezondheid Toename van lichamelijk en psychisch welbevinden onder de deelnemers	€ 3500 (Wmo budget)	A. Langius / H. van Hooft GGZ Sport Drenthe
1.3	Het ondersteunen van het project beweegkuur, waarbij huisartsen beweging voorschrijven i.p.v. of naast medicijnen. Het aansturen op de implementatie van Programma DiabetesZorgBeter in alle huisartsenpraktijken	Het programma DiabetesZorgBeter en project beweegkuur is ingevoerd in de 1 ^e lijns zorg m.b.v. praktijkondersteuners	010112	De gezondheid van mensen met diabetes blijft stabiel.	p.m.	H. van Hooft Progez Huisartsen
1.4	Opzetten project "Bewegen valt goed" als bewezen effectieve manier om valongevallen te voorkomen	Cursussen valpreventie voor ouderen maken vanaf 2010 structureel deel uit van het aanbod van welzijns- of zorginstellingen in Assen	010110	Toename van het aantal burgers dat een cursus valpreventie heeft gevolgd. Vermindering van het aantal burgers dat een beroep doet op zorgvoorzieningen a.g.v. een valongeval	€ 10000 p.j. (Wmo zorgvernieuwing)	A. Langius Welzo GGD Ouderenpoli WZA Sport Drenthe

1.5	Participeren in het project Alcohol en Jeugd. Daarna het alcohol-ontmoedigingsbeleid voor jongeren structureel inbedden in het lokaal gezondheidsbeleid.	Structurele aandacht voor vermindering alcoholgebruik onder jongeren	010109 resp. 010110	Minder alcoholgebruik door jongeren en minder overlast als gevolg daarvan	pm	H. van Hooft / J. Kuin
Doelstelling 2 Het bevorderen van de kwaliteit van de fysieke- en sociale leefomgeving voor iedereen						
2.1	Een campagne starten ter verbetering van het binnenmilieu op scholen en in woningen. Bijvoorbeeld door op basisscholen de interventie Buitenlucht, kom je binnenspelen in te voeren binnen de Gezonde School Methode (zie website Gezonde School Methode)	Op scholen en bij corporaties is er voortdurend en gestructureerd aandacht voor de kwaliteit van het binnenmilieu	010110	Vermindering van het aantal gezondheidsklachten a.g.v. een slecht binnenmilieu	pm	J. Kuin / H. van Hooft GGD Drenthe Afd. Vastgoed
2.2	Er wordt een project Integraal en gezond beleid uitgevoerd. Gestart wordt met het thema overgewicht in relatie tot de fysieke en de sociale omgeving. Er wordt vastgesteld welke majeure beleidsbeslissingen een Gezondheidseffect-screening (GES) behoeven. Er wordt een GES uitgevoerd op een deelproject van de Florijnas	In alle beleid dat betrekking heeft op de fysieke en de sociale omgeving wordt rekenschap gegeven van de effecten op gezondheidsgerelateerd gedrag in relatie tot Overgewicht. De gemeente betreft bij infrastructurele projecten de gezondheidsaspecten daarvan. De gezondheidsaspecten rond een deelproject van de Florijnas zijn in kaart gebracht	010112	De fysieke en de sociale omgeving bevordert gezond gedrag ter preventie van overgewicht en remt ongezond gedrag af. Toename van de leefbaarheid in de wijk. Minder klachten a.g.v. gezondheidsrisico's bij de inrichting van de stad. Bevordering kwaliteit fysieke en sociale leefomgeving: luchtkwaliteit bij scholen, kindercentra, verpleeg- en verzorgingshuizen voldoen aan de norm	pm	Allen
Doelstelling 3 het bevorderen van een sluitend systeem van gezondheidsvoorzieningen en de toegankelijkheid daarvan						
3 a	Zie beleidsnota CJG	Realiseren van een integrale JGZ 0-19 jaar: opheffen van de 'knip' bij 4 jaar, één samenhangend		Een doorgaande lijn in de preventieve jeugdzorg		H. van Hooft J. Kuin GGD

		productenaanbod, het omschrijven en invullen van alle voorwaarden die nodig zijn om dit te bereiken				Icare Onderwijs
3 b	Zie beleidsnota CJG	Positioneren van de integrale JGZ 0-19 jaar binnen het veld van het integrale jeugdbeleid (ontwikkeling Centra Jeugd en Gezin).	010111	Jeugdbeleid is integraal		J. Kuin Alle andere partners binnen jeugdbeleid
3.1 a	Vervolgacties organiseren op de startconferentie (in december 2008 door Vilans) over de oprichting van een consultatiebureau voor ouderen c.q. centrum voor gezond leven in Assen.	Er is voldoende draagvlak om in 2009 aan de slag te gaan met de implementatie van deze functie als schakel in de keten van preventieve zorg	010709	Meer ouderen laten zich screenen op gezondheidsrisico's en psycho- sociale problematiek. Draagvlak creëren onder vragers en aanbieders voor de oprichting van bedoelde functie		A. Langius GGD Huisartsen Progez GGZ Icare
3.1 b	Het implementeren van de functie consultatiebureau / centrum voor gezond leven in Assen als experiment voor twee jaar	De functie is geïmplementeerd en bekend gemaakt als een laagdrempelige voorziening waar ouderen terecht kunnen voor een gezondheidscheck en voor leefstijladviezen. Toevoegen van een nieuwe schakel in de preventieve zorgketen	010110	Toename van het aantal burgers dat in redelijke gezondheid ouder wordt en minder beroep op duurdere zorgvoorzieningen.	€ 50000 per jaar	A. Langius GGD Huisartsen Progez GGZ Icare
3.1 c	Uitbreiding taak ouderenadviseur van Welzo: verlaging van de leeftijdsgrens voor huisbezoek ouderen tot 75 jaar.	In 2011 is het aantal huisbezoeken aan ouderen 20 % hoger dan in 2008	010112	Afname van eenzaamheidsproblematiek Meer ouderen doen mee aan de samenleving en voelen zich minder eenzaam.	€ 5000 per jaar ihkv ouderen beleid	A. Langius Welzo Vrijwilligerscentrale
3.1 d	Deelname aan project Beweeg je leven van GGZ Drenthe, intensivering van eenzaamheids- en depressiepreventie in samenwerking met 1 ^e lijns zorg	In 50% van de huisartsenpraktijken wordt structureel aandacht besteed aan eenzaamheid en depressie d.m.v. een sluitend signalerings- en verwijfssysteem	010709	Afname van depressie- en eenzaamheidsklachten bij jongeren en bij ouderen Bevordering sluitend systeem van toegankelijke en laagdrempelige gezondheidsvoorzieningen	€ 33.245 (WMO budget coll. Preventie GGZ)	A. Langius GGZ Drenthe(Indigo) Huisartsen

3.2	Versterking positie gezondheidscentra in de wijken	In 2011 zullen 50 % van de huisartsenpraktijken in Assen samenwerken met één of meerdere instellingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn	010111	Toename van de betrokkenheid van de 1 ^e lijns zorg bij bewoners in de wijk. Laagdrempeligheid van de 1 ^e lijn neemt toe. Gezondheidscentra en huisartsen spelen een meer prominente rol in de keten van welzijn, wonen en zorg	pm	H. van Hooft Huisartsen Progez
Overige onderwerpen						
4.1.	Heldere prestatieafspraken maken met de GGD over het basispakket dat Assen afneemt inclusief de additionele taken. De driedeling in de activiteiten met ingang van het begrotingsjaar 2009 operationaliseren inclusief de herziening van de kostprijzen en tarieven	Heldere prestatieafspraken staan op papier. Transparantie en aansturing richting de GGD als verbonden partij optimaliseren	010110	GGD is een kwalitatief goede en betrouwbare partner. Prijs-kwaliteitverhouding is optimaal	geen	H. van Hooft GGD Drenthe
4.2.	Ondersteunen en promoten van een dekkend netwerk van AED apparatuur in Assen	In Assen is een dekkend netwerk van AED's en is er een netwerk van vrijwilligers die snel ter plaatse kunnen zijn	010710	Overlevingskansen voor mensen met een acute hartstilstand nemen toe	pm	H. van Hooft St. Hartveilig Drenthe
4.3.	Inventarisatie gezondheidsrisico's a.g.v. de komst van de eikenprocessierups en het geven van voorlichting	Iedereen is op de hoogte van de gezondheidsrisico's	010110	Weinig gezondheidsklachten a.g.v. de komst van deze rups	pm	H. van Hooft GGD Drenthe Afd. Groenbeheer

Hoofdstuk 7: Financiën

7.1 Bestaand beleid

Het bestaande beleid en de in hoofdstuk 5 benoemde speerpunten en activiteiten vormen de basis van het te voeren lokaal gezondheidsbeleid. Hiermee wordt ook het kader duidelijk waarbinnen de middelen voor dit doel worden besteed. Voor sommige activiteiten geldt dat ze al verankerd zijn in het bestaande beleid, waarvoor in de gemeentelijke begroting reguliere middelen zijn opgenomen. Dat kan zijn binnen de budgetten van het gezondheidsbeleid, maar ook binnen andere beleidsterreinen. Veel speerpunten en activiteiten zijn immers onderdeel van andere gemeentelijke beleidsterreinen.

Na vaststelling van de kaders en de speerpunten zoals beschreven in deze nota door de gemeenteraad zullen deze worden uitgewerkt in een jaarlijks uitvoeringsprogramma, waarbij projecten en activiteiten concreet en SMART worden uitgewerkt. Dit programma wordt door B en W vastgesteld en ter informatie aan de raad worden aangeboden. Omdat niet alles tegelijk kan worden aangepakt, zal het uitvoeringsprogramma worden uitgesmeerd over de periode 2009 t/m 2012.

Overzicht van taken en middelen op basis van bestaand beleid:

Overzicht taken en middelen – bestaand beleid				
onderwerp	2009	2010	2011	2012
Bijdrage GGD wettelijke taken WPG	1.059.062	1.120.000	1.128.000	1.128.000
Bijdrage JGZ Icare wettelijke taak	818.700	818.700	818.700	n.t.b. *)
Additionele taak: Bijdrage lokaal meldpunt OGGZ aan GGD	15.000	15.000	15.000	15.000
Additionele taak: Vrijwilligersproject zelfborstonderzoek GGD	5.000	5.000	5.000	5.000
Additionele taak: Meldpunt huiselijk geweld	15.000	15.000	15.000	15.000
Additionele taak: Maatwerkdeel JGZ	45.632	45.632	45.632	n.t.b. *)
Totaal	€ 1.958.394	€ 2.019.332	€ 2.027.332	€ 1.163.000

n.b. *) de landelijke doeluitkering Jeugdgezondheidszorg loopt tot en met 2011.

7.2 Overzicht kosten en dekking activiteiten hoofdstuk 6:

Nb: het gaat om die activiteiten waarvan zeker is dat de gemeente daaraan (mee)betaalt, maar die uit bestaande budgetten/reserves kunnen worden gedekt. Hierdoor zijn geen extra gemeentelijke middelen noodzakelijk. De bedragen zijn indicatief. Bij de uitwerking op onderdelen zullen onderbouwde ramingen worden gevoegd.

onderwerp	Gedekt door:	2009	2010	2011	2012	totaal
Overgewicht	Budget lokaal gezondheidsbeleid		10.000	10.000	10.000	30.000
Eenzaamheid/depressie	Wmo budget coll. preventie GGZ	24.850	8.395	pm	pm	33.245
Consultatiebureau ouderen (separaat voorstel volgt)	€ 60.000 reeds beschikbaar gesteld voor gezondheidsbeleid, € 40.000 uit de Wmo reserves (incidenteel)		50.000	50.000	pm	100.000
Extra subsidie huisbezoeken Welzo	budget ouderenbeleid	5.000	5.000	5.000	5.000	20.000
Valpreventie	Wmo budget zorgvernieuwing		10.000	10.000	10.000	30.000
Gezondheid in balans	Wmo budget coll. preventie GGZ	1.750	1.750	pm	pm	3.500
Totaal middelenbeslag						216.745

Bijlage 1

Overzicht van bestaand en te actualiseren beleid. Voor inhoudelijke informatie hierover verwijzen we naar betreffende nota's.

onderwerp	beleid
Allochtonen	- Kadernota Kleurrijk Assen met actieprogramma integratiebeleid
Gehandicapten	- Wmo kadernota - Wmo nota "meedoen en meetellen" - Diverse verordeningen
Jeugd	- Nota CJG 2009-2011 over de oprichting van het centrum voor Jeugd en gezin - Beleidsnotitie Brede school - Integrale Jeugdgezondheidszorg
Maatschappelijke opvang/Verslavingszorg en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	- Stedelijk kompas - Maatschappelijke opvang en verslavingszorg onder de Wmo
Vrijwilligerswerk en Mantelzorg	- Notities Mantelzorg en Vrijwillige inzet als uitwerking van prestatieveld 4 Wmo.
Werkgelegenheid	- Economisch beleidsplan Op de boeggolf
Milieu	- Milieubeleidsplan
Onderwijs	- Lokaal Onderwijsbeleid; - De educatieve agenda
Ouderenbeleid	- Visie woonservicezones - Nota Oost West
Sociale Zaken	- Meedoen mogelijk maken, nota minimabeleid 2008
Sportbeleid	- Kadernota sport en bewegen 2009 - Beleidsvisie BOS en BSI
Volkshuisvesting	- Woonplan, wordt eind 2009 geactualiseerd

Tot nu toe is de bescherming tegen gezondheidsrisico's en de bevordering van gezondheid geen expliciet thema in elk van deze nota's.

Bijlage 2 Resultaten uit de vorige nota

Per speerpunt geven we aan wat de stand van zaken is en welke acties zijn ondernomen.

1 Speerpunt sport en bewegen

Activiteit	Aanpak	Resultaat
Sport en bewegen op scholen	Verdiepingsbijeenkomst met betrokken partners en samenwerking met sportbeleid intensiveren. Programma breedtesport hierbij betrekken, aansluiting zoeken bij landelijke en lokale initiatieven.	Er zijn diverse bijeenkomsten gehouden om scholen te informeren en te stimuleren zich aan te sluiten bij diverse ontwikkelingen en projecten rond school en sport. Bij het Vakoverleg bewegingsonderwijs is ook de gemeente Assen (sportzaken) vertegenwoordigd. Sportkennismakingslessen in het basisonderwijs zijn inmiddels volledig geïntegreerd in de verlengde schooldag op de brede scholen, de BOS activiteiten en Kies voor Hart en Sport. Circulatievolleybal en beachvolleybal zijn een vast onderdeel geworden in het jaarprogramma bewegingsonderwijs op de basisscholen. Kwaliteitsimpuls Sportorientatie voor het voortgezet onderwijs d.m.v. clinics onder en na schooltijd. Er is een schoolsportkalender ontworpen, waarin ook via Internet zo veel mogelijk schoolsportactiviteiten in Assen vermeld.
Verlengde schooldag benutten voor sport	Sport en bewegen als aspect van de Brede school meenemen	Inmiddels is in alle bredeschoolwijken het sportaanbod in de verlengde schooldag ondergebracht in de Buurt, Onderwijs en Sport-projecten (BOS). De essentie is de samenwerking binnen de sport tussen wijkvereniging, scholen, sportvereniging en opbouwwerk. In totaal wordt nu in 6 bredeschoolwijken de BOS-werkwijze toegepast. Dat zijn: Assen Oost, Peelo, Kloosterveen, Pittelo, Baggelhuizen en Marsdijk. Veel aandacht voor de relatie bewegen en gezondheid is er gekomen met het project Kies voor Hart en Sport, een lesmethode die bedoeld is om kinderen te informeren over het belang van sport en bewegen voor de gezondheid en hen te interesseren en motiveren (blijvend) aan sport te doen. Hiervoor is een lesprogramma voor de scholen ontwikkeld (groep 7/8) met gezondheids- en sportvoorlichting. Dit project wordt gecoördineerd door Sport Drenthe en sportverenigingen uit Assen kunnen hierbij aansluiten. Dit draait nu een aantal jaren met succes. Er hebben negen basisscholen meegedaan, waardoor 510 kinderen uit Assen in de klas met de lessen sport, bewegen en gezondheid bezig zijn geweest. Uiteindelijk hebben 161 kinderen deelgenomen aan één of meer sportcursussen die na schooltijd werden georganiseerd. Er kon ingeschreven worden op 23 cursussen van 17 verschillende sporten. In totaal waren er 233 aanmeldingen voor de naschoolse sportcursussen. Tenslotte Real Victory: dit is een programma van negen maanden voor jongeren van 11-17 jaar met overgewicht. Centraal staan sport, spel, goede voeding, plezier en een positieve houding. De deelnemers leren samen gezond en actief te leven. Het programma kenmerkt zich door een multidisciplinaire aanpak van voeding, beweging en psychologie. Dit programma is gestart in 2007.

Cursusaanbod valpreventie Stimulering sport en bewegen voor ouderen	Kennismakingsmiddag voor ouderen met vervolgcursusaanbod GALM en SCALA methodiek introduceren	<p>Cursusaanbod valpreventie Stimulering sport en bewegen voor ouderen</p> <p>Stichting Welzo heeft in 2005/2006 een aantal cursussen valpreventie georganiseerd. Hieraan hebben ruim honderd mensen deelgenomen.</p> <p>GALM/SCALA sportproject: doel hiervan is het bevorderen van sportdeelname en een actieve leefstijl onder niet actieve 55-plussers (ook als zij een lichamelijke beperking of chronische aandoening hebben). De mensen worden persoonlijk uitgenodigd voor een fitheidstest, waarbij ook een arts aanwezig is om de medische vragen te beantwoorden. Daarna kunnen geïnteresseerden deelnemen aan een nieuwe sportgroep voor senioren, waarin verschillende sporten worden aangeboden. In 2005 zijn de 55 plussers in twee wijken, Marsdijk en Assen-oost, benaderd en in 2007 de wijken Noorderpark, Lariks en Baggelhuizen. In totaal hebben ca. 250 mensen de fitheidstest gedaan.</p> <p>In 2007 is de Fitwijzer geïntroduceerd in nauwe samenwerking tussen SportDrenthe, de Stichting Welzijn, gymnastiekvereniging Olympia, de samenwerkende ouderenbonden en de gemeente Assen. In deze gids staat een beschrijving van vrijwel alle sportmogelijkheden voor senioren in Assen. De gids is verspreid onder de ouderen die hebben deelgenomen aan de fitheidstesten, bij huisartsen, het zorgloket, fysiotherapeuten en verschillende sportaanbieders.</p> <p>Als laatste: De Beweegweek 55+ is in Assen geïntroduceerd. In die week worden op verschillende dagen verschillende activiteiten voor 55+-ers georganiseerd. De deelnemers konden kennismaken met Balsport (knotshockey, zitvolleybal, koersbal, sport en spel), Ontspanningssporten (Pilates, Yoga en Tai Chi), Buitensporten (Nordic Walking, sportief wandelen, natuurwandelen met een gids) en dansen (stijldansen, Aerobic, Steps en andere dansvormen).</p>
Stimuleren sport door allochtonen	Zwemaanbod voor allochtone vrouwen. Interculturele sporttoernooien en open dagen	<p>- Kickboksen voor de jeugd</p> <p>De vraag van allochtone jongeren naar kickboksen is opgepakt. In nauwe samenwerking tussen het Sportbuurtwerk en Kleurrijk Assen zijn er sinds eind november twee groepen jongeren die wekelijks een uurtje trainen. Dit trekt wekelijks ongeveer 25 jongeren, de meeste van Marokkaanse of Irakese afkomst. Er is een groep voor 10-16 jarigen en een van 12-23 jaar. Zowel allochtone als autochtone jongeren zijn welkom. De interesse voor de kickbokscursussen neemt toe, mede dankzij het enthousiasme van de deelnemende jongeren. Daarom wordt verwacht, dat na de cursusperiode vaste groepen worden gestart, met maximaal 15 deelnemers.</p> <p>- Aerobics voor vrouwen</p> <p>In september is er vanuit Kleurrijk Assen en het sportbuurtwerk een aerobicsgroep voor allochtone vrouwen opgezet. Op verzoek van de deelnemende vrouwen is er naast de donderdagavondgroep ook een ochtendgroep opgezet. De belangstelling voor deze groepen neemt nog steeds toe. Ook autochtone vrouwen zijn welkom, maar de groep is goed toegankelijk voor allochtone vrouwen (voldoende privacy en afscherming van de kleedruimten en sportzaal). Belangrijk pluspunt zijn de sociale contacten na het sporten.</p>
Voorlichting gezonde voeding	Project opzetten vanuit GGD	Informatie over de aanpak "schoolgruizen" is verspreid onder de scholen.

2 Speerpunt psychosociale problemen

Activiteit	Aanpak	Resultaat
OGGZ netwerk uitbouwen en professionaliseren	Bijeenkomst plannen van huidige netwerk en komen tot convenant	In Assen is per 1 april 2006 middels een convenant een meldpunt en netwerk OGGZ gerealiseerd op basis van de uitgangspunten van de Drentse initiatiefgroep OGGZ en op basis van het in de gezondheidsnota opgenomen speerpunt. Vanaf dat moment is ervaring opgedaan met deze OGGZ structuur. De convenantpartners zijn VNN, SWA, ISD, RIBW, GGZ Drenthe, GGD, NoorderMaat, GKB, Regiopolitie en gemeente. Het meldpunt is ondergebracht bij het AMW. In de afgelopen periode werd verder gewerkt aan ondersteuning, scholing en de ontwikkeling van een registratiesysteem. De doelgroep bestaat uit cliënten met complexe problematiek die geen hulpvraag willen of kunnen formuleren, de zorgwekkende zorgmijders. Het aantal meldingen ligt jaarlijks rond de 50. Assen is in het kader van de WMO centrumgemeente geworden voor de OGGZ. In dat prestatieveld wordt het OGGZ beleid verder vorm gegeven.
Huisbezoeken ouderen	Beschikbaar stellen adressen 80 plussers	Stichting Welzo heeft deze activiteit uitgevoerd en de gemeente heeft de adressen beschikbaar gesteld d.m.v. een wijziging van de GBA verordening. Jaarlijks worden ca. 200 ouderen bezocht door vrijwilligers. Waar nodig wordt doorverwezen naar professionele dienstverlening zoals de ouderenadviseur, het maatschappelijk werk, WMO of welzijnsvoorzieningen. Met Welzo en andere partijen wordt momenteel gesproken over uitbreiding van deze activiteiten.
Laagdrempelige opvoedingsondersteuning	Projectplan maken met inschakeling ouders en scholen	Dit actiepunt is inmiddels ingehaald door de ontwikkelingen in de WMO en de Jeugdgezondheidszorg Het WMO-plan 2008-2011 gaat met name in op de acties die nodig zijn om deze taken in Assen in voldoende mate in te vullen. Een vorm, waarbinnen deze taken moeten worden gerealiseerd is het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Iedere gemeente gedurende de looptijd van deze nota gezondheidsbeleid tenminste één Centrum voor Jeugd en Gezin in de gemeente realiseert. Het basismodel van de Centra voor jeugd en Gezin omvat de Jeugdgezondheidszorg, prestatieveld 2 van de WMO, een schakel met Bureau Jeugdzorg (met een voorpostfunctie en verankering van samenwerking in de backoffice) en met het Zorgadviesteam. Deze aanpak moet ook leiden tot verbetering van de ondersteuning van kinderen en ouders met opvoedingsvragen of problemen.
Relatie gemeente met Toegang en Jeugdzorg herijken	Notitie n.a.v. nieuwe wet op de jeugdzorg	Hiervoor geldt hetzelfde als hierboven beschreven. Het bureau Toegang bestaat niet meer, in de plaats komt er een Centrum voor Jeugd en gezin. Zie de betr. startnotitie.
Zorgketen beschrijven	Notitie maatschappelijke opvang	De notitie maatschappelijke opvang is gedurende de looptijd van de vorige gezondheidsnota gereed gekomen. Deze is in 2006 vastgesteld onder de titel "Samen redzaam". Het algemene beleidskader heeft een plek gekregen in de WMO, prestatievelden 7,8 en 9. De concrete ambities en acties hebben nader vorm gekregen in het Stedelijk Kompas centrumgemeente Assen, vastgesteld in het voorjaar van 2008.
Inventariseren en analyseren van witte vlekken	Onderzoek starten m.b.v. enquête onder instellingen	Dit onderdeel is meegenomen in de hiervoor genoemde notitie maatschappelijke opvang en het stedelijk kompas.

3 Speerpunt huiselijk geweld

Activiteit	Aanpak	Resultaat
Project Thuisfront	Na bekend worden resultaten Drentse werkgroep de	De werkwijze t.a.v. huiselijk geweld is sinds begin 2007 structureel ingevoerd en borduurt voort op de werkwijze van Thuisfront. De kern is een provinciaal meldpunt, gevestigd bij de GGD. De meldingen leiden tot een actieplan waarbij zowel slachtoffer als dader zo mogelijk in een hulpverleningstraject

	werkwijze van het project structureel invoeren	terecht komen om zo het huiselijk geweld te stoppen en het justitiële circuit te vermijden. Politie, justitie en hulpverleningsorganisaties werken hierin samen. Wanneer bij de politie huiselijk geweld wordt gemeld, wordt er aan slachtoffer en dader het hulpverleningstraject ('1e hulp bij huiselijk geweld') aangeboden. Na ondertekening van het instemmingformulier wordt het slachtoffer door het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de dader door de Ambulante Forensische Psychiatrie Noord Nederland (AFPN) uitgenodigd. De hulp die beide instellingen bieden is gericht op het stoppen van huiselijk geweld. Als er minderjarige kinderen aanwezig zijn wordt ook het AMK ingelicht. Zij maken een inschatting of direct ingrijpen van het AMK noodzakelijk is. De andere organisaties waarmee in dit traject wordt samengewerkt zijn: Openbaar Ministerie, Reclassering, Slachtofferhulp, Crisis- en Vrouwenopvang en het Fiom. Het Meldpunt coördineert het overleg tussen deze hulpverlenende organisaties en zorgt ervoor dat de hulpverlening goed op elkaar is afgestemd.
Project Advies- en meldpunt kindermishandeling	Onderzoek naar omvang problematiek en werkwijze AMK	Het AMK heeft een andere rol gekregen in de ketenaanpak huiselijk geweld. Daarom is dit onderdeel omgebogen tot het project Kindspoor. De gemeente Assen heeft hiervoor ruim 3.200 euro beschikbaar gesteld. Ook hiervoor is het projectleiderschap bij de GGD neergelegd. Kindspoor is bedoeld om kinderen te helpen die opgroeien in een gezin waarin geweld voorkomt. Voor kinderen die getuige zijn van het geweld is nog geen goed preventief hulpprogramma. De regiegroep aanpak huiselijk geweld Drenthe heeft het project geaccordeerd. Voor financiering van het project hebben fondsen subsidies gegeven.

4 speerpunt toegankelijkheid voorzieningen

Activiteit	Aanpak	Resultaat
HOED (huisartsen onder één dak)	Initiatieven van huisartsen volgen	In Assen noord hebben vijf huisartsen en een apotheek overeenstemming bereikt om onder één dak verder te gaan in het nieuwe Marturia complex. De verhuizing vindt in het voorjaar van 2008 plaats. Met vertegenwoordigers van andere huisartsenpraktijken en gezondheidscentra zijn gesprekken gevoerd om groei- en huisvestingsscenario's in kaart te brengen.
Periodiek overleg Hagro	Jaarlijks uitnodigen	Overleg met huisartsen wordt op dit moment nog op incidentele basis gevoerd, zie hierboven. Onderwerpen die daarbij aan onder meer aan de orde zijn: de signaleringsfunctie van de 1 ^e lijn en de mogelijke betrokkenheid bij de opzet van een zgn. consultatiebureau voor ouderen.
Loket wonen, zorg en welzijn	Projectmatig vanuit ouderenbeleid, uitbouwen t.b.v. meer doelgroepen	Dit loket, gestart onder de naam Loket 33, is door de komst van de WMO omgebouwd tot WMO loket. Naast de brede informatie-adviesfunctie van prestatieveld 3 en de verstrekkingen van de voormalige Wvg, zijn hier nu ook de individuele voorzieningen Wmo ondergebracht. Daarnaast wordt momenteel gewerkt aan een nieuwe digitale sociale kaart en wordt bezien of er wijkklokken mogelijk zijn in combinatie met bijv. het concept van woonservicezones.
Bereik van allochtonen door algemene instellingen	Vanuit de taakstelling zoals genoemd in Kleurrijk Assen	Welzo heeft een allochtone ouderenadviseur in dienst genomen. Dit leidt er toe dat allochtonen gemakkelijker de weg vinden naar de algemene voorzieningen.
Verruiming/flexibilisering openstelling voorzieningen	Inschakelen project Tijd op Maat	Dit project heeft anderhalf jaar gedraaid i.s.m. de brede school Kloosterveen. Momenteel wordt bezien of elementen hieruit structureel toegepast kunnen worden.
Opzetten woonservicezones in de wijken	Brede projectaanpak per wijk, als eerste in Assen-Oost en Peelo	In Assen oost wordt een MFA voorbereid, waarin voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg worden verenigd. Uitvoering is vertraagd (externe factoren). In Peelo is nog geen start gemaakt vanwege een te geringe vraag/aanbod situatie. Vanuit de WMO en het woonplan wordt dit onderwerp verder vorm gegeven.

Nadere beschouwing van de mantelzorg	Vanuit ouderenbeleid	In de WMO nota is het voornemen geuit om medio 2008 te starten met nader beleid op het gebied van mantelzorg.
Opzetten zorgnetwerk	Aansluitend op het lokaal loket	In de wijk de Lariks is in 2006 een convenant afgesloten tussen partners wonen, zorg en welzijn.

5 speerpunt alcohol en drugs

Activiteit	Aanpak	Resultaat
Inventariseren en coördineren bestaande preventie activiteiten	Verdiepingsbijeenkomst met sleutelfiguren	Deze activiteit heeft plaats gevonden in het kader van het project terugdringen alcoholgebruik onder kinderen en jongeren, zie onder.
Stimuleren van projecten die de weerbaarheid verhogen	Via uitbouw projectaanpak GGD	De GGD heeft op een aantal plaatsen de aanpak "schatjes, katjes, watjes" aangeboden. Dit is een ludieke wijze om op scholen het onderwerp weerbaarheid aan de orde te stellen.
Bespreekbaar maken van middelengebruik	Aandachtsfunctio naris benoemen vanuit jeugd- en/of opbouwwerk	Middelengebruik wordt via lespakketten op scholen aan de orde gesteld. Opbouwwerk en jongerenwerk neemt dit onderdeel waar nodig mee in reguliere werkzaamheden.
Terugdringen alcoholgebruik onder kinderen en jongeren	Aanhaken bij landelijk aanbod STAP	Twee bijeenkomsten met vertegenwoordigers van de gemeente, opbouwwerk, politie en verslavingszorg hebben geleid tot de afspraak dat dit projectmatig wordt uitgewerkt

Bijlage 3 Afkortingenlijst

AED.....	Automatische externe defibrillator
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJZ.....	Bureau Jeugdzorg
CAD	Consultatiebureau voor alcohol en drugs
CBS	Centraal bureau voor de statistiek
CJG.....	Centrum voor jeugd en gezin
EKD	Elektronisch kinddossier
DHV.....	Districtshuisartsenvereniging
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ.....	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR.....	Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
HAVO.....	Hoger Algemeen Vormend Onderwijs
HOED.....	Huisartsen onder één dak
JGZ.....	Jeugdgezondheidszorg
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
MO	Maatschappelijke Opvang
NNGB.....	Nederlandse norm gezond bewegen
OGGZ.....	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ.....	Openbare Gezondheidszorg
RCPC	Regionaal Patiënten en Consumenten Platform
RIAGG.....	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIVM.....	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RPCP.....	Regionaal patiënten en consumenten platform
RZO	Regionaal Zorgaanbiedersoverleg
SER.....	Sociaal economische raad
SES.....	Sociaal economische status
STAMM.....	Staat voor Mens en Maatschappij
V & V	Verzorging en Verpleging
VMBO.....	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
VNG.....	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VO.....	Vrouwenopvang
VSO	Voortgezet Speciaal Onderwijs
VTV	Volksgezondheidstoekomstverkenningen
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport.
VZ	Verslavingszorg
WPG	Wet publieke gezondheid
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
Wmo.....	Wet Maatschappelijke ondersteuning