

Gemeentelijk Gezondheidsbeleid 2003-2007

Basisnota

voor de 9 gemeenten in Noord Groningen

Appingedam

Bedum

Delfzijl

De Marne

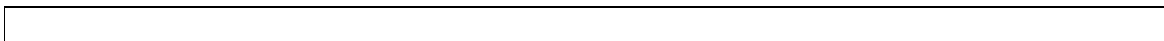
Eemsmond

Loppersum

Ten Boer

Slochteren

Winsum



INHOUDSOPGAVE

Verantwoording

1. De achtergrond

- 1.1. Waarom een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid?
- 1.2. Visie op gezondheid
- 1.3. Visie op gezondheidsbeleid

2. Landelijke kaders bij lokaal gezondheidsbeleid

- 2.1 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)
- 2.2 Overige wetten of autonoom beleid
- 2.3 Relatie met de GGD
- 2.4 Landelijke prioriteiten

3. Gezondheid in Noord-Groningen

- 3.1 Demografie
- 3.2 Allochtonen
- 3.3 Sociaal economische status
- 3.4 Gezondheidstoestand
- 3.5 Gezondheidszorg
- 3.6 Leefwijze
- 3.7 Maatschappelijk milieu
- 3.8 Fysiek milieu

4. Regionale en lokale kaders

- 4.1 Huidig regionaal beleid in Noord-Groningen
 - 4.1.1 Lokaal sociaal beleid, sociale structuurschets en gebiedsgerichte aanpak
 - 4.1.2 Convenant OGGz
- 4.2 Gemeentelijke kaders en ontwikkelingen
 - 4.2.1 Coalitieakkoord Delfzijl 2003 -2006
 - 4.2.2 Uitgangspunten en doelstellingen van de nota

5. Knelpunten en kansen in Noord-Groningen, Delfzijl

- 5.1 Gezamenlijke knelpunten
- 5.2 Specifieke knelpunten gemeente Delfzijl
- 5.3 Kansen

6. Speerpunten van beleid, beleidsdoelstellingen en (mogelijke) oplossingen

- 6.1 Speerpunt 1 "Zorgdragen voor gezonde dorpen en wijken"
- 6.2 Speerpunt 2 "Versterken van gezond gedrag"
- 6.3 Speerpunt 3 "Speciale aandacht voor kwetsbare groepen"

7. Activiteitenprogramma

Bijlagen

- 1. VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG
- 2. OVERZICHT ACTIVITEITEN
- 3. LIJST MET AFKORTINGEN

Verantwoording

Gezondheid, zowel lichamelijk als geestelijk, is uitermate belangrijk voor de mens. Gezonde burgers zijn op hun beurt weer erg belangrijk voor een gemeente. Gezonde burgers maken namelijk een gezonde gemeente waar het aangenaam wonen is. Uit onderzoek is gebleken dat Groningers gemiddeld ongezonder zijn dan de rest van Nederland. Vooral sociaal-economische factoren bepalen de gezondheid, en de sociaal-economische status (de mix van opleiding en inkomen) ligt in Groningen lager dan in de rest van Nederland. Knelpunten doen zich voor in *leefstijl* en *leefomgeving*, waarbij de gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's ongelijk over de bevolking zijn verdeeld. De rol die gemeenten spelen op het gebied van de volksgezondheid is de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden. Om het gemeentelijk gezondheidsbeleid te versterken zijn gemeenten door het Rijk verplicht om vanaf juli 2003 een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen.

Voldoende reden om voortvarend met dit onderwerp aan de slag te gaan. Om de gezondheid van hun inwoners te beschermen en te bevorderen, hebben de acht Noord-Groningse gemeentes Appingedam, Bedum, Delfzijl, Eemsmond, Loppersum, De Marne, Ten Boer, en Winsum de handen ineengeslagen. Later heeft ook de gemeente Slochteren zich hier bij aangesloten. Onder de vlag van de Regioraad Noord-Groningen en in samenwerking met de GGD Groningen hebben bovengenoemde negen gemeentes samen gewerkt aan de nota Lokaal Gezondheidsbeleid.

Voor u ligt deze nota. Het is een tekst die landelijke, regionale en lokale kaders en uitgangspunten bij elkaar brengt, gezamenlijke en gemeentespecifieke gezondheidsgerelateerde knelpunten vermeldt en tevens de maatregelen die desbetreffende gemeenten, al dan niet gezamenlijk met buurgemeenten, hiervoor de komende vier jaar wil nemen.

H. 1 DE ACHTERGROND

1.1 Waarom (een nota) Lokaal gezondheidsbeleid?

Mensen vinden gezondheid meestal het belangrijkste in hun leven. Toch leven mensen lang niet altijd gezond en vaak weten ze ook niet waar de risico's schuilen. Bovendien zijn de risico's niet voor iedereen hetzelfde. Gezondheidsrisico's en gezondheidsproblemen zijn ongelijk over de bevolking verdeeld. Vandaar dat ook lokaal gezondheidsbeleid zo belangrijk is. Uit de gezondheidsenquête van 2002 bleek dat Groningers gemiddeld ongezonder zijn dan inwoners van de rest van Nederland. Vooral sociaal-economische factoren bepalen de gezondheid, en de sociaal-economische status (de combinatie van opleiding en inkomen) ligt in Groningen lager dan in de rest van Nederland. Het is algemeen bekend en wordt hier nog eens benadrukt dat roken, overmatig gebruik van alcohol, slechte voeding, verslaving aan drugs en onvoldoende lichaamsbeweging belangrijke gezondheidsbedreigende factoren zijn. Deze factoren spelen een rol in het dagelijks leven van relatief veel inwoners. Naast de *leefstijl* kent ook de *leefomgeving* knelpunten, zowel in het binnen- als in het buitenmilieu.

Gemeenten spelen een steeds belangrijker rol op het terrein van de volksgezondheid. Sinds de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in 1989 zijn gemeenten verantwoordelijk voor veel werkzaamheden op het vlak van de gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. In 1995 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg grote verschillen in de uitvoering van de WCPV tussen gemeenten. Naar aanleiding daarvan is de uitvoering van de WCPV geëvalueerd door de commissie Lemstra. Deze commissie concludeerde dat de samenwerking tussen de verschillende overheden en gemeenten onderling beter zou moeten. Hetzelfde gold voor de relatie tussen gemeenten en hun GGD. Het Lemstra-rapport heeft vervolgens een reeks van ontwikkelingen in gang gezet:

In het Platform Openbare Gezondheidszorg is een visie op de Openbare gezondheidszorg "**Spelen op de winst**" ontwikkeld. In deze visie staat het idee beschreven dat openbare gezondheidszorg *die* delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur bevat die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid. Het gemeentelijk gezondheidsbeleid is daar een onderdeel van.

□ Tevens is een **plan van aanpak voor de openbare gezondheidszorg** opgesteld. Het plan van aanpak heeft onder andere de volgende onderdelen:

- invoering van de verplichting aan gemeenten om vanaf juli 2003 eens per vier jaar een nota gezondheidsbeleid uit te brengen (waar deze nota dus het rechtstreekse resultaat van is);
- eens per vier jaar het ontwerpen van een landelijke nota gezondheidsbeleid –vanaf 2002;
- versterken van de gezondheidscomponent in het grotestedenbeleid;
- stimuleren van gemeenten om het gemeentelijk gezondheidsbeleid te versterken.

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

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

Het doel van lokaal gezondheidsbeleid ligt voor de hand: het bevorderen van de gezondheid van de burgers. Gezondheid is echter een ruim begrip en (lokaal) gezondheidsbeleid dus net zo. Het is bij uitstek integraal en intersectoraal beleid, dat stoelt op samenwerking tussen partijen. Het overstijgt sectorgrenzen, gaat over 'schotten' heen en waarborgt samenhang, ook met andere beleidsterreinen. De gemeente ambiëert daarom een regisserende rol. Niet alles kan opgepakt worden. Voor er echter keuzes gemaakt kunnen worden, zullen we eerst moeten kijken wat we verstaan onder gezondheid en lokaal gezondheidsbeleid.

1.2 Visie op gezondheid

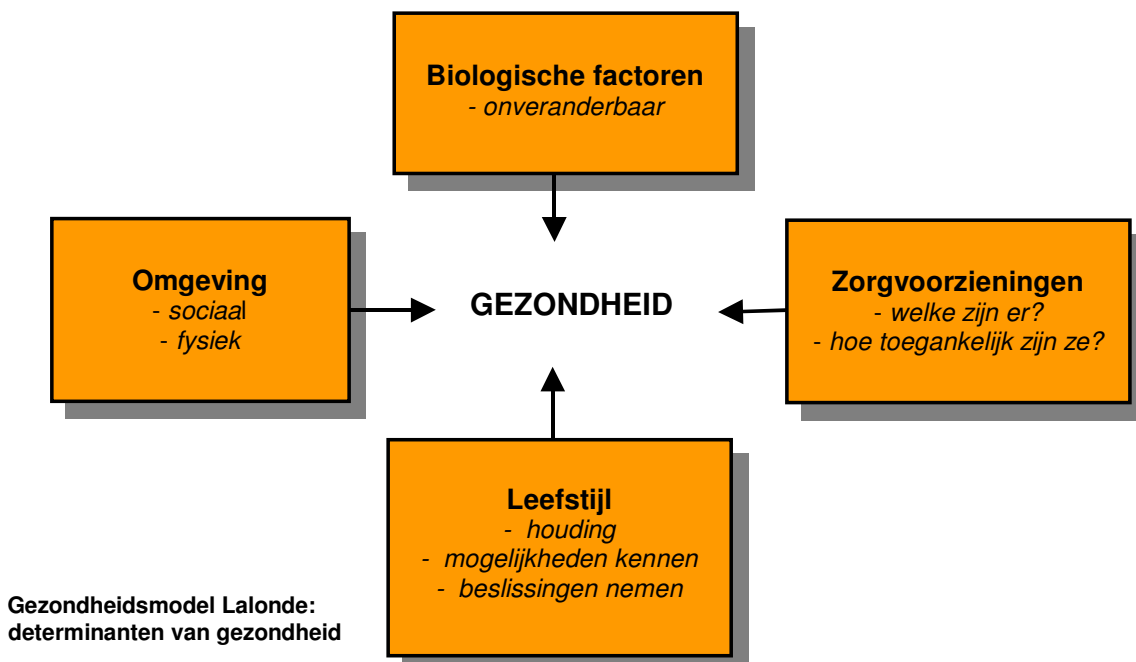
Bij gezonde burgers gaat het niet om een ideale situatie van burgers die nooit ziek zijn en een samenleving waarin nooit iets mis is (zie definitie gezondheid van de World Health Organisation (WHO)). Het is wel belangrijk dat mensen positieve keuzes kunnen maken over hun eigen gedrag, invloed kunnen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

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

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

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

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



In dit overzicht van factoren is te zien dat de kansen op gezondheid voor individuele burgers verschillen. De laatste jaren is er veel aandacht voor de zogenaamde sociaal-economische gezondheidsverschillen, die vooral ontstaan door verschillen in omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen en werken. Hier ligt een belangrijk aangrijpingspunt voor het gemeentelijk

gezondheidsbeleid. De biologische factoren zijn niet beïnvloedbaar door de gemeentelijke overheid en worden dus verder buiten beschouwing gelaten. Op omgeving en leefstijl heeft de gemeente de meeste invloed. Ook de gezondheidszorg is vanzelfsprekend van invloed op de gezondheid van burgers. De (gemeentelijke) overheid kan onder andere aandacht besteden aan de toegankelijkheid van deze zorg en speelt een rol in het vestigingsbeleid.

1.3 Visie op Lokaal Gezondheidsbeleid

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

Afgeleide doelstellingen zijn:

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

lokaal gezondheidsbeleid

de vorming en uitvoering van beleid dat gericht is op

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

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

- De lokale gezondheidssituatie dient als leidraad voor het gemeentelijk beleid (zie H.3).
- Gezondheidsbeleid wordt gericht op specifieke bevolkingsgroepen zoals ouderen, jeugdigen en allochtonen als zij met het algemene beleid niet worden bereikt. Daarnaast kan het beleid gericht worden op mensen met complexe problemen zoals dak- en thuislozen en verslaafden. De prioriteitsstelling is afhankelijk van de lokale situatie.
- Het beleid kan alleen effectief zijn indien het aansluit op de wensen en de behoeften van de bevolking.
- Gezien het feit dat veel zorgleveranciers een bovenlokaal bereik hebben, is het vaak moeilijk om op het niveau van de gemeente afspraken te maken. Een aantal aspecten behoeft daarom regionale afstemming of een gezamenlijke aanpak.
- De integrale benadering van gezondheidsbeleid dient meer dan tot op heden het geval is, deel uit te maken van het totale gemeentelijk beleid.

H. 2 LANDELIJKE KADERS BIJ LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID

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

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

2.1 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

De belangrijkste wettelijke basis voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Op grond van deze wet hebben gemeenten een belangrijke taak op het terrein van de openbare gezondheidszorg. De WCPV bepaalt dat de gemeente o.a. de samenhang binnen de collectieve preventie bevordert, alsmede de afstemming met de curatieve gezondheidszorg. De gemeente draagt voorts zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie op het gebied van infectieziekten en gezondheidsrisico's voor jeugdigen. Hiertoe moet zij een gemeentelijke gezondheidsdienst in stand houden, de GGD.

Uit de WCPV vloeien de volgende taken voort:

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

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

Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen: een coördinerende en integrerende taak van de gemeente, met een adviestaak van de GGD (art. 5, lid 2), uitmondend in facetbeleid;

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

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

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

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

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

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

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

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

- De herformulering van enkele gemeentelijke taken. Het gaat hierbij om modernisering en nadere concretisering van begrippen.
- De opdracht aan de gemeente om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. In deze nota moet de gemeente tenminste aangeven hoe zij de collectieve preventietaken uitvoert en ook hoe zij gestalte geeft aan het gemeentelijk facetbeleid en de samenwerking met andere partijen.
- De verankering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg en het onder gemeentelijke regie brengen van de hele jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar. Er is afgesproken dat 2003 een overgangsjaar is, waarin zowel de GGD als Thuiszorg Groningen de dienstverlening voortzetten

op het bekende niveau. Over de definitieve invulling en financiering worden in de loop van 2003 afspraken gemaakt.

- De verplichting voor het Rijk, elke vier jaar bij nota, landelijke prioriteiten vast te stellen op het gebied van de collectieve preventie.

2.2 Overige wetten of autonoom beleid

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

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

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

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

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

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

Belangrijkste -voor de gemeente relevante- wetgeving

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

2.3 Relatie met GGD

Vanaf januari 2003 wordt stapsgewijs een nieuwe systematiek ingevoerd, waarbij de individuele gemeenten meer zelf gaan bepalen welke producten van de GGD worden afgenomen. Er zijn zes basistaken geformuleerd: Infectieziektebestrijding, Jeugdgezondheidszorg, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Bevorderingstaken, Technische Hygiënezorg en Medische Milieukunde.

Binnen deze basistaken worden productgroepen en producten onderscheiden. Een basistaak kent een uniform gedeelte (producten die alle GGD'en aan alle gemeentes leveren) en een 'maatwerk' gedeelte. Binnen het maatwerkgedeelte kunnen gemeentes zelf hun wensen aangeven. Het basistakenpakket wordt gefinancierd uit de (huidige) WCPV middelen.

Naast het basistakenpakket bestaat de mogelijkheid voor gemeenten om bij de GGD zogenaamde 'plustaken' af te nemen. Dit zijn diensten (bijvoorbeeld speciale projecten, extra onderzoek of vormen van ondersteuning) waarvoor de betrokken gemeente dan extra betaald. Tenslotte zijn er de zogenaamde 'markt taken'. Dit zijn taken die in principe ook door andere partijen dan de GGD uitgevoerd kunnen worden, ten behoeve van eveneens andere partijen dan gemeenten. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan Reizigersadviesing.

Met de GGD zullen periodiek afspraken gemaakt worden over de invulling van het maatwerk- en plusgedeelte. Deze afspraken over de uitvoering van de WCPV blijven overigens een onderdeel uitmaken van (de nota) Lokaal Gezondheidsbeleid. Gemeenten zullen ook willen zien wat de resultaten zijn van de werkzaamheden van de GGD. Dit past binnen het traject dat de

Hulpverleningsdienst enige tijd geleden is gestart en dat moet leiden tot het verbeteren van de verantwoordingsinformatie richting gemeenten.

2.4 Landelijke prioriteiten

De centrale doelstellingen van de Rijksoverheid zijn:

- het verlengen van gezonde levensjaren
- het terugdringen van gezondheidsverschillen

In een nota preventiebeleid zal het Kabinet de voornemens voor de komende tijd aangeven, maar door de val van het kabinet in 2002 is dat proces vertraagd¹. Het is waarschijnlijk dat de aanpak zich zal richten op vijf terreinen die ook al bij het beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen naar voren kwamen: de omgevingen waarin veel gezondheidswinst te behalen is, zoals

1. thuis (in de opvoeding);
2. op school;
3. op de werkplek;
4. in de zorgsector;
5. in de woonomgeving (de wijk).

Als input voor de landelijke nota zal o.a. de gezondheidssituatie van de Nederlandse burgers gebruikt worden. Evenzo dient als leidraad voor het gemeentelijk beleid de lokale gezondheidssituatie, die in het volgende hoofdstuk wordt beschreven.

¹ De nota wordt in 2003 verwacht en zal te vinden zijn op de website van het ministerie van VWS: www.minvws.nl.

3. GEZONDHEID IN NOORD GRONINGEN

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beeld gegeven van de gezondheidssituatie van de Noord-Groningse bevolking en wel het oostelijke deel dat wordt gevormd door de gemeenten Delfzijl en Appingedam. Het geschetste beeld is een korte samenvatting van het GGD Gezondheidsprofiel 2002 dat voor deze twee gemeenten is opgesteld. De nadruk ligt op de opvallende punten uit het profiel. Voor een volledige en meer gedetailleerde weergave wordt verwezen naar het profiel zelf.

3.1 Demografie

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

De bevolking van Noord-Oost Groningen is verder vergrijsd dan het landelijk gemiddelde en ook meer verouderd dan het gemiddelde van de provincie. Het valt op dat er in Appingedam relatief weinig jongeren woonachtig zijn en dat er in Appingedam en Delfzijl verhoudingsgewijs veel ouderen wonen. De demografische druk in Noord-Oost Groningen is hoger dan landelijk door het grote aantal ouderen in deze regio.

3.2 Allochtonen

De gezondheid van allochtonen kan om diverse redenen verschillen met die van autochtonen. Door de emigratie naar Nederland, de nieuwe omgeving, een andere levenswijze, culturele verschillen en maatschappelijke achterstand staat de gezondheid van allochtonen meer onder druk. Behalve taal- en cultuurbarrières is er bij medische hulpverleners soms onvoldoende kennis over het vóórkomen van bepaalde ziektes in de herkomstlanden en de behandeling daarvan. Hierdoor vergt de medische zorg voor allochtonen meer inspanning dan de reguliere zorg.

Het percentage niet-westerse allochtonen³ in de provincie Groningen is de helft van de landelijke cijfers. In de gemeente Delfzijl wonen in vergelijking met de rest van de provincie relatief veel niet-westerse allochtonen (maar minder dan landelijk gezien).

3.3 Sociaal economische status

De sociaal-economische status (SES) van mensen wordt bepaald door hun positie in de maatschappij. Verschillen in SES zijn van invloed op de gezondheid. Groepen met een lage SES leven t.o.v. die met een hoge SES minder gezond (meer risicogedrag), voelen zich zieker, hebben meer functiestoornissen, meer chronische ziektes en een slechtere kwaliteit van leven en daardoor ook een hogere medische consumptie. In gezondheidsonderzoek wordt de SES veelal bepaald aan de hand van het opleidingsniveau van de ondervraagde personen.

De bevolking van Noord-Oost Groningen wordt gekenmerkt door een lage SES in alle leeftijdsgroepen. Het gemiddelde opleidingsniveau van de bevolking is namelijk lager dan provinciaal en landelijk. Verder is er meer werkloosheid, zijn er meer WAO-ers vergeleken met landelijke gegevens (echter conform provinciaal gemiddelde) en is het besteedbaar inkomen lager dan het landelijk gemiddelde.

3.4 Gezondheidstoestand

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

De gemiddelde levensverwachting in de regio Noord-Oost Groningen is conform het landelijk gemiddelde en het voor leeftijd gecorrigeerde sterftcijfer is voor mannen vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde en voor vrouwen iets lager. De bruto sterfte valt veel hoger uit, doordat de bevolking hier verder is vergrijsd dan landelijk.

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

³ niet-westerse allochtonen hebben hun herkomst in Turkije, Afrika, Azië (m.u.v. Nederlands Indië, Indonesië en Japan die om sociaal-economische redenen niet tot allochtonen gerekend worden) en Latijns-Amerika.

Van de bevolking in Noord-Oost Groningen zegt 79% over een goede tot uitstekende gezondheid te beschikken. Dit percentage is iets lager dan in de provincie Groningen (82%) en wordt zowel door leeftijd als SES verklaard. Het percentage personen met doorgemaakte ziekte wisselt per geslacht: uit de GGD Gezondheidsenquête blijkt dat 64% van de mannen en 73% van de vrouwen in Noord-Oost Groningen het afgelopen jaar één of meer ziekten of aandoeningen gehad. Verder heeft 36% van de respondenten in Noord-Oost Groningen de afgelopen maand last gehad van één of meer psychische klachten ten opzichte van 38% onder de totale Groninger bevolking.

Wat functiestoornissen betreft, blijkt dat een kwart van de ondervraagden in de leeftijdscategorie 20-34 jaar moeite heeft met zeer inspannende activiteiten en dat 13% van deze respondenten buigen, tillen en bukken moeilijk afaakt tegenover 8% in de provincie. Verder blijkt dat 75-plussers in Noord-Oost Groningen minder vaak moeite hebben met een blokje om lopen dan de Groninger bevolking.

3.5 Gezondheidszorg

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

In Noord-Oost Groningen is de medische consumptie verhoudingsgewijs hoog, maar het aantal ziektes en aandoeningen in de bevolking is vergelijkbaar met het provinciale gemiddelde. In Appingedam en Delfzijl is men over het algemeen tevreden over de dienstverlening van de hulpverleners, behalve over de wachttijden bij spreekuren in het ziekenhuis en bij de thuiszorg. In de provincie Groningen hebben gemiddeld 3 per 1000 inwoners contact met de verslavingszorg, onder wie relatief weinig inwoners van Noord-Oost Groningen. In de provincie Groningen staan, in vergelijking met het Nederlandse gemiddelde, relatief veel harddrug verslaafden in contact met de hulpverlening. De meeste harddrug cliënten wonen in de gemeente Groningen. Verhoudingsgewijs komen echter veel harddrug en ook alcohol cliënten uit de gemeenten Appingedam en Delfzijl.

3.6 Leefwijze

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

In Delfzijl en Appingedam wordt vaak en veel gerookt door personen van 20 jaar en ouder en het percentage alcoholgebruikers binnen deze groep is iets hoger dan provinciaal. Bij 8% van de alcoholgebruikers is sprake van (zeer) excessief alcoholgebruik, wat overeenkomt met het provinciale gemiddelde. Meer dan de helft van bovengenoemde leeftijdsgroep heeft overgewicht (bij jeugdigen 15%) en er wordt niet conform de landelijke Richtlijn Gezonde Voeding gegeten; er is meer aandacht nodig voor het eten van voldoende groente, vis en fruit. Bewegingsarmoede komt iets minder voor dan in de provincie Groningen.

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

3.7 Maatschappelijk milieu

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

Van de bevolking in de regio Noord-Oost Groningen heeft 72% vaak contact met de burens, terwijl het provinciale percentage 66% is. Frequent contact met vrienden/ familie komt overeen met provinciale cijfers. 64% is lid van één of meer maatschappelijke verenigingen, wat hoger is dan het provinciale percentage (58%).

Van de bevolking in de regio Noord-Oost heeft een kwart last van eenzaamheid vergeleken met 27% in de provincie Groningen. Vergeleken met de provincie zijn er zijn weinig eenzame ouderen.

Net als in de provincie verleent ongeveer vier vijfde van de bevolking in de regio Noord-Oost één of andere vorm van mantelzorg. Van de ouderen (veelal alleenstaand) in deze regio die behoefte hebben

aan mantelzorg ontvangt 8% die niet, terwijl de bereidheid om desgevraagd kosteloos anderen te helpen er bij twee vijfde van de bevolking wel is: vraag en aanbod bereiken elkaar niet in dit geval. Daarnaast is de kennis van voorzieningen onder ouderen slecht.

3.8 Fysiek milieu

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

De meerderheid van de bevolking in Noord-Oost Groningen voelt zich veilig in de eigen woonomgeving en de waardering voor woonbuurt en woonhuis is conform provinciale gemiddelde. Ontevreden is men over katten- en hondenpoep en stankhinder door de industrie: meer dan de helft van de bevolking heeft er hinder van. Hoewel de stankoverlast vooral incidenteel optreedt wordt de ernst van de stank door 40% van de bevolking als 'matig tot ernstig' omschreven.

Inwoners van Delfzijl en Appingedam zouden graag zien dat de gemeente de volgende problemen met voorrang aanpakt (in volgorde van belangrijkheid): verkeersoverlast en parkeerproblemen, uitwerpselen huisdieren, onderhoud groenvoorzieningen, rommel op straat en rondhangende jongeren.

HOOFDSTUK 4 REGIONALE EN LOKALE KADERS

4.1 Huidig regionaal beleid in Noord-Groningen

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

4.1.1 Lokaal sociaal beleid, sociale structuurschets en gebiedsgerichte aanpak

Het lokaal gezondheidsbeleid heeft vele raakvlakken met lokaal sociaal beleid, hetgeen gezien kan worden als paraplu boven het gezondheidsbeleid. Lokaal sociaal beleid stelt doelstellingen op het gebied van sociale structuur en voorzieningen. Deze vorm van beleid wordt ontwikkeld door de provincie en de gemeenten. In opdracht van deze partijen heeft het Provinciaal Ontwikkelingsinstituut voor Zorg en Welzijn (POZW) met een rapport⁴ de basis gelegd voor een beschrijving van de sociale structuur van de regio Noord Groningen. Naast cijfers over demografie, werkloosheid en voorzieningen, geeft dit rapport aan op welke punten in de regio beleid nodig is om de sociale structuur te versterken. Vier thema's zijn benoemd als beleidsprioriteit:

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

Binnen het programma wordt een gerichte aanpak voor het gebied Noord-Groningen voorgesteld. Bij besluit van 10 oktober 2002 heeft uw gemeenteraad voor de periode t/m 2004 voor dit programma € 50.000,- beschikbaar gesteld.

4.1.3 Convenant Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz)

Alle 25 Groningse gemeenten hebben een convenant ondertekend, waarin zij zichzelf verplichten een lokaal OGGz-beleid te formuleren en een samenwerkingsverband te vormen met 'partijen' die een rol kunnen spelen bij de aanpak van OGGz-problematiek⁵. Belangrijke partijen zijn onder meer de GGz, het algemeen maatschappelijk werk, de verslavingszorg, de GGD, de politie en woningcorporaties. De OGGz is gericht op zogeheten zorgmijders. Het gaat daarbij om sociaal kwetsbare mensen. Hun problemen komen naar buiten, omdat zij zich openlijk onaanangepast gedragen en hun omgeving overlast bezorgen. Maar er kan ook sprake zijn van stille problematiek, die (vrijwel) alleen achter de voordeur zichtbaar is. Er is meestal sprake van een combinatie van problemen. Daarom is samenwerking van hulpverleners en andere instanties voorwaarde voor een zinvolle aanpak. Samenwerking bevordert bovendien vroegtijdige signalering. Als die vervolgens leidt tot snelle interventie, wordt de schade voor betrokkene en zijn omgeving beperkt. Er behoeft dan minder vaak te worden gegrepen naar vergaande maatregelen als huisuitzetting of opname in een voorziening. De gemeenten in Noord-Groningen hebben hun handtekening onder het OGGz-convenant onderstreept door dit beleidsthema ook aan de orde te stellen in het kader van de gebiedsgerichte prioriteiten⁶. Hiermee wordt aangegeven dat er bij OGGz niet alleen sprake is van mensen met problemen, maar ook van een samenleving die daarvan hinder ondervindt of ermee begaan is. Voor die samenleving – dat wil zeggen de inwoners - is het belangrijk dat zij overlast, vervuiling en (huiselijk) geweld ergens kan melden en dat vervolgens effectieve actie wordt ondernomen. Door het bieden van een mogelijkheid om signalen te melden maken gemeenten gebruik van de betrokkenheid van hun burgers om te voorkomen dat OGGz-problematiek verder uit de hand loopt. Uit onderzoek dat in opdracht van de gemeenten en de provincie is uitgevoerd blijkt dat zeker inwoners die als noaber of vrijwilliger in aanraking komen met kwetsbare inwoners behoefte hebben aan een punt waar ze hun signalen kunnen afgeven⁷.

Een goed functionerende OGGz draagt bij aan doelstellingen die gemeenten op andere beleidsterreinen nastreven. Andersom kunnen initiatieven op andere beleidsterreinen OGGz-problematiek voorkomen of helpen oplossen. In het kader van openbare orde, welzijn en

⁴ CMO, voorheen POZW (2001) "Kengetallen voor Lokaal Sociaal Beleid Noord Groningen 2001"

⁵ *Convenant voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg in de provincie Groningen*, oktober 2001

⁶ NI. in het onderdeel 'participatie risicogroepen'. (Zie ook 4.1.1.).

⁷ *Vergroting van sociale participatie van risicogroepen – inventarisatie van activiteiten in Noord-Groningen*, Bureau Berghuis, Zuidwolde/Groningen, juli 2002. In dit rapport wordt ondermeer geconcludeerd dat maatschappelijke organisaties meer problemen op het gebied van sociaal isolement aantreffen dan de gemeenten (p. 32).

volksgezondheid is het wenselijk dat overlast, vervuiling en (huiselijk) geweld in een zo vroeg mogelijk stadium worden gesignaleerd en aangepakt. Voorkoming van sociaal isolement en bevordering van participatie zijn doelstellingen van lokaal sociaal beleid en sociale activering. Daarmee wordt in preventieve zin bijgedragen aan OGGz.

4.2 Gemeentelijke kaders en uitgangspunten

4.2.1 Coalitieakkoord Delfzijl 2003 - 2006

In het coalitieakkoord van de gemeente Delfzijl wordt het aspect gezondheid niet expliciet genoemd. Wel wordt met betrekking tot de financiële stand van zaken het uitgangspunt geformuleerd dat er voldoende ruimte voor nieuw beleid moet zijn zeker ook waar dit wettelijk verplicht is en het gaat om dringende behoeften.

4.2.2 Uitgangspunten en doelstellingen van de nota

Uitgangspunten

Uitgaande van de eerder omschreven visie op gezondheid, op lokaal gezondheidsbeleid, de landelijke 'agenda' van de openbare gezondheidszorg en rekening houdend met de beïnvloedingsmogelijkheden van gemeenten op het gebied van gezondheid hanteren wij de volgende uitgangspunten voor ons gezondheidsbeleid:

1. Optimale kansen op gezondheid voor iedereen

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

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

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

2. Verkleinen van gezondheidsverschillen

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

3. Regionale aanpak

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

Doelstellingen

Deze nota geeft inzicht in onze visie en die van andere Noord-Groningse gemeenten op collectieve preventie en gezondheidsbeleid. De nota geeft daarnaast ook de visie weer van de gemeenten en de GGD Groningen omtrent de taken en het beleid van de GGD.

De nota schept een samenhangend kader voor al het beleid (bestaand en nieuw) waarbij gezondheidsaspecten en collectieve preventie een rol spelen. De aandachtsgebieden van het gezondheidsbeleid voor de komende jaren worden aangegeven.

Een derde doelstelling is om volksgezondheid als belangrijk element binnen andere beleidsgebieden zoals ruimtelijke ordening, milieu, volkshuisvesting en veiligheid te introduceren. De nota moet duidelijk maken dat gezondheidsaspecten ook binnen deze beleidsgebieden een rol spelen en aandacht verdienen.

De vierde doelstelling is het in kaart brengen van de spreiding, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen in de Noordelijke regio en de afzonderlijke gemeenten.

Als vijfde is de nota een uitnodiging tot samenwerking en afstemming tussen de verschillende belangengroepen op het gebied van de volksgezondheid. Hierbij gaat het zowel om interne afstemming binnen de gemeenten en andere belanghebbenden als om de externe afstemming tussen de gemeenten en andere belanghebbenden zoals burgers en hun belangenorganisaties, gezondheids- en welzijnsorganisaties en zorgverzekeraars. Deze nota wil een stimulans zijn om tot onderlinge samenwerking te komen. Op sommige gebieden zal de gemeente de regierol op zich moeten nemen.

5. KNELPUNTEN EN KANSEN IN NOORD-GRONINGEN, DELFZIJL

In dit hoofdstuk gaat het om de knelpunten en kansen die zijn af te leiden uit de beschrijving van de (regionale) ontwikkelingen en trends op het terrein van gezondheidsbeleid in hoofdstuk 2 of die voortvloeien uit de beschrijving van de gezondheidssituatie in Noord-Groningen in hoofdstuk 3.

5.1 Gezamenlijke knelpunten

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

Gezonde dorpen/wijken

- I. Door het stijgend aantal ouderen neemt de druk op voorzieningen in de sfeer van zorg, wonen en welzijn voor deze groep toe
- II. Ouderen zijn niet altijd voldoende geïnformeerd over de voorzieningen die er voor hen zijn met als gevolg dat ze er te weinig gebruik van maken
- III. De opvolging van artsen, fysiotherapeuten, tandartsen etc. is steeds vaker een probleem, met als gevolg dat voorzieningen in de toekomst dreigen te verdwijnen

Versterking gezond gedrag

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

Kwetsbare groepen

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

5.2 Gemeentespecifieke knelpunten: Delfzijl

De hieronder genoemde knelpunten zijn als gemeentespecifiek aangemerkt, maar vallen soms wel (deels) samen met bovenstaande gezamenlijke knelpunten. In bepaalde gevallen wordt ook al een oplossingsrichting aangegeven.

- De bevolking van Noord-Oost Groningen, inclusief Delfzijl, heeft een relatief lage SES. Deze mensen brengen gemiddeld twaalf jaren minder in goede gezondheid door en hun levensverwachting is vier jaar korter ten opzichte van mensen uit de hoge sociaal-economische groepen
- Gezond gedrag: uit de lokale gegevens van de GGD in 2002 is naar voren gekomen dat de inwoners van Delfzijl te maken hebben met onder andere de volgende problemen:
 - vaak en veel roken
 - verslaving (verhoudingsgewijs veel in Appingedam en Delfzijl)
 - overgewicht (meer dan de helft van de bevolking van 20 jaar en ouder in de regio (bij jeugdigen 15%)

Er wordt vaak en veel gerookt door personen van 20 jaar en ouder. Het rookgedrag van jongeren en rokers op middelbare leeftijd is zorgwekkend. Uit het gezondheidsonderzoek blijkt dat meisjes in het roken de jongens ruimschoots voorbij zijn gegaan, terwijl ook het gemiddelde aantal sigaretten hoger ligt dan in 1996. Ook wordt in de landelijke enquête van het CBS aangegeven dat het gemiddelde rookgedrag van de Groningse jeugd hoger ligt dan over heel Nederland. (I)VBO en MAVO leerlingen roken en drinken meer dan leerlingen van HAVO en VWO. Het opleidingsniveau lijkt roken en alcoholgebruik ongunstig te beïnvloeden.

Op basis van bevolkingsonderzoek en cijfers over bewegingsarmoede valt te constateren dat schoolverlaters van 20 jaar en ouder, onvoldoende bewegen. Het lichaamsgewicht is bij personen 45-64 jaar aan de hoge kant en de helft van de bevolking beweegt te weinig.

- **Huisartsenzorg:** de opvolging van huisartsen (en tandartsen) in Delfzijl, Appingedam en omliggende gemeenten is een groeiend probleem. Onderzoek heeft uitgewezen dat binnen 10 jaar bijna 50% van de huidige huisartsen in het Eemsmondgebied de praktijk zal hebben beëindigd. Twee jaar geleden hebben 2 huisartsen in Delfzijl hun praktijkvoering gestaakt. Pogingen om opvolgers te vinden zijn tot op heden mislukt. Noodgedwongen zijn de patiënten van deze praktijken verdeeld over de andere praktijken. Drie huisartsen zullen binnen 3 jaar uit de gemeente vertrekken. Enkele consequenties zijn: verdere groei binnen een aantal praktijken is onmogelijk; vrije artskeuze is niet meer mogelijk (vol is vol) en een toename van de werkdruk met verhoogde kans op vervroegde pensionering of burn-out. Bij een volgende praktijkbeëindiging van één van de zittende huisartsen, kunnen patiënten niet meer verdeeld worden over de resterende huisartsen. Deze patiënten hebben dan geen huisarts meer.
- **Milieu:** in november 2002 werd door de GGD Groningen een lokaal gezondheidsprofiel van de regio Noord-Oost Groningen (=gemeente Appingedam en gemeente Delfzijl) samengesteld. Dit rapport wordt o.a. gebruikt bij het maken van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Op verzoek van de gemeente Delfzijl heeft de GGD Groningen een aanvullende, meer gedetailleerde analyse uitgevoerd op het gegevensbestand van de gezondheidsenquête 2002. Daaruit blijkt dat met name in de kern Delfzijl en Farmsum stankhinder beduidend vaker voorkomt dan elders in de provincie Groningen. Bij diegenen die stankoverlast ervaren is de mate van hinder in 40% van de gevallen matig tot ernstig en dat is twee keer zo hoog dan elders in de provincie.
- **Zorgmijders:** Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz): Er is gebrek aan inzicht in kwetsbare groepen en mede daardoor zijn ze vaak moeilijk te bereiken. In Delfzijl gaat het met name om de zogenaamde 'multi-problem' gevallen, waarbij een combinatie van problemen op verschillende levensgebieden tegelijk speelt. Te denken valt aan: verslaving en schulden, dreigende uithuiszetting (dakloosheid), psychosen/stemmingsstoornissen, dreigende zelfverwaarlozing, ernstig sociaal isolement, de onmogelijkheid om adequaat hulp te kunnen vragen, agressief optredend of agressie oproepend gedrag. Kortom: vaak ingrijpend ook in de levenssfeer van buurtgenoten.
- **Jeugdzorg:** de verdere ontwikkeling van de gemeentelijke taak op het terrein van de OGGz. Daarbij worden relaties gelegd met andere initiatieven die gericht zijn op signalering zoals wijkplatforms, het meldpunt herstructurering, de buurtnetwerken jeugdhulpverlening (Tuikwerd en Farmsum) de preventie-units in het voortgezet onderwijs (Dollard College, Fivelcollege, Noorderpoortcollege en het Ommelandercollege) en de zorgstructuur rondom het basisonderwijs en de peuterspeelzalen In Delfzijl-Noord. Het doel van deze laatste genoemde zorgstructuur is gericht op het versterken van de lokale samenwerking, vroegtijdige signalering en het snel en effectief opzetten van een hulpverleningsaanbod. Deze aspecten zijn nog onvoldoende ontwikkeld.
- **Ouderen:** de toenemende afhankelijkheid van ouderen van zorgvoorzieningen uit zich ook in de vraag naar zorgvoorzieningen, zowel intramuraal als ambulant.

5.3 Kansen

De onderstaande ontwikkelingen en trends op het gebied van gezondheidsbeleid bieden gemeenten eer mogelijkheden en geven instrumenten in handen om beleid te maken:

1. De wettelijke verplichting om te komen tot een gemeentelijke gezondheidsnota biedt de kans om meer integraal beleid te voeren.
2. Met de wetwijziging van de WCPV zijn de basistaken voor de gemeenten duidelijker vastgelegd en krijgen gemeenten de regiefunctie voor de gehele jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen.
3. In het kader van de sociale structuurschets wordt een gebiedsgerichte aanpak voor Noord-Groningen uitgevoerd.

6. SPEERPUNTEN VAN BELEID, BELEIDSDOELSTELLINGEN EN (MOGELIJKE) OPLOSSINGEN

Op grond van de hiervoor geschetste situatie en ontwikkelingen hebben de gemeenten een aantal gezamenlijke speerpunten geformuleerd waaraan wij de komende vier jaar willen werken. Zowel om inhoudelijke redenen als om redenen van efficiency is bij de uitwerking samenwerking met andere gemeenten, indien aan de orde, gewenst. Onder de speerpunten kunnen ook zaken genoemd worden die alleen betrekking hebben op Delfzijl. Aandachtspunten voor de gemeente Delfzijl bij de nota lokaal gezondheidsbeleid zijn:

6.1 Speerpunt 1: Zorgdragen voor een gezond Delfzijl

De gezondheid van mensen is positief te beïnvloeden door een gezonde fysieke en sociale omgeving (woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie, veiligheid etc.), waarin de nodige medische voorzieningen (huisarts, tandarts, fysiotherapeut etc.) binnen bereik zijn. Uitwerking door:

- **Huisartsenzorg**
Het werken aan mogelijkheden om ook op langere termijn in de gemeente Delfzijl de huisarts- en tandartszorg te garanderen. Daarbij zal het zogenaamde HOED-model (huisartsen onder één dak) als streefmodel gelden.
- **Milieu**
Het voeren van een actief milieubeleid om eventuele schadelijke gezondheidseffecten vanuit de zware industrie te voorkomen.
- **Ouder en kindzorg**
Het handhaven van een goed bereikbare en laagdrempelige locatie voor 0-4-jarigen zorg (consultatiebureaus) in Delfzijl en Bierum.

6.2 Speerpunt 2: Versterken van gezond gedrag

Gezond gedrag van de burger is onder meer te behalen door het:

- Versterken en uitbreiden van preventie- en gerichte voorlichtingsprogramma's. Met name voor de schoolgaande jeugd in samenwerking met het onderwijs (aandacht voor o.a. roken, alcoholgebruik en drugs) en door aandacht voor leefstijlfactoren van (allochtone) burgers aan de hand van thema's: opvoeding, lichaamsbeweging, verslaving, voeding en roken.
- Voortzetting van het huidige (soft)drugsbeleid. In Delfzijl dient slechts plaats te zijn voor één coffeeshop (maximumstelsel). Eén coffeeshop om vermenging van verkrijgbaarheid van soft- en harddrugs te voorkomen (marktscheiding).

6.3 Speerpunt 3: Speciale aandacht voor kwetsbare groepen

Door bepaalde groepen van de samenleving die het om de één of andere reden niet op eigen houtje redden de helpende hand te bieden, kunnen ook zij gezond leven. Dit kan door:

- **Zorgmijders**
De verdere ontwikkeling van de gemeentelijke taak op het terrein van OGGz (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) door het opzetten van een signaleringssysteem (OGGz meldpunt). Daarbij worden relaties aangebracht met andere initiatieven die zijn gericht op signalering, zoals de wijkplatforms, het meldpunt herstructurering en het bureau jeugdhulpverlening.
- **Jeugdzorg**
Het versterken van de (lokale) jeugdzorgstructuur. Hierbij zijn het intensiveren van de samenwerking en het vergroten van de laagdrempeligheid belangrijke uitgangspunten.
- **Ouderen**
De combinatie van wonen, zorg en welzijn (woonzorgzônes) onder andere in relatie tot de bekende zorgcentra in de gemeente. Geïntegreerd wonen in een omgeving, met haal- en brengdiensten op loopafstand middels een wijkservicecentrum. Tevens dienen bij de bouw van nieuwe woningen, kleine clusters beschikbaar te komen voor het toenemend aantal allochtone ouderen, zo mogelijk dicht bij hun kinderen.

7. UITVOERINGSPROGRAMMA

In hoofdstuk 6 zijn een aantal speerpunten geformuleerd. Deze speerpunten zijn uitgewerkt in de volgende uitvoeringprogramma's voor de periode 2003-2007.

Speerpunt 1: Zorgdragen voor gezonde dorpen en wijken

Speerpunt 6.1.1.	Werken aan mogelijkheden om de huisartsenzorg op langere termijn te kunnen garanderen
Doelstelling	Goede en aantrekkelijke voorzieningenstructuur voor de eerstelijnsgezondheidszorg, met name voor de huisartsen. Het zogenaamde H.O.E.D-model (huisartsen-onder-een- dak) dient daarbij als streefmodel.
Doelgroep en leeftijd	Alle inwoners van Delfzijl
Inhoud activiteit	Organiseren van bijeenkomsten, faciliteren en ondersteunen ontwikkelingsproces. Mogelijk afgeven van vergunningen.
Organisatie	Gemeente Delfzijl, gemeentelijke regie
Uitvoering door: Eindverantwoordelijke:	Zie: samenwerkende partners
Benodigde tijd	2003 -2007
Benodigde financiën	Ondersteuning initiatief gemeente uit reguliere inzet
Specifiek	N.v.t.
Meetbaar	N.v.t.
Acceptabel	Huisartsen en andere partners hebben ook zelf initiatieven genomen om tot een vorm van H.O.E.D-voorziening te komen o.m. de opvolging van huisartsen te waarborgen
Realistisch	Mede afhankelijk van het ontwikkelingsproces en onderlinge samenwerking van de deelnemende partners.
Termijn	2003-2007
Samenwerkende partners	Huisartsen van de gemeente Delfzijl, Delfzicht Ziekenhuis, Woongroep Acanthus, Districts Huisartsen Vereniging Groningen (E-team), de Ontwikkelingsmaatschappij Delfzijl (OMD), Geové zorgverzekeraar en de gemeente Delfzijl
Evaluatie	Rapportage aan de raad eens per jaar, stand van zaken / voortgang
Opmerkingen	Besluitvorming ligt bij samenwerkende partners
Beleidskader	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)
Rol gemeente	Initiatiefnemer, procesondersteun, faciliteren

Speerpunt 6.1.2.	Milieu
Doelstelling	Voorkomen van eventuele schadelijke gezondheidseffecten vanuit de zware industrie.
Doelgroep en leeftijd	Bevolking van Delfzijl en regio.
Inhoud activiteit	Handhaving milieuregels. Plan van aanpak adequate uitvoering en handhaving VROM-regelgeving, inclusief veiligheid
Organisatie	Provincie en gemeenten /GGD
Uitvoering door: Eindverantwoordelijke:	Gemeenten, afdeling VROM (per 1 januari 2004) Provincie en gemeenten
Benodigde tijd	Doorlopend
Benodigde financiën	Reguliere inzet gemeenten en provincie (ISV)
Meetbaar	Aantal handavingsbezoeken per inrichting per categorie aan de hand van kengetallen VROM. Meting stofgehalten, op locaties in Delfzijl en Appingedam, in opdracht van de provincie door TNO naar de uitstoot van de zware industrie. In oktober 2004 zijn de resultaten bekend.
Termijn	2003 en volgende jaren
Samenwerkende partners	Provincie en gemeenten (in het bijzonder Delfzijl en Appingedam), Regioraad Noord-Groningen en bedrijven
Evaluatie	Via het jaarlijks milieueverslag
Beleidskader	Nationale Milieubeleidsplan 4, Milieubeleidsplan 2001 -2004

Speerpunt 6.1.3.	Ouder en kindzorg
Doelstelling	Handhaving van goed bereikbare en laagdrempelige locatie voor 0-4 jarigen zorg in Delfzijl en Bierum.
Doelgroep en leeftijd	0 – 4 jarigen
Inhoud activiteit	Huisvesting van tenminste een centraal consultatiebureau (locatie Julianalaan) in Delfzijl en een consultatiebureau (locatie Luinburg) in Bierum.
Organisatie	Gemeente Delfzijl (regie 0 -19 jarigen), GGD, Thuiszorg Groningen
Uitvoering door: Eindverantwoordelijke:	GGD, Thuiszorg Groningen Gemeente Delfzijl (regievoering 0 -19 jarigen),
Benodigde tijd	Doorlopend
Benodigde financiën	Middels door het Rijk, i.c. het ministerie van VWS, afgegeven subsidiebudgetten (de zogenaamde RSU + TRV gelden)
Termijn	2003 en volgende jaren
Samenwerkende partners	Gemeente Delfzijl (regie 0 -19 jarigen / integrale JGZ), GGD (beleidsuitvoering), Thuiszorg Groningen (uitvoering)
Beleidskader	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, Basistakenpakket JGZ
Rol gemeente	Regievoering 0 – 19 jarigen

6.2 Speerpunt 2: Versterken van gezond gedrag

Speerpunt 6.2.1.	Voorlichting over roken, alcoholgebruik en drugs. Aandacht voor leefstijlfactoren van (allochtone) burgers
Doelstelling	Jeugd en volwassenen informeren over gezonde levenswijze
Doelgroep en leeftijd	Schoolgaande jeugd (basisschool, voortgezet onderwijs), volwassenen (allochtone) burgers
Inhoud activiteit	Voorlichtingsprojecten
Organisatie	Jaarlijks terugkerende voorlichtingsactiviteit
Uitvoering door: Eindverantwoordelijke:	Scholen, GGD, AVG en School Maatschappelijk Werk
Benodigde tijd	1 week per jaar
Benodigde financiën	p.m.
Termijn	2003 – 2007
Samenwerkende partners	Scholen, gemeente, GGD en AVG
Evaluatie	Jaarlijks evaluatie met scholen, GGD, AVG en gemeente
Beleidskader	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, Gemeentelijk Gezondheidsbeleid 2003-2007, Integraal Jeugdbeleid
Rol gemeente	Regievoering

Speerpunt 6.2.1.	Continuering gemeentelijk (soft)drugsbeleid
Doelstelling	Gedoogvergunning voor slechts één coffeeshop
Doelgroep en leeftijd	Gebruikers en potentiële gebruikers van softdrugs
Inhoud activiteit	Controle op naleving van de AHOJG criteria. Zie blz. 31
Organisatie	Gemeente Delfzijl
Uitvoering door: Eindverantwoordelijke:	Burgemeester, Politie, Officier van Justitie. Gemeente Delfzijl (bestuursrechtelijk), Openbaar Ministerie (strafrechtelijk)
Benodigde tijd	Doorlopend
Benodigde financiën	p.m.
Termijn	2003 – 2007
Samenwerkende partners	Scholen, gemeente, GGD en AVG (preventie en hulpverlening) en Politie, Burgemeester en Officier van Justitie (handhaving)
Evaluatie	Evaluatie vanaf 1 juni 2004
Beleidskader	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, Opiumwet, Gemeentelijk Gezondheidsbeleid 2003-2007.
Rol gemeente	Handhaving (APV: Algemene Plaatselijke Verordening)

6.3. Speerpunt 3: Speciale aandacht voor kwetsbare groepen

Speerpunt 6.3.1.	Zorgmijders: openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz)
Doelstelling	Betere signalering en afstemming van hulpverlening aan kwetsbare groepen
Doelgroep en leeftijd	Het mijden van zorg uit zich in: dak-en thuisloosheid, overlast, verslaving, mishandeling, langdurige uitkeringsproblematiek, ontspoord gedrag, geestelijke en psychiatrische problematiek, multi-probleemgezinnen enz..
Inhoud activiteit	Professionalisering van de OGGz (incl. meldpunt), aanstellen van een zorgcoördinator (casemanager).
Organisatie	Twee keer per maand uitvoeringsoverleg OGGz, per kwartaal bijeenkomst kern/beleidsgroep OGGz (bestuurlijk)
Uitvoering door: Eindverantwoordelijke:	Gemeente (regierol) en samenwerkende partners
Benodigde tijd	Doorlopend.
Benodigde financiën	Nieuw beleid (zorgcoördinator) € 15.000,- Uitbouw beleid in kader van gebiedsprogramma provincie/gemeenten Noord-Groningen
Meetbaar	Registratie en managementrapportage jaarlijks naar Gemeente
Termijn	2003 – 2007
Samenwerkende partners	Ambulante Verslavingszorg Groningen (AVG), Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GGD), Stichting Welzijn Delfzijl, Maatschappelijk Werk (SWD), Beide woningstichtingen, Stichting Termunter Woningbouw (SGBA) en Acantus Woongroep, Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling (CMO), Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Groningen (GGz Delfzijl), Thuiszorg Groningen, Regiopolitie Groningen: basiseenheid Delfzijl, Gemeente Delfzijl: de afdelingen Welzijn en Onderwijs, Burgerzaken en Economische en Sociale Zaken. de Ontwikkelings Maatschappij Delfzijl (OMD), Provincie Groningen
Beleidskader	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, Provinciaal Convenant OGGz (2001), Convenant OGGz Delfzijl (2003), Gemeentelijk Gezondheidsbeleid 2003 -2007, Nieuw Beleid
Rol gemeente	Regievoering, stimulerend

Speerpunt 6.3.2.	Investeren in risicokinderen door middel van een sluitende aanpak 0 - 23 jaar
Doelstelling	Specifieke aandacht voor risico's bij de overgangen: thuissituatie-peuterspeelzaal/kinderopvang, peuterspeelzaal/kinderopvang naar het basisonderwijs, basisonderwijs naar voortgezetonderwijs en de overgang voortgezetonderwijs naar hogere vormen van onderwijs of de arbeidsmarkt.
Doelgroep en leeftijd	0 – 23 jarigen
Inhoud activiteit	Door middel van een samenhangende aanpak en ketenbenadering (regievoering gemeente) waarbij elke organisatie een eigen verantwoordelijkheid heeft voor de ondersteuning en begeleiding van de jeugdigen en hun ouders bij genoemde overgangen.
Organisatie	Zie samenwerkende partners
Uitvoering door: Eindverantwoordelijke:	Basisonderwijs, peuterspeelzalen en kinderopvangvoorzieningen Gemeentelijke regievoering voor 0-23 jarigen, faciliteren
Benodigde tijd	Overeenkomstig plan Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid 2002 – 2006, alsmede uitvoeringsplan Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid 2002 – 2003, 2003 -2004.
Benodigde financiën	Middelen onderwijshuisvesting, kosten projectmanager Brede School, middelen voor de uitwerking in werkgroepen Delfzijl-Noord, Tuikwerd en Farmsum.
Meetbaar	Registratie via onderwijs- en jeugdmonitor (kind, leerlinggegevens, uitval doubleren, leerlinggewicht, achtergrond ouders e.d.)
Acceptabel	Het plan is in het Op Overeenstemming Gericht Overleg (OOGO) van een positief advies voorzien
Samenwerkende partners	Alle onderwijsinstellingen in Delfzijl en de onderwijsinstellingen in Appingedam waar leerlingen uit de gemeente Delfzijl de school bezoeken,

	de afdeling kinder, tiener en jongerenwerk van de SWD, Ouder- en Kind zorg, Jeugdhulpverlening, jeugd GGz, peuterspeelzalen, de locatie kinderopvang aan de Neptunesstraat, de onderwijsbegeleidingsdienst Groningen, de GGD, wijkagent, algemeen maatschappelijk werk, schoolmaatschappelijk werk, leerplicht en de afdelingen welzijn en onderwijs en sociale zaken van de gemeente Delfzijl.
Evaluatie	Op basis van de evaluaties van de scholen en instellingen, jaarlijks, de onderwijs en jeugdmonitor.
Beleidskader	Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid 2002-2006. Integraal Jeugdbeleid.
Rol gemeente	Regievoering 0 -23 jarigen

Speerpunten 6.3.3.	Ontwikkelen Woon-Zorgconcept (Woonzorg zones)
Doelstelling	Geïntegreerd wonen in een omgeving, met haal- en brengdiensten op loopafstand middels een wijkservicecentrum, welke woonomgeving voldoet aan de eisen van het Politiekeurmerk "Veilig wonen" en het certificaat "Veilige woonomgeving". Voor een geïntegreerd woonmilieu is goede bereikbaarheid van de servicecentra, die in een aantal wijken / dorpen worden gerealiseerd, belangrijk. Daarnaast dienen bij de bouw van nieuwe woningen, kleine clusters beschikbaar te komen voor het toenemend aantal allochtone ouderen, zo mogelijk dicht bij hun kinderen.
Doelgroep en leeftijd	Senioren
Inhoud activiteit	1) In maart 2002 is onder regie van de OMD de projectgroep wonen, zorg en welzijn ingesteld. De projectgroep heeft een visie ontwikkeld op Wonen, Zorg en Welzijn in Delfzijl. Uit te werken voor Delfzijl Noord, West / Centrum, Farmsum en eventueel Tuikwerd en met specifieke aandacht voor allochtone ouderen. 2) In het kader van de gebiedsgerichte aanpak wordt momenteel onderzoek uitgevoerd naar de realisatie van een Steuntee in Spijk.
Organisatie	Acantus Woongroep, Zorggroep Fivellanden, Stichting De Hoven, Thuiszorg Groningen, Gemeente Delfzijl, Serviceflat Hoogwatum, Stichting Welzijn Ouderen Delfzijl, Ontwikkelings Maatschappij Delfzijl (OMD) en het Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling (CMO).
Uitvoering door: Eindverantwoordelijke:	Zie organisatie
Benodigde tijd	1 - 2 jaar
Benodigde financiën	Zijn grotendeels, maar nog niet volledig bekend. Er zijn meer financieringsstromen die op elkaar dienen te worden afgestemd.
Acceptabel	Wat de woonzorg zones betreft zal vanuit de eigen instellingsverantwoordelijkheid worden gewerkt aan een plan van aanpak die zal uitmonden in een netwerk van dienstverlening, waarin (zorgafhankelijke) ouderen zolang mogelijk in hun eigen omgeving zelfstandig kunnen blijven wonen. In het verlengde van deze centrale beleidsdoelstelling is een intentieverklaring ondertekent door de samenwerkende partners. Wat betreft de Steuntee ontwikkelingen werken dorpsorganisaties samen met de gemeente Delfzijl, de Provincie, het CMO en de SWOD aan de ontwikkeling van het servicecentrum.
Termijn	2003 – 2007
Samenwerkende partners	Zie organisatie
Rol gemeente	Participant in overleg

BIJLAGE 1 VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG

Aantal inwoners Delfzijl **28.959**.
Oppervlakte **22.749 ha**.
Openbaar groen **499 ha**.
Aantal woningen (31-03-02) **12.849**

De opvolging en het voortbestaan van medische eerste lijnsvoorzieningen als huisartsen (maar ook tandartsen, fysiotherapeuten etc.) in Delfzijl, Appingedam en omliggende gemeenten is een groeiend probleem. Onderzoek heeft uitgewezen dat binnen 10 jaar bijna 50% van de huidige huisartsen in het Eemsmondgebied de praktijk zal hebben beëindigd. Twee jaar geleden hebben 2 huisartsen in Delfzijl hun praktijkvoering gestaakt. Pogingen om opvolgers te vinden zijn tot op heden mislukt. De patiënten van deze praktijken zijn verdeeld over de andere praktijken. Drie huisartsen zullen binnen 3 jaar uit de gemeente vertrekken.

De gemeente Delfzijl heeft 8 huisartsen en 1 huisartsgroepspraktijk in Delfzijl-Noord, 3 apotheken, 7 tandartsen, 8 fysiotherapeuten / praktijken, 1 logopedische praktijk, 1 Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, 1 psychiater, 1 psychologen collectief, 3 verloskundigen en 1 streekziekenhuis (Delfzicht Ziekenhuis.)

Inwoners van Delfzijl maken gebruik van het Delfzicht Ziekenhuis te Delfzijl en/of ziekenhuizen in de stad Groningen.

De ambulancepost, standplaats Appingedam, heeft overdag de beschikking over 3 auto's en buiten kantooruren over 2 auto's met aanwezigheidsdiensten van 24 uur.

De gemeente Delfzijl telt 4 verzorgingstehuizen, i.c. woonzorgcentra en 1 geriatrisch verpleeghuis.

<u>naam</u>	<u>verzorgingplaatsen</u>	<u>kdo-plaatsen</u>	<u>aanleunwoningen</u>
1. Burg. Van Julsinghatehuis	89	4	88 + 16
2. Zorggroep Fivelland / Betingeheim	55	2	6
3. Zorggroep Fivelland / Menterne	72	2	46
4. Zorggroep Fivelland / Luinaborg	52	2	-
5. Stichting De Hoven / Vliethoven	164	9 dagverz.	-

De gemeente Delfzijl beschikt tevens over 1 serviceflat en 3 woongemeenschappen voor ouderen.

<u>naam</u>	<u>aantal woningen</u>	<u>voorzieningen</u>
6. Serviceflat Hoogwatum	112	keuken, winkel, recreatieruimte, zorg
7. De Inthof	25	recreatieruimte, bibliotheek, werkplaats
8. De Marsburg	24	recreatieruimte
9. Filadelfia	82	recreatieruimte

BIJLAGE 2 OVERZICHT ACTIVITEITEN

Hieronder volgt een opsomming van de activiteiten die in de gemeente Delfzijl worden uitgevoerd op de verschillende beleidsterreinen. Hierbij worden activiteiten genoemd vanuit andere sectoren dan volksgezondheid die -soms onbedoeld -bijdragen aan gezondheid of gezondheidsbeleid.

- **Sport en recreatie**

De gemeente Delfzijl richt zich op sportstimulering middels het **Huis voor de Sport** voor bepaalde doelgroepen. Met name groep 7 en 8 van het basisonderwijs. Om de jongeren aan het sporten te krijgen is in 2002 de *Sportpas* geïntroduceerd, waarbij jongeren kennis kunnen maken met verschillende soorten sporten. Vanaf 2001 doet Delfzijl mee aan het landelijke project **Breedtesport**. Het project duurt tot 2006 en heeft als doel: jongeren stimuleren om meer te sporten. Tevens zal in de provincie Groningen in de loop van 2003 pilots worden opgestart in het kader van het **Groninger Sport Model (GSM)**. Dit is eveneens een initiatief van het Huis voor de Sport Groningen en richt zich niet alleen op de basisschooljeugd, maar ook op 50+-ers, chronisch zieken, allochtonen, buurten en / of kleine dorpen. De gemeente Delfzijl ondersteunt het initiatief van de pilots. Voor de ouderen (55+) binnen de gemeente Delfzijl is het **Galmproject** (Groninger Actief LeefModel) uitgevoerd. De belangstelling bleef echter beperkt. Tevens worden veel activiteiten ondersteund door de provincie (CMO) in het kader van **Meer Bewegen Voor Ouderen**.

- **Lokaal sociaal beleid / welzijn**

Gezondheid is één van de assen van lokaal sociaal beleid. Wij willen een gezonde buurt. In de *Monitor 2003 lokaal sociaal beleid* van de gemeente Delfzijl, uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS, is ook onderzoek gedaan naar hoe de inwoners van Delfzijl hun gezondheid beoordelen.

Algemeen oordeel over de gezondheid:

Ruim tweederde van de inwoners van de gemeente Delfzijl beoordeelt zijn of haar gezondheid als 'goed' of 'zeer goed'. Nog geen twee procent vindt zijn of haar gezondheid 'slecht'.

De gezondheidsbeleving van de inwoners van Delfzijl is hiermee minder gunstig dan gemiddeld in Nederland en de provincie. In een landelijk onderzoek vond 4 van de 5 mensen zijn of haar gezondheid 'goed' of 'zeer goed'.

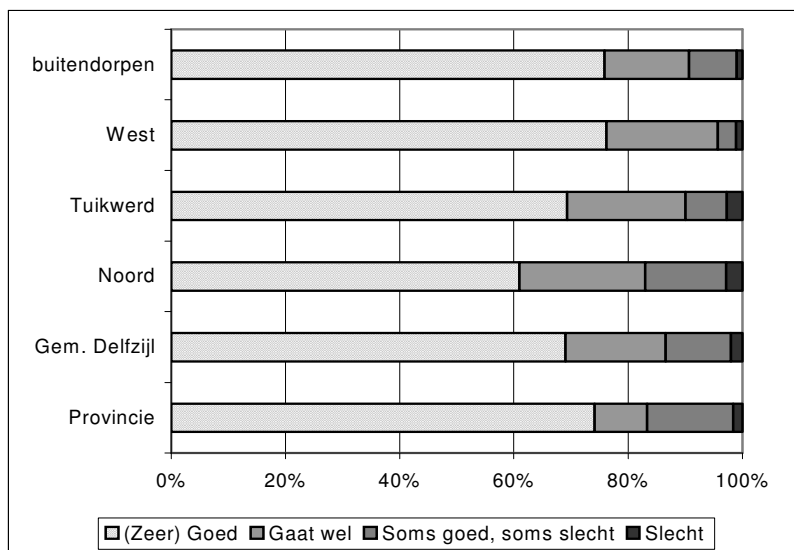
In Noord wordt duidelijk een slechtere gezondheid gerapporteerd dan in de andere wijken en de gemeente als geheel. In West en de buitendorpen wordt vaker een goede gezondheid gerapporteerd dan in de andere wijken.

tabel 1 Gezondheidsbeleving

	Gezondheid			
	% (Zeer) Goed	% Soms goed, soms slecht	% Gaat wel	% Slecht
Referentie ¹	80,4			
Referentie ²	74,1	9,2	15,1	1,6
Gem. Delfzijl	69	11,4	17,6	2
Noord	61	14,2	22	2,8
Tuikwerd	69,3	7,3	20,7	2,7
West	76,2	3,2	19,5	1,1
buitendorpen	75,9	8,4	14,8	1

¹ Bron: CBS, POLS 2000

² Bron: Gezondheidsenquête GGD provincie Groningen, 1998



Gezondheid: contact met huisarts en belemmeringen

Bijna 40% van de inwoners van de gemeente Delfzijl heeft in de twee weken voorafgaand aan de enquête contact gehad met de huisarts. De wijk Noord springt er uit met een zeer hoog percentage van 46%. In de andere wijken heeft ongeveer 1 op de 3 inwoners contact gehad met de huisarts.

In tabel 2 staat tevens aangegeven hoeveel mensen zich beperkt voelen bij dagelijkse bezigheden. Ten aanzien van alle situaties scoort Noord het hoogst, het verschil is echter alleen bij de ervaren belemmeringen thuis significant hoger dan in de andere wijken en de gemeente als geheel.

tabel 2 Huisartsbezoek en lichamelijke belemmeringen bij dagelijkse bezigheden

	Huisarts	Belemmeringen				
	% contact in afgelopen 2 weken	% Thuis	% School /werk	% Vrije tijd	% Sport	% Reizen
Referentie						
Gem. Delfzijl	38	16	10	14	17	13
Noord	46	24	15	20	21	19
Tuikwerd	31	13	14	13	20	12
West	33	12	6	11	14	12
buitendorpen	34	9	11	12	15	11

Verzorging en Verpleging

Om voor bekostiging van verzorging of verpleging in een tehuis dan wel via de Thuiszorg in aanmerking te komen, is een indicatiebesluit vereist. Delfzijl is – evenals alle gemeenten in de regio Noord Groningen, alsmede de gemeente Slochteren – aangesloten bij het Regionaal Indicatieorgaan Noord Groningen (RIO, het bestuursorgaan) waarvan het Centrale Meldpunt Zorg (CMZ, het uitvoerend orgaan) gevestigd is in Bedum. In 2002 waren de cijfers voor de gemeente Delfzijl als volgt:

<i>gevraagde voorziening / aantal aanvragen</i>		<i>toegewezen voorziening / aantal besluiten*</i>	
thuiszorg	/ 988	thuiszorg	/ 697
verzorgingshuiszorg	/ 201	verzorgingshuiszorg	/ 139
verpleeghuiszorg	/ 194	verpleeghuiszorg	/ 147
overig **	/ 18	product niet ingevuld	/ 7
niet ingevuld	/ 16	negatief besluit	/ 29
	----- +		----- +
Totaal	1.417	Totaal	1.019

* In een besluit kunnen meerdere producten zijn geïndiceerd, zie ook verder in dit hoofdstuk.

** overig = aanleunwoning, hulpmiddelen, Wet Voorzieningen Gehandicapten

Thuiszorg Groningen

Via Thuiszorg Groningen wordt een groot aantal diensten (producten) voor de inwoners van Delfzijl aangeboden, te weten:

<i>dienst</i>	<i>globale omschrijving</i>
• Alfahulpverlening	Geïndiceerde hulp aan huis. Cliënt is werkgever. Thuiszorg bemiddelt.
• Huishoudelijke verzorging	Ondersteuning bij uitvoering huishoudelijke activiteiten.
• Verzorging	Het uitvoeren van huishoudelijke en lichamelijk verzorgende taken, alsmede het bieden van begeleiding.
• Gespecialiseerde verzorging	(Psychosociale) Begeleiding bieden aan cliënt, die zonder steun niet meer zelfstandig kan functioneren.
• Verpleging	Bieden van medische ondersteuning bij ziekte of handicap.
• Gespecialiseerde verpleging	Het bieden van specifieke verpleegkundige zorg in een complexe zorgbehoefte.
• Uitleen verpleegartikelen	Het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen.
• Advies, instructie en voorlichting	Het bieden van begeleiding en ondersteuning bij het omgaan met chronische ziekte.
• Ergotherapie	Het adviseren en / of behandelen van de cliënt in het gebruik van hulpmiddelen en voorzieningen.
• Particuliere zorg	Zonder indicatie op eigen kosten diensten afnemen.
• Professionele alarmopvolging	In combinatie met Thuisalarmering fungeert Thuiszorg Groningen tegen betaling als contactadres.
• Voorlichting en Preventie	Groepsgerichte voorlichting d.m.v. cursussen en themabijeenkomsten.
• Voedingsvoorlichting en Dieetadvisering	Cliënt beter leren omgaan met klachten.
• Ouder- en Kindzorg	Thuiszorg Groningen is de verantwoordelijke uitvoerende organisatie van – wat voorheen heette – de consultatiebureaus voor de nul tot vierjarigen

Maatschappelijk Werk

De sector maatschappelijke dienstverlening van de Stichting Welzijn Delfzijl (en omstreken) verzorgt voor de gemeente Delfzijl de volgende werkzaamheden, uitgedrukt in uren op jaarbasis, waarvan 70% bestaat uit directe hulpverlening. Gemiddeld waren in 2002, 272 cliënten in behandeling.

<i>werksoort</i>	<i>uren / cliënten</i>	<i>bijzonderheden</i>
Algemeen Maatschappelijk Werk	3494 / 192	dagelijks inloopspreekuur van 9.00 tot 10.00
Bureau Sociale Raadsliden	632 / 43	elke maandag spreekuur van 9.00 tot 10.00
7 * 24 uurs bereikbaarheid	140 / 4	via SOS hulpdienst buiten kantooruren
Schoolmaatschappelijk werk	669 / 29	nadere afstemming met het onderwijsveld
AMW in relatie tot de herstructurering	498 / 4	afgestemd op het lokaal sociaal beleid van de Ontwikkelings Maatschappij Delfzijl
AMW Asielzoekerscentrum Delfzijl	8 cliënten	Via Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers

Nieuwe ontwikkelingen

Regionaal Indicatie Orgaan / centraal meldpunt zorg

Actueel bij de ontwikkeling van het Regionaal Indicatie Orgaan is de reikwijdte van de indicaties die dat orgaan zou kunnen en zou moeten afgeven. Naast de huidige diensten / voorzieningen die via het RIO geïndiceerd moeten worden, wordt ook onderzocht of diensten / voorzieningen ingevolge de Wet Voorzieningen Gehandicapten onder de reikwijdte van het RIO moeten worden gebracht, alsmede de voorzieningen / diensten voor verstandelijk c.q. geestelijk gehandicapten. Het voordeel op de langere termijn is, c.q. kan zijn dat een meer integrale afweging wordt gemaakt van de gevraagde c.q. toe te wijzen zorg door een onafhankelijk orgaan omdat daardoor indicering en besluitvorming worden gescheiden. Nadeel – zeker op de kortere en middellange termijn – is dat de bestaande expertise ingebracht dient te worden in het centraal meldpunt zorg (het uitvoeringsorgaan) wat grote organisatorische en personele gevolgen kan hebben. Dit beleidsproces c.q. deze ontwikkeling staat bekend als het komen tot een Robuuste RIO.

Vrijwillige thuiszorg en mantelzorgondersteuning

In het gebiedsprogramma 'samen werken aan sociale duurzaamheid in Noord Groningen' van mei 2003 is onder het speerpunt "Zorg voor Mantelzorgers" het volgende doel geformuleerd. Het ontwikkelen en realiseren van een ondersteuningsstructuur voor mantelzorgers. Het actieplan 'Versterking vrijwillige thuishulp en mantelzorgondersteuning' wordt uitgevoerd onder de gelijknamige provinciale stuurgroep. Delfzijl werkt samen met de andere gemeente aan de realisatie van de doelstelling. Een eerste inventarisatieronde door het Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling (CMO) heeft inmiddels plaatsgevonden.

• **Sociale Zaken.**

Door de toevoeging van de economische component aan de afdeling Sociale Zaken is het belang van een nauwe en integrale samenwerking tussen beide invalshoeken geaccentueerd. Een actieve benadering van werk, werkgelegenheid en bestrijding van werkloosheid past nadrukkelijk in de opdracht aan gemeenten om – in het kader van de Agenda van de Toekomst – te trachten hun burgers zo weinig of zo kort mogelijk in een uitkeringssituatie te houden.

De missie voor de economische component kent drie speerpunten. In de eerste plaats betreft dat haven en industrie (ontwikkeling als economische kernzone), in de tweede plaats versterken van midden- en kleinbedrijf (als belangrijkste leverancier van werkgelegenheid) en in de derde plaats beleidsmatige afstemming met de buurgemeente Appingedam. Door instemming van de raad met uitbreiding van de formatie voor het economisch beleidsveld kunnen twee beleidsterreinen worden geïntensiveerd: City Marketing en toerisme en recreatie.

Aanvullend daarop voorziet Sociale Zaken burgers die tijdelijk niet zelf in hun inkomen kunnen voorzien van levensonderhoud en bevordert dat zij daartoe weer in staat zijn. Tevens ondersteunt Sociale Zaken burgers op het terrein van inkomen en van voorzieningen waar dat nodig is.

Op een efficiënte en effectieve wijze wil de afdeling bijdragen aan de sociale ontwikkeling van de inwoners van Delfzijl, waarbij het aanbieden van werk, werkgelegenheidsprojecten, scholing en sociale activering centraal staat. Daarbij zoekt de afdeling middels inkoop samenwerking met andere partijen op dit gebied, zoals reïntegratiebedrijven, onderwijs- en welzijnsinstellingen en bedrijven.

De omschreven missie laat zich samenvatten in de beleidsproductgroepen *Werk*, *Inkomen* en *Zorg*. Deze beleidsproductgroepen krijgen vorm en inhoud middels beleidsnotities, verordeningen, projectplannen e.d. die door de Raad of door het College worden vastgesteld. Een overkoepelend beleidsproduct is daarnaast Bestuursondersteuning: rapporteren, verantwoorden, bijdragen aan begroting, budgetrapportages e.d.

Beleidsproductgroep Zorg

Het verstrekken van (financiële) hulp aan die inwoners die, op grond van bijzondere omstandigheden, niet zelf kunnen voorzien in de kosten van noodzakelijke voorzieningen of die niet in staat zijn hun inkomen zelf te beheren.

Tevens wordt in overleg en in afstemming met hulpverlenende instellingen de kortste route voor oplossing van problemen gezocht.

Beleidsproducten:

1. Beleid bijzondere bijstand
 - Met ingang van 1 januari 2003 geldt de door de raad in november 2002 vastgestelde Beleidsplan Bijzondere Bijstand.
2. Het verstrekken van voorzieningen in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten
 - Verordening Wvg (vaststelling door de raad)
 - Verstrekkingenboek Wvg (vaststelling door het College)
3. Het inkomensondersteuningsbeleid (kwijtschelding, Stimuleringsfonds, Regeling Schoolgaande Kinderen, Regeling Duurzame Gebruiksgoederen, Huursubsidie en Vangnetregeling).
 - Evaluatie en herziening Nota Inkomensondersteuning (Stim., RSK en RDG)
4. Het bieden van schuldhulpverlening (middels de Volkskredietbank).

Beheersproducten:

- het innemen en afhandelen van aanvragen Bijzondere Bijstand
 - het innemen en afhandelen van aanvragen ingevolge de Wet Voorzieningen Gehandicapten
 - het innemen en afhandelen van aanvragen Huursubsidie en Vangnetregeling
 - het innemen en afhandelen van aanvragen Stimuleringsfonds, Regeling Schoolgaande Kinderen, Regeling Duurzame Gebruiksgoederen
 - het informeren en assisteren van inwoners bij het invullen van formulieren voor Kwijtschelding Gemeentelijke belastingen
 - Het bieden van 'crisismanagement', dat wil zeggen bij complexe individuele situaties neemt de case-manager de rol op zich zo snel mogelijk en zo effectief mogelijk hulpverlening en voorzieningen voor cliënten te organiseren.
- **Welzijnsbeleid (w.o. jeugdbeleid) & Onderwijs**

Stichting Jeugdzorg Groningen heeft in Appingedam een medisch kleuterdagverblijf (0-5 jaar) met 10 kindplaatsen voor kinderen uit de gemeente Appingedam en Delfzijl. Momenteel wordt onderzocht of een daghulpcentrum voor jongeren van 6 tot 12 jaar voor 8 plaatsen tot de mogelijkheden behoort. Daarnaast is er het bureau "De Linie". Dit is een dependance van de Stichting Jeugdzorg Groningen, in Delfzijl.

Aantal jeugdigen (teldatum 01-01-2003)

0-4 jaar	1.615
5-12 jaar	2.817
13-18 jaar	2.133
19-23 jaar	1.540
totaal	8.105

Hiermee maakt het aantal jeugdigen 28 % van de bevolking van Delfzijl uit.

Gemeentelijk onderwijs achterstandenbeleid (GOA)

De gemeente Delfzijl heeft in november 2002 de beleidsnota "Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid Delfzijl, planperiode 2002-2006" vastgesteld. In de beleidsnota worden de volgende beleidsspeerpunten geformuleerd:

- Het versterken van de voor- en vroegschoolse periode
- Ondersteuning van de schoolloopbaan
- Verminderen van voortijdig schoolverlaten
- Beheersing van de Nederlandse taal

van waaruit de volgende activiteiten worden uitgevoerd:

1. Het versterken van de voor- en vroegschoolse periode.

In het meerjarenplan gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid is als speerpunt opgenomen het verder versterken van het peuterspeelzaalwerk. Peuterspeelzalen hebben een belangrijke taak in de ontwikkeling van 2-4 jarigen op de gebieden: sociaal-emotionele ontwikkeling, persoonlijkheidsontwikkeling en redzaamheid, taalontwikkeling, cognitieve ontwikkeling, motorische ontwikkeling en creatieve ontwikkeling. In de komende periode zal worden ingezet op het verder uitwerken van het kwaliteitsbeleid, het pedagogisch beleid en het vergroten van het bereik

Voor kinderen van 2 tot 5 jaar worden met ingang van augustus 2002 de programma voor- en vroegschoolse educatie (VVE) uitgevoerd bij voorschoolse voorzieningen (peuterspeelzalen) en de eerste klassen van het basisonderwijs in Delfzijl Noord en Tuikwerd (het programma Piramide) en Farmsum (het programma Startblokken). Het doel van deze regeling is (taal)achterstand in groep 3 van het basisonderwijs te voorkomen. Om dit project te kunnen uitvoeren is het noodzakelijk dat alle peuterspeelzalen voldoen aan de basiseisen die daarvoor geformuleerd zijn (professionele leiding, groeps grootte, pedagogisch beleid e.d.).

- #### 2. Het bevorderen van deelname van doelgroepkinderen in de leeftijd van 2 t/m 5 jaar aan gestructureerde VVE-programma's door tijdige registratie en signalering en effectieve

verwijzing naar de desbetreffende VVE-programma's door het programma Opstapje en doorverwijzingen vanuit de consultatiebureau's.

Thuiszorg Groningen, afdeling Ouder en Kindzorg (OKZ), vervult een belangrijke rol in het signaleren van ontwikkelingsachterstanden en opvoedingsondersteuning in de gemeente Delfzijl. Via Ouder en Kindzorg wordt bijna de gehele groep pasgeborenen en peuters bereikt. Het consultatiebureau bereikt 99% van de ouders van kinderen in de leeftijdscategorie 0 tot 2,5 jaar

Opstapje

Vanaf 1 april 1996 wordt het project Opstapje uitgevoerd. Opstapje is een gezinsgericht programma voor kinderen van twee en drie jaar. Bij Opstapje bereiden ouders en kinderen zich samen voor op de peuterspeelzaal en vervolgens het basisonderwijs. De gezinnen worden elke week bezocht door een buurtmoeder. Voorwaarde voor deelname aan Opstapje is tevens het bezoeken van een peuterspeelzaal waar opstapje instellingsgericht wordt aangeboden (Opstapje groepsgewijs). Opstapje vervult derhalve een belangrijke rol voor de toeleiding naar de VVE-programma's. Door het programma kunnen kinderen spelenderwijs de kennis en vaardigheden opdoen die ze nodig hebben om in groep 1 van de basisschool goed te kunnen functioneren.

3. Deskundigheidsbevordering van medewerkers van peuterspeelzalen en de onderbouw van het basisonderwijs met het oog op een adequate aanpak van onderwijsachterstanden;
4. Het verder uitbreiden en intensiveren van samenwerkingsrelaties tussen scholen voor basisonderwijs, peuterspeelzalen, kinderopvangvoorzieningen en consultatiebureau's die de basis vormt voor een doorgaande ontwikkelingslijn en een sluitend registratie en doorverwijzingsstelsel;

Buurtnetwerk jeugdhulpverlening 0 tot 12 jarigen

Het buurtnetwerk jeugdhulpverlening 0 tot 12 jarigen bestaat uit vertegenwoordigers van alle basisscholen, het maatschappelijk werk, de Ouder- en Kindzorg, de woongroep Acantus, de jeugdagenten en het opbouwwerk van de OMD/SWD (coördinatie). De netwerken komen een aantal keren (6-8x) per jaar bijeen om signalen rondom problemen te bespreken en waar nodig af te stemmen. Scholen en instellingen kunnen (preventieve) bijeenkomsten organiseren rond opvoedkundige thema's. Daarnaast vervullen zij een belangrijke rol als het gaat om het signaleren van belangrijke ontwikkelingen en trends.

Momenteel wordt een plan ontwikkeld om te komen tot een vangnetwerk voor 0- tot 12 jarigen in Delfzijl-Noord waar zorgkinderen kunnen worden besproken in een multidisciplinair team. Het schoolmaatschappelijk werk vormt daarbij de verbindende schakel tussen de interne zorgstructuur (WSNS en de zorgstructuur binnen de school) en externe zorgstructuur. In het multi-disciplinaire zorgteam zijn vertegenwoordigd; de GGD, Jeugdzorg Groningen, het schoolmaatschappelijk werk, de CGZ, een orthopedagoog of een psycholoog van de schooladvies- en begeleidingsdienst en de OKZ.

5. Het taalbeleid; taalstimuleringsactiviteiten ter voorkomen van achterstanden in de voorschoolse en vroegschoolse fase en het onderwijs

Subactiviteiten

- het zo vroeg mogelijk signaleren van ontwikkelingsachterstanden en het inzetten van activiteiten om achterstanden te voorkomen,
- bevorderen van deskundigheid op het gebied van taalstimulering om de taalontwikkeling van jonge kinderen te bevorderen,
- taalbeleid (observatie taalaanbod ,het verzamelen van specifieke taalproblemen in de groep, inventarisatie van taalmateriaal en onderzoeksmateriaal, vaststellen van aanwezigheid en inzet van o.a. remedial teaching, onderwijsbegeleidingsdienst en klassenassistenten op het gebied van taalstimulatie),
- taalstimuleringsprogramma's NT2 (Taalplan kleuters, ELLO, TRIAS e.d.) taalstimulering NT1 (Schatkist taal, woordbouw e.d.),
- Leesbevorderingsprogramma's (het project Boekenpret, leespiramide, kinderjury e.d.);

6. Het ondersteunen van de schoolloopbanen van leerlingen

Tussen de peuterspeelzaal en basisonderwijs wordt door het uitwisselen van informatie over ontwikkeling van de kinderen de overstap van de peuterspeelzaal naar het basisonderwijs vergemakkelijkt. Dit aan de hand van ontwikkelings volgljsten en overdrachtsformulieren. Daarnaast

wordt er gewerkt aan overdrachtsformulieren (een onderwijskundigrapport) bij de overgang van het basisonderwijs naar het voortgezet onderwijs. Implementatie zal naar alle waarschijnlijkheid met ingang van het schooljaar 2004-2005 volgen.

7. Het voorkomen van schooluitval en schoolverzuim

Bij de problematiek van voortijdig schoolverlaten gaat de aandacht veelal uit naar het voortgezet onderwijs en het speciaal voortgezet onderwijs en het voorbereidend en secundair beroepsonderwijs. De meeste uitvallers en verzuimers zijn dan ook in de regel te vinden in het VMBO. De taak van de gemeente is toe te zien op de naleving van de Leerplichtwet. De gemeente Delfzijl is *coördinerende gemeente voor de Regionale meld- en coördinatiefuncties (RMC's)*. Zij heeft een prominente plaats in op het gebied van netwerkvorming en samenwerking op gemeentelijk niveau. Deze RMC-functie heeft in december 2001 een wettelijke functie gekregen. Het RMC en het Jongerenloket is bedoeld om de problematiek van vroegtijdige schoolverlaters aan te pakken. Het is een instrument om schooluitval tegen te gaan. Het betreft jongeren in de leeftijdscategorie 15 tot 23 jaar en woonachtig in Loppersum, Appingedam, Ten Boer en Delfzijl. In Delfzijl zijn significante successen geboekt in het registreren, voorkomen en bestrijden van voortijdig schoolverlaten, mede doordat veel jongeren worden herplaatst.

Daarnaast functioneren voor de leerlingen op het Fivelcollege en het Dollard College de preventieteams. Deelnemers aan dit overleg zijn: de scholen voor voortgezet onderwijs (zorgcoördinatoren van school), het bureau jeugdhulpverlening, de politie, de leerplichtambtenaar, het RMC, de GGD, de GGZ en de OBD.

Voor de jongeren die dreigen het schoolsysteem te verlaten zonder startkwalificatie bestaat voor de scholen in Delfzijl en Appingedam de spijbelvoorziening: *Doorstart*. Doelstelling is jongeren en/of terug te leiden naar een onderwijs/leer of werktraject.

• **Jeugd en Veiligheid**

Begin 2003 is het convenant *De Veilige School* gesloten met het Dollard College (locatie Woldendorp), OM, Politie en de gemeente. Het doel hiervan is het maken van een eenduidig en sluitend stelsel van afspraken ten behoeve van het voorkomen en bestrijden van overlast, vandalisme en crimineel gedrag en het creëren van een sociaal veilig klimaat in en om de scholen. Met het Fivelcollege is in 2000 reeds een convenant afgesloten. Dit convenant zal binnen kort geëvalueerd worden en waar mogelijk bijgesteld.

In december 2002 is er een *werkgroep jeugd en veiligheid* geïnstalleerd. Doelstelling is te komen tot een actieplan jeugd- en veiligheid. Partners zijn het onderwijs, de politie, HALT afdeling preventie, AVG afdeling preventie, NIDUS, Stichting Mens & Werk, het jongerenwerk van de Stichting De Nieuwe Schans, de SWD, GGZ, Jeugdzorg Groningen, de afdelingen veiligheid en de stadswachten van de gemeente Delfzijl. Momenteel is een inventarisatierapportage gereed, waarbij met betrokken partijen afspraken gemaakt worden over (mogelijke) actiepunten.

Het *Anti Vandalisme Vuurwerkproject* wordt elk jaar uitgevoerd voor de basisscholen groep 7 en 8 en de eerste klas van het voortgezet onderwijs in de regio. Bijna 1900 leerlingen uit de gemeenten Delfzijl, Appingedam, Loppersum, Eemsmond en Ten Boer (deelnemersaantal 2002) krijgen voorlichting over veilig omgaan met vuurwerk. Het preventieproject is een initiatief van instellingen en organisaties die te maken hebben met de gevolgen van onveilig gebruik van vuurwerk. Doel van het project is leerlingen te laten zien wat de gevolgen kunnen zijn van vandalisme en verkeerd omgaan met vuurwerk. Het project bestaat inmiddels dertien jaar. In 2002 deden er 400 deelnemers meer mee dan in 2001.

Het voorlichtingsproject bestaat uit filmopnames en uit demonstraties van brandweer, politie, Delfzicht Ziekenhuis en Bureau Slachtofferhulp. In een dagelijkse theatervoorstelling in De Molenberg worden verschillende rollen van daders van stunts met vuurwerk en het uitlokken van vandalisme realistisch nagespeeld. Dit moet de kinderen aanzetten tot nadenken over hun eigen risicogedrag. Bij diverse stands voorlichting gegeven en blijkt dat de kinderen erg betrokken en geïnteresseerd zijn.

Deelnemers zijn het IVAK, de brandweer, gemeenten, GGD, Delfzicht Ziekenhuis, Politie en Bureau Slachtofferhulp. Het project wordt mede mogelijk gemaakt door Arriva en Vuurwerkbedrijf Wagenvoort. De deelnemende gemeenten zijn Delfzijl, Appingedam, Ten Boer, Loppersum en Eemsmond. Laatstgenoemde gemeente deed in 2002 voor het eerst mee. Het project is door de inzet en aanpak van deze instellingen en organisaties uniek in de provincie Groningen.

- **Jeugd en alcohol en drugs**

Het Fivelcollege voert het programma “de Gezonde school en genotmiddelen” uit. Dit is een preventieproject voor de schoolgaande jeugd waarbij door middel van voorlichting jongeren gewezen wordt op de gevaren van het gebruik van gokken, tabak, alcohol, cannabis en uitgaansdrugs. Het project richt zich op leerlingen. Voor leerkrachten wordt een training verzorgd op het gebied van signaleren en begeleiden.

Bij het project gaat het er om de leerlingen zover te krijgen, dat zij zich verantwoordelijk gedragen met het oog op hun eigen gezondheid en die van anderen. Daarom worden de lessen gegeven op het moment dat de meeste leerlingen aan het uitproberen van een bepaald genotmiddel toe zijn. In de brugklassen, tweede en derde klassen worden achtereenvolgens de onderwerpen roken, alcohol, cannabis en gokken behandeld.]

Softdrugsbeleid

In de gemeente Delfzijl is sinds 1995 slechts plaats voor één coffeeshop. Een coffeeshop is een alcoholvrije horecagelegenheid waar handel in en gebruik van softdrugs (de cannabisproducten hasj en wiet) plaatsvindt. In de coffeeshop wordt het gebruik van en de verkrijgbaarheid van maximaal vijf gram softdrugs gedoogd. Dit *maximumstelsel* is vastgelegd in de ‘Notitie (soft)drugsbeleid Delfzijl’ welke op 28 februari 2002 door de Gemeenteraad is vastgesteld. Het maximumstelsel is gebaseerd op onderzoek en overwegingen die de leefbaarheid, de openbare orde én de volksgezondheid betreffen. De op dit maximumstelsel gebaseerde gedoogvergunning voor de bestaande coffeeshop loopt tot 1 juni 2004. De gedoogvergunning is gebonden aan zowel de exploitant als de locatie.

De handhaving van het beleid is drieërlei:

1. Personen die een tweede coffeeshop willen beginnen worden met een enkele verwijzing naar het vastgestelde beleid geweerd.
2. Het Openbaar Ministerie ziet toe op handhaving van de **criteria** voor de gedoogvergunning van de coffeeshop. Te weten: geen affichering, geen harddrugs, geen overlast, geen gebruik van of verkoop aan personen onder de 18 jaar, geen aanwezigheid van groothandelshoeveelheden (d.w.z. een voorraad van meer dan 500 gram) en geen verkrijgbaarheid of verkoop van alcoholhoudende dranken.
3. In de derde plaats is artikel 13b van de Opiumwet het belangrijkste bestuursrechtelijke instrument om het coffeeshopbeleid te handhaven. Op basis van dit artikel kan de Burgemeester bij concrete aanwijzingen dat een horecagelegenheid tevens softdrugs verkoopt, handelend optreden. Aan de hand van een politierapport van bevindingen kan de Burgemeester voor kortere of langere tijd de betrokken gelegenheid sluiten.

Volgens informatie van het regiokantoor van de Ambulante Verslavingszorg Groningen (AVG) te Winschoten (voorheen het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs) hebben zich in 2002 vijf personen gemeld op de dependance in Delfzijl met problemen ten gevolge van cannabisproducten. De omvang van de cannabisproblematiek is daarmee nagenoeg gelijk aan het gemiddelde over de afgelopen drie jaren. Voor de goede orde wordt opgemerkt dat er veelvuldig sprake is van gecombineerd gebruik met harddrugs en/of alcohol. Er wordt dan geregistreerd naar primaire problematiek, waarbij het softdruggebruik secundair is. Cijfers 2002 (Gemeente Delfzijl): harddrugproblematiek 54, alcoholproblematiek 32 en cannabisproblematiek 5.

- **Openbare orde en veiligheid**

In de afgelopen decennia is de rol van gemeenten bij het voorkomen en bestrijden van onveiligheid toegenomen. Sinds begin jaren '90 is het gebruikelijk om veiligheid als een breder concept te beschouwen. Naast criminaliteit hoort bij veiligheid ook brandveiligheid, rampen en ongevallen, verkeersonveiligheid, milieu-onveiligheid en sociale veiligheid. Deze verbreding van het begrip veiligheid heeft onder meer tot gevolg gehad dat het belang van de actieve, sturende en regisserende rol, van het lokale bestuur nog meer wordt benadrukt. Op veel terreinen hebben gemeenten niet alleen de mogelijkheden maar ook de verantwoordelijkheid om een belangrijke bijdrage te leveren aan het bevorderen van de veiligheid. Recente gebeurtenissen (Enschede en Volendam) hebben de aandacht nogmaals gevestigd op de noodzaak te komen tot een brede, samenhangende aanpak van veiligheid. Veiligheid is een kerntaak van de gemeente. Burgers moeten zich veilig voelen in hun

leefomgeving. In 2003 wordt op basis van de eerder uitgebrachte veiligheidsnota integraal beleid ontwikkeld.

Wetten en regels dienen strikter gehandhaafd te worden. De politiezorg dient verder uitgebreid en verbeterd te worden. Er zijn inmiddels buurt- en jeugdagenten in functie. Het voornemen bestaat om op elke school voor basis- en voortgezet onderwijs een politiefunctionaris als contactpersoon toe te wijzen, die regelmatig contacten onderhoudt met leraren en leerlingen. In de gemeente is slechts plaats voor één coffeeshop (*maximumstelsel*) volgens vastgesteld drugsbeleid.

In 1997 is een convenant afgesloten met GGD, AVG en Halt ten behoeve van voorlichting op de "veilige en gezonde school". Er zullen geen gok- en speelhallen in de gemeente mogen worden opgericht. Volgens het in 2003 vastgestelde horecabeleid zullen opnieuw sluitingstijden worden ingevoerd en geldt een locatiebeleid voor horecabedrijven.

Het inbraakpreventie-team zorgt voor het aanbrengen van inbraakveilig materiaal in woningen en het graffiti-team reinigt bekladde objecten. Het politie-keurmerk "veilig wonen" wordt zowel individueel als bij de herstructurering van wijken toegepast.

• Verkeer en vervoer

Verkeersveiligheid behoeft binnen het kader van het totale gemeentelijke integrale veiligheidsbeleid weinig betoog. Nagenoeg iedere burger komt immers dagelijks in aanraking met het verkeer. Ook voor de verkeersveiligheid speelt nadrukkelijk het onderscheid tussen de objectieve en de subjectieve veiligheid. De objectieve veiligheid kan in kaart worden gebracht middels het aantal verkeersongevallen en verkeersslachtoffers. De subjectieve veiligheid heeft betrekking op de vraag hoe veilig mensen zich voelen op straat en in het verkeer.

Landelijke richtlijnen en speerpunten

Op landelijk niveau is het startprogramma Duurzaam Veilig ontwikkeld. Om dit rijksbeleid verder te vertalen is een convenant "Startprogramma Duurzaam Veilig" gemaakt. Dit convenant is in december 1997 ondertekend door de wegbeherende overheden. De belangrijkste doelstelling van het convenant is het verminderen van het aantal verkeersslachtoffers en het aantal verkeersdoden in 2010 ten opzichte van 1986.

In dit convenant is vastgelegd dat de wegbeherende overheden hun wegen duurzaam veilig gaan inrichten. Een duurzame inrichting dwingt automatisch een veilig weggedrag af. Landelijk zijn een aantal uniforme richtlijnen qua inrichting van de wegen vastgesteld. Voor het doorvoeren van verkeersmaatregelen binnen de eigen gemeente hebben gemeenten een redelijke mate van autonomie. Om het programma Duurzaam Veilig te promoten zijn subsidies te verkrijgen van de hogere overheden.

Objectief

Op het gebied van de verkeersveiligheid zijn kwantitatieve gegevens verkregen over het aantal verkeersongevallen en het aantal verkeersslachtoffers in de voorbije jaren.

Verkeersslachtoffers totaal	gemiddeld over de jaren 1997 t/m 2001	71,6 pers.
Dodelijke slachtoffers	gemiddeld over de jaren 1997 t/m 2001	2 pers.
Gewonde slachtoffers met ziekenhuisopname	gemiddeld over de jaren 1997 t/m 2001	21,2 pers.
Gewonde slachtoffers zonder opname	gemiddeld over de jaren 1997 t/m 2001	48,4 pers.

Subjectieve veiligheid / beleving

Naast het objectieve gedeelte van de verkeersveiligheid, tot uitdrukking komend in het aantal verkeersongevallen en het aantal verkeersslachtoffers, speelt ook hier subjectieve veiligheid een belangrijke rol. Dit heeft te maken met de vraag hoe veilig burgers zich voelen op straat en in het verkeer. Onveiligheidsgevoelens kunnen bijvoorbeeld ingegeven worden door te hard rijdende auto's,

terwijl daar niet per definitie ongevallen door gebeuren of slachtoffers door vallen. In de gemeenten Delfzijl en Appingedam blijken vooral het afwijkende verkeersgedrag van fietsers en voetgangers en het behoorlijk hard rijden van automobilisten binnen de bebouwde kom aandachtspunten te zijn als het gaat om de verkeersveiligheid. Met het afwijkende gedrag van fietsers en voetgangers wordt bedoeld op het feit, dat zij over het algemeen “ de voor hun meest logische en meest gemakkelijke weg kiezen ”.

Daarnaast blijkt regelmatig geklaagd te worden over het te hard rijden van automobilisten binnen de bebouwde kom. Vaak wordt door bewoners gezegd dat automobilisten van buiten de gemeenten Delfzijl en Appingedam zich daaraan schuldig maken, terwijl uit controles blijkt, dat juist vaak inwoners van die gemeenten zelf zich schuldig maken aan te hard rijden.

Het rijgedrag, gedefinieerd als het al dan niet houden aan de verkeersregels, van zowel fietsers, bromfietsers als automobilisten wordt als een redelijk tot groot veiligheidsrisico beschouwd. Het overtreden van de maximumsnelheid door automobilisten is daar een voorbeeld van en wordt eveneens als een belangrijk veiligheidsrisico gezien. Het toezicht van de politie op de naleving van verkeersregels door zowel (brom) fietsers als automobilisten wordt als matig tot onvoldoende beoordeeld.

Het beleid van de regiopolitie is in deze terughoudend. Vanuit de gedachte dat wegen dusdanig dienen te worden ingericht dat deze automatisch het gewenste rijgedrag af dwingen heeft de regiopolitie zich op het standpunt gesteld dat er niet tot zeer sporadisch wordt gecontroleerd op snelheid in de 30 km gebieden. Dit betekent dat wegbeheerders goed moeten nadenken over de wijze waarop de herinrichting wordt vorm gegeven. Regelmatig overleg met de regiopolitie geeft wel aan dat er mogelijkheden bestaan voor de handhaving wanneer duidelijk is dat de herinrichting nog enige tijd op zich laat wachten.

Bestaand beleid

Het op termijn inrichten van wegen binnen en buiten de bebouwde kom tot 30 respectievelijk 60 km wegen conform het in september 1999 vastgestelde *wegencategoriseringsplan*, dit als suppletie op het *verkeersveiligheidsbeleidsplan* uit 1995. Hiermee wordt uiteindelijk het aantal verkeersslachtoffers verminderd en de veiligheid te vergroot.

• **Ruimtelijke ordening, milieu en groenbeheer**

Het *Milieubeleidsplan 2001 - 2004* is het kader voor de keuze en uitvoering van activiteiten op milieugebied voor de komende periode. Met behulp van dit milieubeleidsplan gaat Delfzijl de positie van milieu in het huidige gemeentelijke beleid versterken, verduidelijken en structureren. Door het opstellen van het milieubeleidsplan, in samenwerking met een aantal andere beleidsvelden (ruimtelijke ordening, civieltechniek, groen, enz) binnen het gemeentelijk apparaat, wordt de positie en de rol van het beleidsveld milieu helder gemaakt en versterkt ten opzichte van de huidige situatie.

Eén van de belangrijkste uitdagingen voor Delfzijl is om er voor te zorgen dat er in 10 jaar tijd een situatie ontstaat waarbij in de woonkern Delfzijl geen onacceptabele overlast wordt ervaren vanwege de bedrijvigheid; zowel van de bedrijven die in de woonkern aanwezig zijn, als vanwege de bedrijven/industrie in de omgeving (inclusief de haven). Onder overlast wordt in dit milieubeleidsplan met name verstaan: geluid, stank, lucht, verkeer, visuele hinder. In de huidige situatie is sprake van met name geluid- en stankoverlast in de woonkern Delfzijl. Hiertoe zal in de komende jaren beleid worden ontwikkeld, waarin per woonwijk de huidige woonkwaliteit wordt vastgelegd, met daarbij de gewenste milieukwaliteit. Hierin legt Delfzijl de koppeling tussen de milieukwaliteit (inclusief de mate van milieubelasting die Delfzijl acceptabel vindt), en de functie van de wijk. Overlast vanwege bedrijven zal één van de items zijn voor het vast stellen van de milieukwaliteit.

Randvoorwaarde hierin is vanzelfsprekend de wet- en regelgeving. Hierin krijgt de gemeente echter steeds meer ruimte om, binnen bepaalde marges, per gebied of per wijk, haar eigen normen te stellen. Kortom: meer maatwerk.

Bovenstaand beleid zal geïntegreerd worden in het ruimtelijk beleid van Delfzijl, en heeft vanzelfsprekend ook een plek in de voorbereiding van de herinrichting van de woonkern Delfzijl, en bij andere planvorming, voorbereiding bestemmingsplannen, verkoop van grond, etc.

Een van de doelen uit het milieubeleidsplan is 'het definiëren van onacceptabele hinder' door lucht, stank, visuele hinder verkeer, geluid, per gebied.

Een ander doel is dat elk gebied / wijk een milieuprofiel krijgt. Hier past het aandachtsveld gezondheid naadloos in.

Huidige activiteiten

Voor 2003-2004 staat in het milieuprogramma genoemd:

1. luchtkwaliteitsmetingen door de provincie voor inzicht industriële belasting;
2. geluidhinderbelevingsonderzoek is uitgevoerd.
3. externe veiligheidsbeleid wordt ontwikkeld en gereed eind 2003;
4. geluidbeleid wordt ontwikkeld; doel: inzichtelijk maken van de geluidssituatie in wijken en ontwikkelingsgebieden, gereed begin 2004;
5. globaal inzicht in de bodemproblematiek in het stedelijke gebied (van alle kernen) is gereed;
6. duurzaam bouwenbeleid met speciale aandacht voor buiten –en binnenruimte is ontwikkeld.
7. Waterbeleid – kwalitatief en kwantitatief – staat op de rol voor 2004-2005;
8. Meer aandacht voor externe integratie tussen milieu en ander gemeentelijk beleid en de ontwikkeling van een instrument hiervoor.

• **Werkgelegenheid**

Fivelingo.

De sociale werkvoorziening biedt mensen werk in een beschermde werkomgeving, die niet op de vrije arbeidsmarkt kunnen functioneren, ook niet met aanpassingen of voorzieningen.

Vanaf 1 januari 1998 is de Nieuwe Wet Sociale Werkvoorziening (NWSW) van kracht. Mensen die in aanmerking willen komen voor werk binnen Fivelingo moeten via een onafhankelijke indicatiecommissie tot de doelgroep van de NWSW gerekend worden. Deze commissie bestaat uit een arts, een arbeidsdeskundige en een psycholoog.

Een indicatie is maximaal drie jaar van kracht, waarna herindicatie moet plaatsvinden.

De sociale werkvoorziening biedt zinvolle betaalde arbeid met het doel om door te stromen naar reguliere arbeid. Mensen moeten hiertoe minimaal 10% van een normale dagtaak kunnen vervullen, moeten minimaal 1 uur aaneengesloten kunnen werken, de begeleidingstijd mag maximaal 10% bedragen en mensen moeten meer dan één functie kunnen vervullen.

Stichting Mens & Werk

Ten behoeve van langdurig werklozen, die minimaal een jaar werkloos zijn, tot fase 3 en 4 gerekend kunnen worden en een ABW-uitkering genieten, voert Mens & Werk diverse maatregelen en activiteiten uit. De maatregelen zijn ook toegankelijk voor mensen met een IOAW of IOAZ uitkering en voor niet uitkeringsgerechtigden.

Dit betreft de volgende werkgelegenheidsmaatregelen:

- WIW (dienstbetrekkingen en werkervaringsplaatsen en sociale activering)
- Instroom/ doorstroombanen

Hiernaast houdt men zich bezig met begeleid werken, arbeidstraining/jobcoaching en individuele trajectbegeleiding.

Verder worden een aantal speciale projecten uitgevoerd zoals het Baggerproject, het Inbraakpreventieteam, het project Loodskotter Eems, het Grafisch Werkproject De Drukkerij, Hergebruik plus, Heksenketel en het Project Basismetaal.

- *De WIW dienstbetrekking:* De WIW-ers treden in dienst van de gemeente, die het werkgeverschap aan Mens & Werk gemandateerd heeft. Van hieruit wordt men gedetacheerd bij een werkgever voor, in principe, 32 uur per week. Men kan 120% van het minimumloon verdienen. De werkgever betaalt een inleenvergoeding.
- *De werkervaringsplek:* De WIW-er komt rechtstreeks in dienst van een werkgever, voor minimaal 6 maanden tot maximaal een jaar, gedurende 32 uur per week. Het doel hiervan is door te stromen naar een reguliere baan. Het loon is afhankelijk van de CAO van het bedrijf.
- *Instroom/ doorstroombanen:* Banen die door werkgevers in de collectieve en non-profit sector aangevraagd kunnen worden, waarvan de instroombanen volledig gefinancierd worden. De vergoeding is voor onbepaalde tijd. Het gaat hierbij om banen in de volgende sectoren: Openbare

veiligheid en toezicht, kinderopvang, onderwijs, gehandicaptenzorg en ziekenhuizen. Mensen treden in dienst van de werkgever en kunnen in een Instroombaan maximaal 130 % van het minimumloon verdienen en bij een doorstroombaan maximaal 150%. Doorstroombanen worden ingezet wanneer het werk met meer verantwoordelijkheid betreft en er hogere eisen gesteld worden.

Wanneer een I/D-werknemer doorstroomt naar regulier werk is voor de werknemer en de werkgever een premie beschikbaar. De gemeente verklaart dat de werkzoekende tot de I/D-doelgroep behoort.

- *Sociale activering*: Programma van een half jaar, waarbij door deelname aan maatschappelijke activiteiten, mensen worden voorbereid op diverse vormen van arbeid. Oriëntatie op verschillende vormen van werk, training van vaardigheden, eventueel stage, vrijwilligerswerk of werkproject. Is toegankelijk voor deelnemers die door de gemeente aangemeld worden.
- *Begeleid werken*: Cliënten met een arbeidshandicap en diegenen die geïndiceerd zijn voor de sociale werkvoorziening worden met behulp van jobcoaching geplaatst bij een werkgever en op de werkplek begeleid.
- *Baggerproject*: Dit project is bedoeld voor werkloze jongeren van 17-27 jaar met een VBO-niveau, die een opleiding tot dekknecht/ stortwerker krijgen. De eerste 8 maanden bestaat uit een gecombineerde praktijk- en theorieopleiding in het Praktijk Opleidingscentrum Noord in Delfzijl. Er wordt per week 1,5 dag theorie en drie dagen praktijk gevolgd. Daarna volgt een stage van drie maanden in het bedrijfsleven. Doel is een baan in de sector bagger-, kust- en oeverwerken.
- *I-team*: Voor mensen met een WIW-dienstverband die samen met een werkbegeleider met een bus en aanhanger in wijken in Appingedam en Delfzijl inbraakwerend hang- en sluitwerk in woningen aanbrengen. Dit in opdracht van de woningbouwverenigingen. Het project is gericht op training en het opdoen van werkervaring.
- *Loodskotter Eems Project*: Werkervaringsproject voor mensen met een WIW-dienstverband of mensen die op zoek zijn naar een zinvolle dagbesteding of arbeidsritme en werkervaring op willen doen. Er wordt gewerkt aan de bouw van een historische loodskotter, waardoor op verschillende gebieden geschoold en gewerkt kan worden.
- *Grafisch werkproject De Drukkerij*: Erkend leerbedrijf voor mensen die aan de slag willen in de grafische richting. Men kan werken met opleiding combineren. Men kan opgeleid worden in DTP, werken in een copyshop en tot drukker. Is toegankelijk voor mensen met een WIW-dienstverband, maar ook voor andere werkzoekenden.
- *Hergebruik Plus*: Een werk/leerbedrijf in de recyclingsector voor WIW-ers en andere werklozen die werkervaring en – ritme op willen doen. Goederen worden ingezameld, gesorteerd en eventueel opnieuw verkocht in het kringloopwarenhuis.
- *Heksenketel*: Een project voor sociale activering voor werkloze vrouwen van 20 tot 45 jaar behorend tot fase 3 en 4. Intensieve trajectbegeleiding wordt gecombineerd met een praktische leeromgeving, waarin concrete opdrachten worden geboden. Het programma duurt een half jaar, 32 uur per week en heeft tot doel de zelfwerkzaamheid en het zelfvertrouwen van deelnemers te vergroten.
- *Project Basismetaal*: In dit project worden deelnemers opgeleid tot assistent constructiewerker/lasser, waarvoor 1 dag per week theorie bij het Noorderpoortcollege wordt gevolgd en men drie dagen per week praktijk volgt bij het Centrum Vakopleiding te Delfzijl. Men kan een SOM-diploma halen op assistent-niveau en een erkend lascertificaat. Is toegankelijk voor mensen met een WIW-dienstverband, overige werkzoekenden met belangstelling voor de metaal en voortijdige schoolverlaters.

SWD

De Stichting Welzijn Delfzijl is een stichting die zich richt op groepen en personen die in een achtergestelde positie verkeren of dreigen te raken. De SWD wil maatschappelijke participatie stimuleren. Onderdelen van de stichting zijn opbouwwerk, jeugd- en jongerenwerk, sociaal cultureel werk, minderheden en de vrijwilligerscentrale. Onderdelen van de SWD die in het kader van sociale activering van de fase-4 doelgroep van belang kunnen zijn, zijn:

- *De vrijwilligerscentrale*. De vrijwilligerscentrale bemiddelt tussen mensen die vrijwilligerswerk willen doen en organisaties die vrijwilligers nodig hebben. De vrijwilligerscentrale bemiddelt voor verenigingen en stichtingen in de non-profit sector. Tenslotte wordt er informatie en advies gegeven over alles wat met vrijwilligerswerk te maken heeft.

- *Sociaal cultureel werk/ cursussen, zoals de cursus Ont-moeten.* Deze cursus is voor vrouwen uit Delfzijl tussen de 25 en 50 jaar zonder betaald werk. De cursus richt zich op participatie in de lokale samenleving. De vrouwen worden gestimuleerd om actief te worden en daarmee hun isolement te doorbreken. De cursus heeft als functies ontmoeting, vorming en activering.

Werkervaringsproject

Het WEP is een samenwerkingsverband tussen Fiveringlo, Opmaat, GGZ en Humanitas.

Het biedt arbeidsgewenning, werkervaring en arbeidsmatige dagbesteding toegesneden op de specifieke mogelijkheden en handicaps van de deelnemers.

De sfeer, de begeleiding en de aard van de werkzaamheden zijn er op gericht om deelnemers te stimuleren in hun ontwikkeling en indien gewenst te trainen in verschillende facetten van het arbeidsproces (werken en samenwerken).

Door middel van het opdoen van werkervaring, training, vorming en scholing wordt een opstap naar regulier werk, gesubsidieerde arbeid of vrijwilligerswerk gecreëerd. Sommige deelnemers zullen in het WEP een 'vaste' beschutte werkplek met arbeidsmatige dagbesteding vinden.

Het project is bedoeld voor mensen met een lichamelijke- en/of verstandelijke- of psychiatrische handicap. Men dient werkloos of arbeidsongeschikt te zijn en men kan maximaal drie jaar lang deelnemen. In principe moet men geregistreerd staan bij één van de participerende instanties.

Dag Activiteiten Centrum

Het DAC, een project van de stichting GGZ Groningen, is een activiteitencentrum voor mensen die contact hebben of hebben gehad met de geestelijke gezondheidszorg. Het DAC richt zich op mensen die vrij goed met hun psychische problemen om kunnen gaan, maar moeilijk tot een zinvolle dagbesteding kunnen komen. Het DAC biedt een plek waar mensen elkaar kunnen ontmoeten en waar men terecht kan voor verschillende activiteiten. Het doel is mensen, door dagbesteding te bieden, te heractiveren, bezig te laten zijn en de mogelijkheid te bieden tot vorming van sociale contacten.

Het DAC biedt een inloop- en ontmoetingsplaats voor mensen, waar men informatie kan krijgen en educatieve, creatieve en recreatieve activiteiten worden georganiseerd. Vanuit de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) is het de bedoeling dat de ideeën voor deze activiteiten zoveel mogelijk vanuit de deelnemers zelf komen en dat zij een wezenlijke rol spelen in de organisatie daarvan. Het DAC moet vooral dienen als uitvalsbasis naar algemeen maatschappelijke voorzieningen (clubs, verenigingen) en activiteiten.

Sociaal activeringsproject Delfzijl Works

Uit diverse onderzoeken naar de lokale sociaal-economische situatie in Delfzijl valt af te lezen dat Delfzijl, net als de meeste grotere gemeenten, kansarme wijken kent met veel en meervoudige sociale problematiek. Zo is in 2000 onderzoek gedaan naar de positie van fase 4 cliënten waaruit naar voren is gekomen dat deze groep zowel op het gebied van opleiding en werkervaring als ook ten aanzien van gezondheid en financiën niet bepaald in een rooskleurige situatie verkeert.

Ook de omvangrijke en hardnekkige leegstand in bepaalde wijken legt een grote druk op de leefbaarheid in de buurt. Sociale activering van mensen die, om welke redenen dan ook, niet of zeer beperkt participeren in de Delfzijlse samenleving, moet een belangrijk onderdeel gaan vormen van lokaal sociaal beleid. Sociale activering is een van de beleidsterreinen waarmee de gemeente Delfzijl het sociaal-maatschappelijk welzijn van haar inwoners wil bevorderen door met name die categorie te activeren en te ondersteunen bij het weer deelnemen aan het sociaal maatschappelijk verkeer in Delfzijl.

Voor mensen betekent het: meer en beter grip krijgen op hun leven. Voor Delfzijl als woon- en leefgemeenschap betekent het vooral: betere cohesie in de straat, buurt en wijk.

Delfzijl Works is een project dat zich richt op de sociale activering van burgers die woonachtig zijn in de gemeente delfzijl en maakt deel uit van het sociale activeringsbeleid van de gemeente Delfzijl. Sociale activering richt zich op mensen die een zodanige grote afstand tot de arbeidsmarkt staan dat reguliere arbeid voor hen nog een stap te ver is. Het project is bedoeld om een gerichte bijdrage te leveren aan de vermindering van de problematiek van de cliënten, aan het vergroten van de zelfredzaamheid en het concreet vergroten van het toekomstperspectief van de cliënt. De doelgroep voor dit project bestaat uit uitkeringsgerechtigde fase 4 cliënten die met name afkomstig zijn uit de wijken in Delfzijl Noord en de wijk Tuikwerd. Overigens kunnen bewoners uit heel Delfzijl instromen.

BIJLAGE 3 AFKORTINGEN

ANBO	Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
CMZ	Centraal Meldpunt Zorg
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GVO	Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding
HOED	Huisartsen onder één dak
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
POZW	Provinciaal Ontwikkelingsinstituut voor Zorg en Welzijn (nu: CMO)
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
SES	Sociaal economische gezondheidsverschillen
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organisation