

GEZONDHEID IN ALLE LAGEN



**Nota Lokaal Gezondheidsbeleid
Augustus 2003, Gorinchem
2003 – 2007**

VOORWOORD

“Gezondheid is ongelijk verdeeld in Nederland. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen arm en rijk en van buurt tot buurt. Bij volwassenen is ongezond gedrag de belangrijkste bekende oorzaak van de stagnerende levensverwachting. Het ongezonde gedrag hangt voor een belangrijk deel samen met sociaal-economische kenmerken als opleiding, inkomen en werkloosheid.

Er is nog veel gezondheidswinst te boeken met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag. Een moderne aanpak gaat uit van een stimulerende omgeving en een geïntegreerde benadering binnen bestaande ‘settings’, in plaats van gedragsbeïnvloeding alleen. Dit kan door gezond gedrag een duidelijke plaats te geven binnen het sociaal-culturele leven: op school, bij sport en recreatie, op het werk, in de wijk en in het verkeer. Preventie vergt bovendien een lange termijnvisie en duurzaam volgehouden aandacht en investeringen (uit “Gezondheid op Koers?”, rapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (RIVM), 2002)”.

Het rapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 (VTV) maakt de complexe problematiek van gezondheidsbeleid en gezondheidsbescherming inzichtelijker. De VTV geeft duidelijk aan dat gezondheidswinst moet komen van preventie: van gemeenten, van GGD'en en de instellingen waar zij samen werken in de openbare gezondheidszorg. Daarbij vind ik gezond leven in eerste instantie een verantwoordelijkheid van iedere burger zelf en niet zozeer van zorgaanbieders verzekeraars, werkgevers of overheden. Wel moeten wij als gemeente en alle partijen de voorwaarden creëren waarin burgers gezond kunnen leven.

Als portefeuillehouder volksgezondheid ben ik blij met dit beleidsstuk dat voor een groot deel in goed overleg met de regio en belangengroepen is gemaakt. Er is duidelijk in beeld gebracht waaraan wordt gewerkt, waarom en waar we naar streven. Uiteindelijk moet dit een bijdrage leveren aan een woon- en leefklimaat waarin de burgers gezond kunnen leven. Een integrale aanpak is daarbij noodzakelijk.

Om het een en ander vorm te geven zijn aan deze nota actiepunten toegevoegd. Als gemeentelijke overheid hebben wij tot taak erop toe te zien dat in het belang van gezondheidsbevordering, deze worden uitgevoerd. Natuurlijk dienen keuzes te worden gemaakt waarbij de beschikbaarheid van financiële middelen op voorhand nimmer een belemmering zouden mogen zijn. Preventie leidt uiteindelijk tot besparing van kosten in de collectieve gezondheidszorg.

Gorinchem, 3 juli 2003

H. Netze, portefeuillehouder Volksgezondheid Gorinchem

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
HOOFDSTUK 1 ALGEMEEN	7
1.1 WAT IS GEZONDHEID?	7
1.2 WAARDOOR WORDT DE GEZONDHEID BEPAALD?	7
1.3 DE GEMEENTE EN ONZE GEZONDHEID	8
1.4 SPELEN OP DE WINST	9
1.5 NATIONAAL CONTRACT OPENBARE GEZONDHEIDSZORG	9
1.6 SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN	10
1.7 LOKAAL VOLKSGEZONDHEIDSBELEID	10
1.8 LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN EN HUN REGIONALE UITWERKINGEN	11
1.8.1 VERMAATSCHAPPELIJING VAN DE ZORG	11
1.8.2 TOENEMENDE GEMEENTELIJKE BETROKKENHEID BIJ DE OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	11
1.8.3 VERBREDING VAN HET TERREIN VAN DE INDICATIESTELLING	12
1.8.4 MODERNISERING VAN DE ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN (AWBZ)	12
1.9 JEUGDGEZONDHEIDSZORG	13
1.10 WET VOORZIENINGEN GEHANDICAPTEN	13
HOOFDSTUK 2 DE GEMEENTE EN DE GGD	15
INLEIDING	15
2.1 TAKEN GGD ZHZ	15
2.1.1 BEVORDERINGSTAKEN	16
2.1.2 MEDISCHE MILIEUKUNDE	17
2.1.3 TECHNISCHE HYGIËNEZORG	17
2.1.4 OGGZ/VANGNET & ADVISERING	17
2.1.5 INFECTIEZIEKTEN	18
2.1.6 JEUGDGEZONDHEIDSZORG	19
2.1.7 PLUSTAKEN	20
2.1.8 REGIONAAL AMBULANCEVERVOER ZUID-HOLLAND ZUID	20
2.1.9 GENEESKUNDIGE HULP BIJ ONGEVALLLEN EN RAMPEN	21
HOOFDSTUK 3 INVENTARISATIE BESTAAND BELEID OP REGIONAAL EN LOKAAL NIVEAU	23
3.1.1 REGIOVISIE ZORG ZUID-HOLLAND ZUID	23
3.1.2 REGIOVISIE JEUGD	24
3.1.3 OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (OGGZ)	24
3.1.4 VERSLAVINGSZORGBELEID	25
3.1.5 ANDERE ONTWIKKELINGEN	25
3.2 ANDERE BELEIDSTERREINEN	27
3.3 INTERSECTORALE SAMENWERKING	33
HOOFDSTUK 4 GEZONDHEIDSMONITOR	37
INLEIDING	37
4.1 DE ERVAREN GEZONDHEID IN ZUID-HOLLAND ZUID IN 2000	37
4.2 DRIE GROEPEN INWONERS	37
4.3 JONGEREN	37
4.4 KWETSBARE GROEPEN EN GEZONDHEIDSVERSCHILLEN IN ZUID-HOLLAND ZUID	38
4.5 GEZONDHEIDSMONITOR GORINCHEM	39
4.6 DEMOGRAFIE GORINCHEM	39
4.7 SAMENVATTING	41

**HOOFDSTUK 5 HOE GAAT DE GEMEENTE GORINCHEM UITVOERING GEVEN AAN HAAR
BELEID ? 43**

5.1.1	INLEIDING	43
5.1.2	MISSIE	43
5.1.3	REGIONALE EN LOKALE AMBITIES	43
5.2	BASISTAKEN WCPV	45
5.3	ZO LANG MOGELIJK ZELFSTANDIG WONEN	46
5.4	SOCIALE KAART	48
5.5	LEEFSTIJL JEUGD	49
5.6	BEWEGINGSSTIMULERING EN SPORTBEVORDERING	50
5.7	TOEGANKELIJKHEID EERSTE LIJNGEZONDHEIDSZORG	52
5.8	BEKENDHEID BLIJVEN GEVEN AAN ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK VOOR OUDEREN	53
5.9	FINANCIEEL KADER LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID	54
5.10	CONCLUSIE	55
5.11	SAMENVATTING VAN DE AMBITIES MET TIJDSPAD	55
 BIJLAGE 1 WETTELIJK KADER OP HET TERREIN VAN GEZONDHEID		 59
 BIJLAGE 2 PRIORITEITEN VAN DE ZORGVRAGERS VOOR HET LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID		 63
 BIJLAGE 3 BRAVO		 65
 BIJLAGE 4 AFKORTINGEN		 67

INLEIDING

Collectieve preventie levert een belangrijke bijdrage aan het realiseren van een betere volksgezondheid. Collectieve preventie beoogt gezondheidswinst voor zo veel mogelijk mensen. Gezondheidswinst wordt daarbij opgevat als: verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven. Het bereiken van een betere gezondheid door het aanbieden van preventie werkt het beste langs korte lijnen.

Door in de WCPV de opdracht te geven dat gemeenten elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid vast dienen te stellen worden gemeenten uitgenodigd hun ambities op het gebied van het gezondheidsbeleid te formuleren. Het beleid van de gemeente inzake openbare gezondheid moet meer omvatten dan uitvoering van de WCPV door de GGD. Het vormt onderdeel van het lokale politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen.

De voorgestelde verschijningsfrequentie van de gemeentelijke nota van eens per vier jaar sluit aan bij de cyclus van de gemeenteraadsverkiezingen.

Bij de totstandkoming van de nota is nauw samengewerkt tussen de ambtenaren volksgezondheid/welzijn en de GGD Zuid-Holland Zuid. De Gezondheidsmonitor, die als basis voor de te maken keuze heeft gediend, gaf aanleiding om regionaal samen te werken. Waar mogelijk is gekozen voor een regionale opzet, waar nodig wordt specifiek lokaal beleid ingevuld. Jaarlijks zullen de regionale en lokale ambities worden vertaald in concrete projectplannen.

Ten behoeve van het samenstellen van de nota is er overleg geweest c.q. voorlichting gegeven met en aan diverse personen en instellingen die een relatie hebben met preventie en gezondheid. Regionaal is er in dat kader (zie bijlage 2) overleg geweest met het Regionale Patiënten en Cliënten Platform (RCPC). Subregionaal (Sliedrecht, Hardinxveld-Giessendam, Gorinchem en Leerdam) is er een voorlichtingsavond georganiseerd voor de raadleden, die tevens doelgroepen en missies hebben kunnen aangeven voor lokaal gezondheidsbeleid. Lokaal heeft de raadscommissie Samenleving en Middelen inhoudelijk gediscussieerd en aangegeven waar de prioriteiten voor gezondheidsbeleid in Gorinchem liggen. Verder is een conceptnota lokaal voorgelegd aan de Patiëntenraad, het Gorinchems Platform voor Gehandicaptenbeleid en de Stichting Ouderenadviesraad Gorinchem (SOG).

In hoofdstuk 1 worden de betekenis van gezondheid in het algemeen en de landelijke afspraken om te komen tot lokaal gezondheidsbeleid beschreven. Hoofdstuk 2 beschrijft de wettelijke taken die namens de gemeente uitgevoerd worden door de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zuid-Holland Zuid. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het beleid dat regionaal en lokaal reeds wordt uitgevoerd, alsmede samenwerkingsverbanden die andere (zorg)instellingen op intersectorale wijze uitvoeren. In hoofdstuk 4 wordt inzicht gegeven in de gezondheidsproblemen van de inwoners van de regio en de gemeente Gorinchem. In hoofdstuk 5 worden de regionale en lokale beleidsvoornemens beschreven en wordt een tijdlijn uitgezet voor de activiteiten in de komende jaren.

HOOFDSTUK 1 ALGEMEEN

1.1 Wat is gezondheid?

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is de definitie van gezondheid: “een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken”.

Gezondheid is meer dan het niet-hebben van een ziekte. Gezondheid is het vermogen tot (lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk) normaal functioneren in de samenleving. Onder normaal verstaan we hier: zoals past bij de eigen mogelijkheden en de mogelijkheden van de samenleving. Het vermogen tot normaal functioneren impliceert dat mensen positieve keuzes kunnen maken inzake hun eigen gedrag, invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving, en dat ze, indien nodig, gepaste, betaalbare zorg ontvangen.

Uiteraard bevat de individuele gezondheidsbeleving een groot aantal subjectieve elementen. Hieronder wordt nader ingegaan op de factoren die daarbij bepalend zijn.

1.2 Waardoor wordt de gezondheid bepaald?

Om beleid te formuleren is het noodzakelijk te weten welke factoren bepalend zijn voor de gezondheid.

Dit leidt immers tot inzicht in de mogelijkheden tot beïnvloeding van de gezondheid. Een veelgebruikt model is het model van Lalonde (¹Lalonde, 1974, A new perspective on the health of Canadians).

In dit model worden vier groepen van determinanten beschreven die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

- Biologische factoren
- Fysieke en sociale omgeving
- Leefstijl en gedrag
- Gezondheidszorg

De biologische factoren zijn niet direct beïnvloedbaar door de lokale overheid en worden in deze nota dus verder buiten beschouwing gelaten.

De overige drie groepen van determinanten zijn door de overheid wel degelijk beïnvloedbaar en kunnen als leidraad dienen voor het denken over gezondheidsproblemen, oorzaken en oplossingen.

Bijvoorbeeld: eenzaamheid van ouderen is een probleem dat ook te maken heeft met de sociale leefomgeving. De gemeente zou hierop invloed kunnen uitoefenen door bijvoorbeeld het stimuleren van mantelzorg en vrijwilligerswerk, van buurtgerichte activiteiten, het aanwijzen van ontmoetingsplaatsen enzovoort.

Roken, drinken en drugsgebruik hebben te maken met de leefstijl. Leefstijlen zijn moeilijk te beïnvloeden en vragen naast bijv. gezondheidsbevordering een mentaliteitsverandering en eigen verantwoordelijkheid van de burger. Middels voorlichting, handhaving, het instellen van rookvrije ruimtes en dergelijke kan de gemeente hierop invloed uitoefenen.

De gezondheidszorg op zichzelf is eveneens van belang. De gemeente kan toezien op goede bereikbaarheid en toegankelijkheid.

Samengevat kan de gemeente door middel van het beïnvloeden van leefstijl, sociale en fysieke omgeving en gezondheidszorg de gezondheid en gezondheidsbeleving bevorderen. Daarbij kan specifiek aandacht worden geschonken aan die groepen die gelet op de sociaal-economische gezondheidsverschillen in een kwetsbare positie verkeren. Dit vereist nauwkeurig monitoren van de gezondheidssituatie en -beleving van de betrokken inwoners om gericht beleid te kunnen voeren.

¹ Lalonde, 1974, A new perspective on the health of Canadians

1.3 De gemeente en onze gezondheid

In de Grondwet, Gemeentewet en Welzijnswet zijn algemene wettelijke kaders vastgelegd voor de verantwoordelijkheid van de overheid, inclusief de gemeenten, voor de gezondheid van de inwoners. Sinds 25 mei 1990 is de rol van de gemeente in het gezondheidsbeleid vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV).

Daarnaast zijn er nog andere wetten die met volksgezondheid te maken hebben (zie voor de wettelijke kaders bijlage 1). Tot nu toe is iedere gemeente hier op zijn eigen wijze mee omgegaan. Om te trachten hierin meer eenduidigheid te krijgen en een versterking te bereiken, heeft de ex-Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Borst, de commissie Versterking Collectieve Preventie Volksgezondheid (commissie Lemstra) ingesteld. Deze commissie heeft haar bevindingen aan de Minister gerapporteerd.

In 1997 is in een reactie op het rapport van de commissie Lemstra het actieprogramma "Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid" gestart. Dit met als doel gezondheid meer en meer op de gemeentelijke agenda te krijgen. Daarnaast zien we de laatste jaren mede onder druk van enkele gebeurtenissen die landelijk de aandacht trokken (legionella-epidemie in Bovenkarspel, meningokokkenC-vaccinatie, geneeskundige hulp bij rampen en ongelukken zoals Enschede en Volendam) dat de aandacht van gemeenten voor de volksgezondheid groter wordt. Gemeenten realiseren zich in toenemende mate dat zij een belangrijke rol hebben in het bevorderen van de volksgezondheid in brede zin.

Op grond van de WCPV zijn de gemeenten met ingang van 1 juli 2003 verplicht elke 4 jaar een nota lokaal volksgezondheidsbeleid vast te stellen.

In de nieuwe WCPV staat beschreven dat gemeenten een grotere rol dienen in te nemen bij de afstemming en samenhang van:

- collectieve preventie (WCPV-taken)
- "care" (zorg voor specifieke aandachtsgroepen, jeugd, gehandicapten, en ouderen)
- "cure" (bevorderen toegankelijkheid en afstemming geneeskundige voorzieningen)
- geestelijke gezondheidszorg en welzijn zoals verslavingsbeleid, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en maatschappelijk werk

De volgende taken van de gemeenten worden in de WCPV onderscheiden:

- gezondheidsbescherming: voorkomen dat burgers worden blootgesteld aan bedreigingen van de gezondheid, bijvoorbeeld: riolering, waterzuivering, bouw- en woningtoezicht, milieubeheer, verkeersveiligheid, hygiëne-inspecties;
- gezondheidsbevordering: uit oogpunt van gezondheid relevant gedrag positief beïnvloeden;
- ziektepreventie: stimuleren, coördineren en mede uitvoeren van activiteiten en maatregelen die beogen ziekten te voorkomen, dan wel ziekten in een vroeg stadium op te sporen. In dat kader is de gemeente ook verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg van 0 – 19 jaar.

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (zie bijlage 1)

Met de WCPV hebben gemeenten in medebewind (onder verantwoordelijkheid van de Minister) de verantwoordelijkheid gekregen voor de collectieve preventie. Omdat de gemeente het dichtst bij de burger staat en het beste zicht en de meeste invloed heeft op de lokale leefomgeving, problemen en oplossingsmogelijkheden, heeft het rijk in 1989 deze taak naar de lokale overheid gedecentraliseerd.

Gemeenten hebben de opdracht gekregen te zorgen voor collectieve preventie gericht op infectieziekten en op kinderen tussen 0 en 19 jaar. Tevens moet de gemeente een Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) in stand houden die in elk geval deze uitvoeringstaken verricht. Daarnaast hebben de gemeenten de taak om inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van hun bevolking. De WCPV geeft gemeenten ook de taak om de totstandkoming en continuïteit en de samenhang van collectieve preventie te bevorderen en de afstemming met de curatieve gezondheidszorg te verzorgen.

1.4 Spelen op de winst

In januari 2000 verscheen er een inspirerend advies aan de Minister van Volksgezondheid van het landelijk platform Openbare Gezondheidszorg (OGZ) genaamd: "Spelen op de winst". Het rapport "Spelen op de winst"¹ vormt een belangrijke basis voor de versterking van de openbare gezondheidszorg (OGZ).

De OGZ omvat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die doelbewust bezig zijn met preventie en met bescherming en bevordering van de gezondheid. Het platform ziet drie belangrijke knelpunten: het gebrek aan samenhang in de zorg, het ontbreken van synergie tussen de verschillende benaderingen in de OGZ en het teveel van het toeval afhankelijk niveau van de samenwerking.

Het einddoel van het platform van VWS is dat partijen binnen enkele jaren gezamenlijk afspraken hebben gemaakt, vertaald in concrete doelen die realistisch en afrekenbaar zijn. De bijdrage van elke partij aan het beleid is daarin vastgelegd. Het platform kiest voor een plan dat een evenwichtige combinatie is van verleidingen, beloningen en verplichtingen. In het rapport zijn de doelen vastgelegd (zie kader).

De uitvoering startte met het opstellen van een Nationaal Contract voor de Openbare Gezondheidszorg.

Het advies prikkelt de landelijke overheid en de gemeenten om de collectieve preventieve gezondheidszorg een eigen gezicht te geven binnen een landelijk kader. Vanuit deze taak van het Openbaar Bestuur wordt een web geweven: het lokaal gezondheidsbeleid. Dit beleid is een belangrijk instrument om de doelen (zie kader) van het OGZ te bereiken.

Doelen Openbare Gezondheidszorg "Spelen op de winst"

Het Platform Openbare Gezondheidszorg formuleert in het rapport "Spelen op de winst" de volgende doelstellingen:

Voor het jaar 2006 moeten we in Nederland verder gevorderd zijn om te bereiken dat:

- *mannen en vrouwen langer in gezondheid leven*
- *de verschillen in gezonde levensverwachting in relatie tot de sociaal-economische status zijn teruggelopen*
- *jongeren minder risicogedrag vertonen*
- *psychosociale en psychische problemen afnemen*
- *meer partijen bijdragen aan openbare gezondheidszorg*
- *de structuur van de openbare gezondheidszorg versterkt is*

1.5 Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg

In februari 2001 hebben de partijen die een belangrijke rol spelen in de openbare gezondheidszorg, de minister van Volksgezondheid, de minister van Binnenlandse Zaken, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland, een nationaal contract getekend met de intentie tot samenwerking over de periode 2001 – 2003.

Het contract heeft als doel overheden, organisaties, instellingen en beroepsoefenaren zowel op landelijk als op lokaal niveau te stimuleren tot en te ondersteunen bij sturing en uitvoering van de openbare gezondheidszorg.

De genoemde partijen hebben in het contract prioriteiten vastgesteld. De winstmogelijkheden worden gezocht in zo gelijk mogelijke kansen op gezondheid voor iedereen en in randvoorwaarden die het mogelijk maken voor mensen om gezond te leven. De prioriteit ligt daarom bij het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) en bij het bevorderen van gezonde leefstijlen.

Hier vloeien een aantal thema's uit voort, te weten:

1. zo gelijk mogelijke kansen op gezondheid voor alle burgers
2. bevordering van gezond leven
3. samenwerking tussen cure en care en openbare gezondheidszorg

¹ Spelen op de winst, VWS Platform Openbare Gezondheidszorg, januari 2000

Tevens vormen het lokaal en het landelijke beleid, de infrastructuur voor de basistaken, de kennisstructuur en beleidsonderbouwing aandachtsgebieden.

1.6 Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Een van de belangrijke speerpunten, voortvloeiend uit de in het rapport "Spelen op de Winst" genoemde doelen, is het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Het blijkt dat niet iedereen gelijke kansen heeft op een gezond leven! Er zijn specifieke groepen te benoemen die wat dat betreft in een achterstandspositie verkeren. De volgende groepen zijn hierin te onderscheiden:

- allochtonen
- jeugdigen
- chronisch zieken en gehandicapten
- ouderen(75+)
- mensen met een laag sociaal-economische status (SES)

In het contract is overeengekomen dat partijen komen tot een plan van aanpak om de geconstateerde verschillen terug te dringen en de te plegen interventies.

Gemeenten zullen hieraan in het verplichte lokaal volksgezondheidsbeleid tevens aandacht moeten schenken.

1.7 Lokaal volksgezondheidsbeleid

Als regisseur spreekt de gemeente de verschillende partijen aan op hun rol en hun verantwoordelijkheden. Lokaal volksgezondheidsbeleid is bij uitstek integraal beleid (hoofdstuk 3), dat stoelt op samenwerking tussen de partijen. Het overstijgt sectorgrenzen, gaat over de schotten heen en waarborgt samenhang in de interventies. Daarnaast drijft het lokaal gezondheidsbeleid op de synergie van de betrokken partijen, die soms tegenstrijdige belangen hebben. Het onderscheid tussen de publieke - en private sector krijgt een nieuwe invulling.

De gemeenten hebben als regisseur een belangrijke taak in:

- *Het afstemmen van de collectieve preventie met de zorgaanbieders*
- *Het afstemmen van gemeentelijk beleid en het beleid van de zorginstellingen*
- *Het bespreken van geconstateerde lacunes in de zorg*
- *Het realiseren van een vangnetfunctie voor de geestelijke gezondheidszorg in samenwerking met de reguliere vormen van gezondheidszorg*
- *Het beschikbaar stellen van (bouw)locaties om het zorgaanbod te verbeteren*
- *Het op lokaal en regionaal niveau stimuleren van samenwerkingsrelaties.*
- *Het bevorderen van volwaardig burgerschap voor mensen met een handicap*

Lokaal gezondheidsbeleid is in wezen het afstemmen en sturen van verschillende beleidsterreinen vanuit het belang van de gezondheid van de inwoners.

Het neemt gezondheidsproblemen en vragen als uitgangspunt, en verdiept zich in de achtergronden daarvan.

Een weloverwogen aanpak die effect sorteert, krijgt de aandacht boven het blussen van branden van alledag. Deze zijn wel aan de orde, worden uiteraard ook adequaat bestreden en zijn tevens relevant als object van monitoren en vroegtijdige signalering. Lokaal volksgezondheidsbeleid is van nature pro-actief en anticiperend, gericht op investeren in preventie en in processen.

1.8 Landelijke ontwikkelingen en hun regionale uitwerkingen

Naast de ontwikkelingen ten aanzien van de collectieve preventie, de versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid en de verbreding van de visie op gezondheid en gezondheidszorg zijn er meer landelijke ontwikkelingen aan te geven die gemeenten steeds meer verantwoordelijkheid en mogelijkheden hebben gegeven om het zorg- en gezondheidsbeleid op het lokale niveau in te vullen.

- Vermaatschappelijking van de zorg.
- Toenemende gemeentelijke betrokkenheid bij de openbare geestelijke gezondheidszorg.
- De verbreding van het terrein van de indicatiestelling.
- Modernisering van de AWBZ.
- Jeugdgezondheidszorg
- Wet Voorziening Gehandicapten

1.8.1 Vermaatschappelijking van de zorg

Vermaatschappelijking van de zorg is aan de orde in de ouderen- en psychiatrische zorg. Mensen met een lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperking willen veelal zo lang mogelijk zelfstandig blijven functioneren en de regie houden over hun eigen leven. Om dit te realiseren moet meer zorg op maat worden geleverd en is afstemming van zorgbeleid nodig met andere beleidsterreinen, zoals welzijn, wonen, onderwijs en gehandicaptenbeleid.

Mondigheid van burgers leidt ook tot een omslag van aanbodgericht naar meer vraaggericht werken. Het is daarom voor de gemeente, maar ook voor de organisaties in de gezondheidszorg van belang inzicht te hebben of te krijgen in de behoefte van deze burgers. Met de invoering van het Collectief Vraagafhankelijk Vervoer is bijvoorbeeld een bijdrage geleverd aan mobiliteit, een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie.

De door de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uitgebrachte rapporten aan de regering (resp. *'De handicap van de samenleving'* en *'Samenleven in de samenleving'*) bevatten belangrijke paragrafen over de aan gemeenten toe te komen taken. Afhankelijk van de uitkomst van de discussie binnen het kabinet, zal dit effect hebben op het gemeentelijk beleid.

1.8.2 Toenemende gemeentelijke betrokkenheid bij de openbare geestelijke gezondheidszorg

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) bestrijkt een heel breed terrein, dat zich ook niet scherp laat afbakenen. De OGGZ onderscheidt zich van de overige geestelijke gezondheidszorg doordat het zich afspeelt in het publiek domein, zonder dat er een individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt. De Nationale Raad voor Volksgezondheid (NRV) heeft in 1991 de volgende definitie voor OGGZ geformuleerd:

'Alle activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg die niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag worden uitgevoerd'.

Het belangrijkste element hieruit is dat er geen vraag om zorg is van de personen op wie de OGGZ zich richt. Niet de patiënt zelf, maar derden brengen de hulp op gang.

De NRV onderscheidt drie niveaus waarop het OGGZ-werk plaatsvindt, te weten:

1. Directe hulpverlening voor het individu: dat wil zeggen permanent beschikbare hulpverlening (7x24-uurs crisisinterventie en -opvang);
2. Zorg voor risicogroepen: oftewel zorg en preventie voor mensen met een verhoogd risico;
3. Collectieve GGZ: dat wil zeggen preventie, gezondheidsbevorderende en beschermende activiteiten gericht op niet nader omschreven groepen.

Het Ministerie van VWS heeft op 24 juni 1997 een beleidsbrief over de versterking van de OGGZ naar de Tweede Kamer gestuurd. Daarin geeft minister Borst onder meer aan dat het bij de OGGZ gaat om de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor kwetsbare personen die niet zelfstandig of vrijwillig van de bestaande voorzieningen gebruik maken. OGGZ heeft als functie om inhoud te geven aan de preventie- en de vangnetfunctie.

Van oudsher heeft de gemeente een bemoeienis met de openbare geestelijke gezondheidszorg. Vanuit het ministerie van VWS wordt gestimuleerd deze rol te versterken door het landelijk afgesloten convenant openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ).

Op 19 oktober 1999 is een landelijk convenant tot uitvoering van het OGGZ-beleid gesloten. Dit convenant is ondertekend door de Minister van VWS, de VNG, GGZ Nederland, GGD Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Federatie Opvang.

Het convenant staat in het teken van twee parallellopende beleidsontwikkelingen: de vermaatschappelijking van de zorg en de ontwikkeling van een Openbare Geestelijke Gezondheidszorg.

Om de vermaatschappelijking van zorg te kunnen realiseren, dienen instellingen intensief samen te werken. Deze behoefte aan samenwerking heeft het ontstaan van een convenant sterk gestimuleerd.

Het convenant heeft een tweeledig doel. Allereerst willen de landelijke partijen de lokale partijen ondersteunen en stimuleren bij het formuleren en uitvoeren van het OGGZ-beleid. Hiervoor is een landelijk platform OGGZ opgericht. Het tweede doel is dat in 2001 in het hele land de gemaakte afspraken formeel zouden zijn vastgelegd in lokale en regionale convenants binnen het kader van het landelijk convenant.

In deze convenants maken de betrokken partners afspraken over een ketenbenadering in de OGGZ, onder meer in de crisisopvang, dak- en thuislozenzorg.

Daarnaast valt per 1 januari 1998 de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke opvang onder de Welzijnswet. Er zijn centrumgemeenten aangewezen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de maatschappelijke opvang voor de betreffende regio. In de regio Zuid-Holland Zuid is de gemeente Dordrecht aangewezen als zo'n centrumgemeente op grond van het Besluit specifieke uitkeringen maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid (zie 3.1.3).

1.8.3 Verbreding van het terrein van de indicatiestelling

Sinds 1 januari 1998 (Zorgindicatiebesluit) valt naast de indicatiestelling voor verzorging- en verpleeghuiszorg, de indicatiestelling voor thuiszorg onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Bovendien zijn gelijktijdig de lokale indicatiecommissies vervallen en vervangen door regionale indicatieorganen (RIO's). In de GGD regio Zuid-Holland Zuid zijn twee RIO's: RIO Alblasserwaard/Vijfheerenlanden² en RIO Dordrecht en Zwijndrechtse Waard te Dordrecht³. Het RIO, waarin zorgaanbieders, gemeenten en georganiseerde zorgvragers bestuurlijk zijn vertegenwoordigd, is verantwoordelijk voor het (laten) uitvoeren van de objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling. Deze wijze van indiceren houdt in dat dit altijd volgens dezelfde regels gebeurt, dat alle mogelijkheden bij de beoordeling worden betrokken en dat de indicatiestelling los van de belangen van de financiers en de zorgverleners plaatsvindt.

De rijksoverheid is van mening dat de RIO's in Nederland meer voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn moeten gaan indiceren om beter aan de wensen van de zorgvrager te kunnen voldoen. Een en ander houdt in dat indicatiestelling voor WVG, GGZ en gehandicaptenzorg zal worden geïmplementeerd.

1.8.4 Modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

In de AWBZ is de langdurige zorg voor alle burgers geregeld. De AWBZ bood echter weinig ruimte voor flexibiliteit. In "*Zicht op Zorg (1999)*" heeft het ministerie van VWS de modernisering van de AWBZ uitgewerkt. Het is een belangrijk instrument voor regionale

² Voor de gemeenten Gorinchem, Alblasserdam, Hardinxveld-Giessendam, Giessenlanden, Graafstroom, Leerdam, Liesveld, Nieuw-Lekkerland, Papendrecht, Sliedrecht en Zederik

³ voor de gemeenten Dordrecht, Zwijndrecht en Hendrik Ido Ambacht.

samenwerking en afstemming op lokaal aanbod. De nieuwe AWBZ is per 1 april 2003 van kracht geworden.

Bij de modernisering van de AWBZ is een belangrijke rol toegekend aan zogenaamde zorgkantoren. Zorgkantoren zijn regionale ziektekostenverzekeraars die zijn aangewezen door de Ziekenfondsraad ter uitvoering van de AWBZ. In onze regio is dat het zorgkantoor Waardenlanden. De zorgkantoren hebben beleidsmatige verantwoordelijkheid gekregen, waardoor een zorgkantoor in de regio een gezaghebbende contractpartij is geworden voor AWBZ-zorgaanbieders.

De rol van een zorgkantoor ten opzichte van de cliënten (zorgvragende verzekerden) verandert ook. In de toekomst moeten verzekerden er van op aan kunnen dat het zorgkantoor de zorg inkoop die nodig is. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het contracteren van de zorgaanbieders (denk bijvoorbeeld aan thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen) en voor kwantitatief en kwalitatief voldoende zorg in de regio. Tevens kunnen zij Zorg-op-maat contracteren bij zorgaanbieders en toezien op een doelmatige besteding van de middelen.

Een belangrijke functie in de versterking van de positie van de zorgvrager is ook weggelegd voor het zogenaamde Persoonsgebonden Budget (Pgb). Degene die dit verkiest boven zorg in natura (bijv. een plaats in een instelling), kan met dit budget zelf zorg inkopen of regelen. Dit geeft een belangrijke prikkel aan zorgaanbieders om datgene te bieden wat zorgvragers nodig hebben.

Een maatregel die marktwerking in de gezondheidszorg bevordert is het toelaten van nieuwe zorgaanbieders en het verruimen van doelgroepen van bestaande aanbieders. De overheid hoopt hiermee zowel de keuzevrijheid van zorgvragers te vergroten als en prijseffect te realiseren.

Deze ontwikkelingen versterken de positie van verzekerden ten opzichte van de zorgaanbieders. In feite is dit de grondgedachte van de modernisering van de AWBZ: een omslag van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorgverlening.

1.9 Jeugdgezondheidszorg

Tot 1 januari 2003 hadden gemeenten op basis van de WCPV de verantwoordelijkheid voor de jeugdgezondheidszorg voor de 4 tot 19 jarigen, dat voor onze gemeente werd uitgevoerd door de GGD Zuid-Holland Zuid. De staatssecretaris van VWS heeft gemeenten de verantwoordelijkheid gegeven voor de 0 tot 4 jarigen. Dit was destijds een verantwoordelijkheid van de thuiszorg.

Het AWBZ-budget van de 0-4 jarigenzorg wordt beschikbaar gesteld als doeluitkering (Regeling Specifieke Uitkering) aan de gemeenten. In 2008 gaat deze uitkering waarschijnlijk naar het gemeentefonds. De middelen voor het maatwerkgedeelte voor de 0 tot 4 jarigen worden vanaf 2003 reeds toegevoegd aan het gemeentefonds (zie 2.1.6 en 3.3)

1.10 Wet Voorzieningen Gehandicapten

De gemeente voert sinds 1994 de Wet Voorzieningen Gehandicapten uit. Voorzieningen, hulpmiddelen en aanpassingen zijn voor gehandicapten en ouderen een belangrijke voorwaarde om volwaardig te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven. Zoals vermeld in 1.8.3. worden de indicatiestellingen in het kader van de WVG binnenkort uitgevoerd door het RIO.

HOOFDSTUK 2 DE GEMEENTE EN DE GGD

Inleiding

De gemeenten dienen op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid een gemeentelijke gezondheidsdienst in te stellen en in stand te houden. Bij de goedkeuring van de herziening op 9 juli 2002 van de WCPV is door de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie invulling gegeven aan het basispakket dat elke GGD zou moeten uitvoeren. De herziening is van kracht geworden op 1 januari 2003. Het pakket omvat in ieder geval: bevorderingstaken, medische milieukunde, technische hygiënezorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, infectieziekten en jeugdgezondheidszorg. Binnen de regio Zuid-Holland Zuid worden twee GGD-en in stand gehouden, namelijk de GGD Zuid-Holland Zuid en de GGD Zuid-Hollandse Eilanden.

In de regio Zuid-Holland Zuid is de verantwoordelijkheid voor de GGD overgedragen aan de gemeenschappelijke regeling Zuid-Holland Zuid, hierna te noemen Regio Zuid-Holland Zuid. Het bestuur van de Regio Zuid-Holland Zuid bestaat uit het algemeen bestuur en het dagelijks bestuur. Een lid van het algemeen bestuur is aan de gemeenteraad, die hem als lid heeft aangewezen, verantwoording verschuldigd voor het door hem in het algemeen bestuur gevoerde beleid.

Het dagelijks bestuur is belast met en bevoegd tot de dagelijkse leiding van de regio. Een van de leden van het dagelijks bestuur heeft de portefeuille Volksgezondheid. Dit lid heeft bilateraal overleg met de directie van de GGD en is tevens voorzitter van het portefeuillehoudersoverleg Volksgezondheid/Welzijn. De 14 gemeenten voeren regelmatig overleg met de GGD Zuid-Holland Zuid. Hiervoor is, naast het portefeuillehoudersoverleg, een ambtelijk overleg ingesteld. In dit overleg wordt geadviseerd ten aanzien van het gevoerde en te voeren beleid in het kader van de Wet Collectieve Preventie en worden nieuwe initiatieven op het gebied van de openbare gezondheidszorg besproken. Het portefeuillehoudersoverleg geeft advies aan het dagelijks bestuur van de Regio Zuid-Holland Zuid. Zij kan hiertoe zelf initiatieven nemen, maar kan tevens geraadpleegd worden.

De GGD ZHE voert de Basistaken WCPV uit voor de gemeenten in de Hoeksche Waard. De GGD ZHZ voert deze uit voor de gemeenten in de Drechtsteden, Alblasserwaard en Vijfheerenlanden. Onder het samenwerkingsverband/OL ZHZ worden de taken in het kader van de Regionale Ambulancevoorziening, forensische geneeskunde en GHOR tevens uitgevoerd voor de gemeenten in de Hoeksche Waard.

De missie van de GGD Zuid-Holland Zuid luidt: het bewaken, bevorderen en beschermen van de gezondheid van de bevolking in het algemeen, en van doelgroepen die extra risico lopen in het bijzonder. Hij is paraat en coördineert.⁴

2.1 Taken GGD ZHZ

Naast de hiervoor genoemde basistaken wordt door de GGD ZHZ ook een aantal plustaken uitgevoerd. Hiertegenover staat dan additionele financiering. Soms gaat het hierbij om een verdieping van een basistaak (bijv. sommige projecten op de scholen) en soms gaat het om een afzonderlijke taak waarbij gebruik kan worden gemaakt van bij de GGD aanwezige capaciteit of kennis.

Gewerkt wordt vanuit twee sectoren:

- De sector Volksgezondheid omvat de afdelingen Jeugdgezondheidszorg, Algemene gezondheidszorg, Sociaal medische advisering, Gezondheidsbevordering en Onderzoek en Forensische geneeskunde
- De sector Operationele Dienst omvat de afdelingen Regionale Ambulancevoorziening Zuid-Holland Zuid, Opleidingen en Technische en Huishoudelijke Dienst.

⁴ Meertjarenbeleidsplan GGD ZHZ 2002-2006

Daarnaast functioneert de GGD ZHZ als ondersteunings- en uitvoeringsorganisatie voor het Regionaal Indicatieorgaan (Dordrecht, Zwijndrechtsche Waard en Alblasterwaard/Vijfheerenlanden), de Medische Opvang Asielzoekers, de Huisartsenposten en het GHOR bureau ZHZ.

Aan de hand van de door de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie omschreven taken zal vervolgens worden aangegeven op welke wijze hier binnen de GGD ZHZ invulling aan wordt gegeven.

2.1.1 Bevorderingstaken

De bevorderingstaken vinden bij de GGD ZHZ met name plaats binnen de afdeling Gezondheidsbevordering en Onderzoek. Het gaat dan om beleid, epidemiologie, gezondheidsvoorlichting & opvoeding en bevolkingsonderzoek.

Het beleid spitst zich op dit moment voornamelijk toe op ondersteuning van de gemeenten bij de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid. Basis van dit beleid is het verzamelen van epidemiologische gegevens. Belangrijk hierbij is de gezondheidsmonitor die door deze afdeling in samenwerking met het Sociaal Geografisch Bureau Dordrecht werd uitgevoerd. In hoofdstuk 4 wordt hierop ingegaan.

Het beperkt zich hierbij niet alleen tot het verzamelen van gegevens maar met name ook de interpretatie van deze onderzoeksresultaten en de vertaling naar beleid op basis van probleemanalyse.

Gezondheidsvoorlichting en opvoeding is een essentieel onderdeel van preventie. Gelet op de uitkomst van de eerste gezondheidsmonitor is reeds projectmatig ingezet op het BRAVO-concept (Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning). Het is de bedoeling om met het oog op de doelgroep een samenhangend preventieprogramma te ontwikkelen en uit te voeren binnen dit BRAVO-concept. Kernwoorden hierbij zijn intersectorale aanpak, participatie uit de doelgroep en multidisciplinaire samenwerking. Een gezonde leefstijl levert volgens "Volksgezondheid Toekomst Verkenning-97" een substantiële bijdrage aan het terugbrengen van het aantal mensen dat een beroep doet op de gezondheidszorg. Met name geldt dit voor kwetsbare groepen zoals jeugd, ouderen, chronisch zieken, allochtonen en lage sociaal economische groepen.

Op dit moment zijn er al diverse projecten waarbij mensen gewezen worden op gezonde voeding, het belang van bewegen (o.a. Fittesten) en stresspreventie.

Behalve deze gerichte preventieactiviteiten wordt publieksinformatie geboden middels:

- ☐ De Gezondheidswijzer
De Gezondheidswijzer is het informatiecentrum van de GGD. Behalve informatie over gezondheid kan het publiek hier ook terecht voor:
 - ☐ informatie over bevolkingsonderzoeken
 - ☐ informatie en aanmelding voor het VTO-team (vroegtijdige onderkenning; zie ook bij jeugdgezondheidszorg) en GGD-cursussen
 - ☐ lesmateriaal over gezondheid voor uitleen/gebruik op scholen
 - ☐ GGD- en ander informatiemateriaal.
- ☐ Informatiezuilen
Verspreid over de GGD-ZHZ regio staan 21 informatiezuilen. Hierin wordt informatie in foldervorm aangeboden.
- ☐ Lokale media
Regelmatig worden GGD-artikelen over preventie aangeleverd aan de media en aan gemeenten voor plaatsing op de gemeentepagina.
- ☐ GGD Homepage
Deze homepage biedt de mensen niet alleen informatie over het werk van de GGD ZHZ, over ziekte en gezondheid maar ook over actuele ontwikkelingen (met name de pagina over infectieziekten wordt regelmatig bezocht).

Voor wat betreft de bevorderingstaken kan tot slot nog vermeld worden dat de GGD ZHZ ook de coördinatie verzorgt van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

2.1.2 Medische milieukunde

In het kader van medische milieukunde houdt de GGD ZHZ zich in eerste instantie bezig met de volgende werkzaamheden:

☐ Klachtenbehandeling

Het gaat hierbij om de behandeling van medisch-milieukundige vragen en gezondheidsklachten. Twee vragen staan hierbij centraal

- ☐ of een bepaalde milieuverontreiniging een bedreiging vormt voor de gezondheid en
- ☐ of een geconstateerde gezondheidsschade veroorzaakt kan zijn door milieuverontreiniging

Behalve over het leefklimaat in huis hebben de meeste vragen o.a. betrekking op asbest, ziekteclusters en bodemverontreiniging. De vragen worden zowel door de bevolking als door de overheid en instellingen gesteld.

☐ Advisering en voorlichting bij incidenten

Het betreft het adviseren en voorlichten van bevolking, gemeenten en hulpverleners bij milieu-incidenten. Kernbegrippen zijn hierbij risicobeoordeling en risicocommunicatie.

☐ Collectieve preventie

De GGD ZHZ heeft hier een signalerende en adviserende rol t.a.v. gezondheidsrisico's in relatie tot milieu. Dit uit zich o.a. in het leveren van een bijdrage aan het opstellen van gemeentelijke milieubeleidsplannen (o.a. hoe om te gaan met bodemverontreiniging en de relatie gezondheid en vergunningenbeleid).

Zo is de de GGD ZHZ betrokken geweest bij het project Modernisering Instrumentarium Geluidshinderbeleid. Door het wegvallen van de huidige Wet geluidshinder per 2003 dient de gemeente zelf een geluidshinderbeleid te ontwikkelen.

Ook worden door de GGD ZHZ in dit kader bouwplannen voor woningen beoordeeld. Het gaat hierbij zowel om vragen van de bevolking of van gemeenten als om pro-actieve voorlichting. Zo geeft de GGD ZHZ voor wat betreft het binnenmilieu voorlichting over "Gezond Wonen", onder andere met behulp van een mini-expositie en door het geven van groepsvoorlichting aan verenigingen en welzijnsinstellingen.

Naast dit basispakket dat de GGD ZHZ gelet op de WCPV uitvoert kan de GGD ZHZ ook nog een rol spelen bij specifieke onderzoeken binnen een gemeente of bij specifieke voorlichtingstaken. Veelal is er dan sprake van een plustaak.

2.1.3 Technische hygiënezorg

Naar het zich laat aanzien zal de Wet Kinderopvang Zorginstellingen in 2005 worden geïmplementeerd. De GGD heeft de opdracht om de inspecties in de kinderopvang uit te voeren. Als gevolg van een extra financiering van het Rijk is gewerkt aan de professionalisering. Vanaf 2003 wordt een structurele bijdrage van het Rijk verwacht. De inspecties van de peuterspeelzalen vallen niet onder de nieuwe wet. Hiervoor krijgen de gemeenten een offerte.

Ook eventuele andere inspecties op dit terrein (o.a. grootkeukens bij instellingen) vinden op offertebasis plaats.

2.1.4 OGGZ/Vangnet & Advisering

De afdeling Vangnet & Advisering heeft een tweeledige functie. Enerzijds is er aandacht voor de burgers in de regio die niet in aanmerking komen voor reguliere hulpverlening, die niet weten wat hun hulpvraag precies is, die tussen de verschillende hulpverleningsinstanties zwerven, zich onttrekken aan hulpprogramma's en waarvan de omgeving vindt dat zij hulp nodig hebben. Anderzijds zal Vangnet & Advisering gemeenten, instellingen en burgers adviseren over bovengenoemde zaken.

De GGD heeft een signalerende rol in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en zal deze, waar mogelijk, benutten om hulpbehoevenden in de samenleving op te sporen, te ondersteunen en adviseren over te maken keuzen.

Het Netwerk Huisvesting en Hulpverlening schakelt de GGD in voor diverse coördinerende werkzaamheden. Daarnaast worden er ook werkzaamheden verricht door de Zorgmakelaar voor de woningcorporaties in Dordrecht en Zwijndrecht.

De werkzaamheden zijn globaal onder te verdelen in:

- Terugdringen/beheersbaar maken van overlast die veroorzaakt wordt door multicomplexe problematiek
- Onderzoek, analyse en advies van aangemelde moeilijk plaatsbare aspirant-huurders
- Samenwerking stimuleren en onderhouden met alle instellingen die betrokken kunnen zijn bij een hulpverlenend netwerk
- Monitoring van overlastmeldingen en het hulpverleningsaanbod
- Keuze en inschakeling van de meest geëigende hulpverleningsorganisaties.

De functionaris Hygiënische probleemgevallen gaat op bezoek bij mensen waarbij het vermoeden bestaat dat er ernstige woningvervuiling is. Al naar gelang de ernst van de vervuiling en het gevaar voor de volksgezondheid worden stappen gezet om de vervuiling terug te dringen en beheersbaar te maken voor de bewoner en de omgeving.

Medewerkers van de GGD kunnen gezinnen met meervoudige problematiek, de zogenaamde Multiprobleemgezinnen, ondersteuning en begeleiding geven. Door de actieve out-reachende zorg wordt gewerkt aan de opbouw van een vertrouwensrelatie. De omgeving van het gezin wordt betrokken bij de dienstverlening door middel van terugkoppeling, afstemming en samenwerking in de vorm van casemanagement.

De doelgroep van het Spreekuur voor Dak- en thuislozen zijn die mensen die in Dordrecht verblijven maar geen vaste woon- en/of verblijfplaats hebben. Het spreekuur bestaat uit: 2x per week een verpleegkundigspreekuur en 1x per week een artsenspreekuur. Hieraan wordt medewerking verleend door drie huisartsen uit Dordrecht. De coördinatie en administratie wordt verricht door de GGD ZHZ.

2.1.5 Infectieziekten

Het voorkómen, vroeg opsporen en bestrijden van infectieziekten is van oudsher een taak van de GGD. De GGD is betrokken bij de preventie en bestrijding van infectieziekten zoals geelzucht, seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA en Aids), tuberculose, meningitis, voedselvergiftiging, rode hond, kinkhoest en mazelen.

Belangrijke werkzaamheden binnen de GGD ZHZ hierbij zijn:

- Het geven van voorlichting
Het gaat hierbij niet alleen om voorlichting om risicogedrag te voorkómen (bijv. bij SOA) maar ook voorlichting om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen vanuit de doelgroep deelnemen aan vaccinatiecampagnes (polio en hepatitis-B). Daarnaast vindt ook voorlichting plaats omtrent de mogelijke gevolgen en risico's van bepaalde infecties (bijv. Meningokokken).
- Het geven van advies
Op het moment dat zich een incident voordoet of dreigt voor te doen geeft de afdeling infectieziekten advies over hoe met het incident of met de dreiging hiervan kan worden omgegaan. Hierbij valt te denken aan het aantreffen van een verhoogde concentratie van de legionellabacterie in een sporthal tot en met de dreiging van bioterrorisme.
- Meldpunt in het kader van de infectieziektenwet.
Volgens deze wet moeten artsen een aantal infectieziekten bij de GGD melden.
- Reizigersadvisering
Mensen die afreizen naar een ver land kunnen bij de GGD ZHZ informatie inwinnen over de vaccinaties die voor dat land nodig of wenselijk zijn. De GGD ZHZ draagt

tevens zorg voor het toedienen van deze vaccinaties. In de gemeente Gorinchem kunnen de burgers ook terecht voor een vaccinatie.

2.1.6 Jeugdgezondheidszorg

De visie van de Jeugdgezondheidszorg gaat uit van het principe dat alle kinderen recht hebben op gelijke kansen ten aanzien van gezondheid en welzijn.

Tot en met 2002 hadden gemeenten op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) de verantwoordelijkheid voor de jeugdgezondheidszorg voor de 4 tot 19 jarigen (uitvoering ligt bij de GGD-ZHZ) en ligt de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de 0 tot 4 jarigen bij de thuiszorg. Vanaf 1 januari 2003 kwam deze scheiding in de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg te vervallen en hebben de gemeenten de totale verantwoordelijkheid voor de zorg voor de 0 tot 19 jarigen.

De gemeenten in de regio Zuid-Holland Zuid hebben de GGD een coördinerende rol gegeven in deze ontwikkelingen.

De GGD Zuid-Holland Zuid (uitvoerder 4-19 jarigen), Rivas Zorggroep en Opmaat (uitvoerders 0-4 jarigen) hebben over de inhoudelijke afstemming van de zorg voor 0-19 jarigen een overeenkomst gesloten en een gezamenlijk beleidsplan integrale jeugdgezondheidszorg ontwikkeld. Uitgangspunt is dat thuiszorginstellingen de zorg voor de 0 tot 4 jarigen, onder regie van de GGD Zuid-Holland Zuid, voorlopig blijven uitvoeren en in 2006, de wijze van uitvoering van de totale jeugdgezondheidszorg wordt geëvalueerd. Door ondertekening op 4 februari 2002 van de bestuurlijke intentieverklaring jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar is één en ander bekrachtigd. De jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen is opgenomen in de gemeenschappelijke regeling Zuid-Holland Zuid.

Per 1 januari 2003 is het Landelijk Basistakenpakket ingevoerd, bestaande uit een uniform en een maatwerkgedeelte. Tot het uniforme gedeelte worden alle producten gerekend die aangeboden moeten worden aan kinderen in het basis- en voortgezet onderwijs. Tot het maatwerkgedeelte worden producten van het basistakenpakket gerekend, waarbij gemeenten een eigen beleidsvrijheid hebben.

Rivas Zorggroep en de GGD ZHZ bieden ondersteuning aan ouders, leerkrachten en jeugdigen bij gezondheidsvragen en problemen met de opvoeding in Gorinchem. Hiertoe voeren ze jaarlijks diverse individuele onderzoeken uit en bereiken een zeer groot gedeelte van alle autochtone en allochtone ouders. Op het terrein van preventieve opvoedingsondersteuning bieden ze ouders cursussen aan, doen huisbezoeken, verzorgen themabijeenkomsten en houden opvoedspreekuren. Hoewel het aanbod preventieve opvoedingsondersteuning van Rivas Zorggroep en de GGD ZHZ gericht is op alle ouders, lijken autochtone ouders daarvan het meeste gebruik te maken. Daarnaast worden door Arkelstad (Sociaal Cultureel Werk) en de Stichting Kindercentra Gorinchem (SKG) in Gorinchem ook opvoedingsondersteunende activiteiten uitgevoerd (NB: project wordt gefinancierd door het Oudkomersproject, zie 3.2 onder Oudkomersbeleid). Kortdurende opvoedingsondersteuning-interventies en –projecten specifiek gericht op allochtone ouders zijn, vaak een druppel op de gloeiende plaat. Slechts een beperkt deel van de totale doelgroep wordt bereikt, het kost de organisaties en de gemeente veel tijd en middelen en veelal is onduidelijk wat het effectieve rendement van dergelijke interventies op langere termijn inhoudt. Daar het bereik onder de Jeugdgezondheidszorg in Gorinchem hoog is voor zowel de allochtone als autochtone ouders kan hier wellicht wat betreft de opvoedingsondersteuning in de toekomst meer gebruik van worden gemaakt (uit het projectplan van: *Opvoedingsondersteunende activiteiten voor allochtone echtparen van Stichting voor Opvoedingsondersteuning S&O, 2003*).

2.1.7 Plustaken

Naast wettelijke taken voert de GGD een groot aantal overige taken uit. Deze worden in opdracht van één of meer gemeenten uitgevoerd of worden door derden afgenomen en betaald:

- Het Regionaal Indicatie Orgaan Dordrecht / Zwijndrechtse Waard
- Ambtelijke ondersteuning en beleidsadvisering Regionaal Indicatie Orgaan Alblasserwaard en Vijfheerenlanden
- Logopedie op basisscholen (Dordrecht)
- Forensische geneeskunde
Het gaat hier om medische dienstverlening in opdracht van politie of justitie voor taken die liggen op het grensvlak van gezondheidszorg en rechtspleging (lijkschouwingen, psychiatrische beoordelingen, onderzoek alcohol en drugs, letselrapportages bij geweldsmisdrijven, arrestantenzorg en medische zorg aan gedetineerden van de Penitentiaire Inrichting de Dordtse Poorten.
- Medische Opvang Asielzoekers op het gebied van collectief preventieve medische zorg.
- Het verzorgen van allerlei opleidingen op medisch/hulpverlenend gebied aan instellingen en het bedrijfsleven.

De overige plustaken kunnen beschouwd worden als verdieping van een bepaalde basistaak en worden bij de beschrijving daarvan vermeld.

2.1.8 Regionaal Ambulancevervoer Zuid-Holland Zuid

De ambulancezorg, besteld vervoer en spoedeisende ambulancezorg, is onderdeel van de curatieve zorgketen. Het ambulancevervoer wordt in deze regio gecoördineerd door een Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). Deze meldkamer is operationeel geïntegreerd met de meldkamerfuncties van de politie en de brandweer.

De ambulancedienst en de CPA zijn formeel samengevoegd tot een RAV (Regionale Ambulancevoorziening). Het werkgebied van de RAV betreft de gemeenten in het samenwerkingsverband Zuid-Holland Zuid. Dit samenwerkingsverband bestaat uit 21 gemeenten uit de Alblasserwaard/Vijfheerenlanden, de Drechtsteden en de Hoekse Waard.

Het doel van de RAV is om, in samenwerking met de ketenpartners, kwalitatief verantwoorde en doelmatige ambulancezorg te leveren op het gebied van zorgindicatie, zorgtoewijzing, zorgcoördinatie, preventie, behandeling, verzorging en begeleiding.

De norm voor verantwoorde ambulancezorg (uitwerking van de Kwaliteitswet Zorginstellingen) is dat in spoedeisende gevallen een ambulance binnen 15 minuten na de eerste melding ter plekke moet kunnen zijn. Zodra de ambulance ter plaatse is, onderzoekt de ambulanceverpleegkundige de patiënt en stabiliseert hem/haar zo nodig en begeleidt de patiënt in de ambulance naar een door de meldkamer aangegeven ziekenhuis.

Bij planbare ambulancezorg gaat het vooral om vervoer van (ernstig) zieke patiënten tussen ziekenhuizen en om vervoer van patiënten die van huis (of verpleeg- of verzorgingshuis) uit naar het ziekenhuis en v.v. moeten worden vervoerd voor een bepaalde diagnostiek of therapie.

Vanuit zes standplaatsen te weten: Dordrecht, Zwijndrecht, Gorinchem, Klaaswaal, Meerkerk en Sliedrecht rijden 17 ambulances meer dan 25.000 ritten per jaar.

De RAV ondersteunt voor een aantal huisartsenposten in Zuid-Holland Zuid de Centrale Huisartsenpost door het verzorgen van vervoer voor de huisartsen.

Financiering gebeurt vanuit de ziektekostenverzekeraar op basis van door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) goedgekeurde tarifiering. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de instandhouding van de Centrale Post Ambulancevervoer.

2.1.9 Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen

De Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) is in Nederland in het kader van versterking en bestuurlijke congruentie heringedeeld in 26 GHOR-regio's. In deze regio's functioneert de GHOR onder rampenomstandigheden als een hulpverleningsketen van zelfstandige organisaties. Dit zijn met name de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), het traumacentrum, de regionale ziekenhuizen, het Nederlandse Rode Kruis (NRK), de GGD-en, de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de huisartsen. Bij grootschalige hulpverlening werken zij onder de noemer van de GHOR Zuid-Holland Zuid met elkaar samen alsof het één organisatie is.

Bij grote of kleine incidenten, waarbij gecoördineerd optreden noodzakelijk is, functioneert de GHOR ZHZ als een professionele organisatie. Een organisatie die streeft naar het leveren van kwaliteit, die ervoor zorgt dat de rampenbestrijding op geneeskundig gebied goed georganiseerd is en die gemeenten hierin ondersteunt en adviseert. De GHOR zorgt ervoor dat er snel voldoende medische hulp is op de plaats van het incident, dat grote aantallen slachtoffers kunnen worden opgevangen en die de ziekenhuizen waarschuwt op de voorbereiding op grote aantallen slachtoffers, alsmede de organisatie die zorgdraagt voor de psychosociale nazorg van getroffenen. Daarnaast levert de GHOR ZHZ een bijdrage aan de ondersteuning van de verantwoordelijke burgemeester en de gemeentelijke rampenbestrijding.

Met de bestuurlijke aanstelling van de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) in 2000 en de wijziging van de Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen (WGHR) in 2001 is de ontvlechting van de GHOR/Rampenbestrijding vanuit de GGD ZHZ tot een eigen verantwoordelijkheid in gang gezet. In 2002 is de GHOR ZHZ gepositioneerd als een zelfstandige organisatie die rechtstreeks verantwoording aflegt aan het GHOR-bestuur. Het bestuur van de GHOR ZHZ is het Algemeen Bestuur van de regio Zuid-Holland Zuid. De GHOR ZHZ maakt facilitair gebruik van de GGD Zuid-Holland Zuid.

De GHOR wordt vanuit twee bronnen gefinancierd, namelijk door een bijdrage vanuit het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en door de gemeentelijke inwonerbijdrage van de 21 regiogemeenten.

De GHOR ZHZ bestaat uit een bureauorganisatie en een parate organisatie. Beide staan onder verantwoordelijkheid van de Regionaal Geneeskundig Functionaris, die op het moment van een grootschalig incident de 'korpschef of commandant' is van het geneeskundige gedeelte. De bureauorganisatie zorgt voor ondersteuning, voorbereiding, coördinatie en afstemming op het gebied van geneeskundige hulpverlening.

HOOFDSTUK 3 INVENTARISATIE BESTAAND BELEID OP REGIONAAL EN LOKAAL NIVEAU

Inleiding

In Gorinchem gebeurt veel op het gebied van gezondheid, vaak zonder dat dit als zodanig benoemd wordt. Lokaal gezondheidsbeleid is in wezen niets anders dan beleid door afstemming en sturing in het belang van de gezondheid van inwoners.

In dit hoofdstuk zal een inventarisatie gepresenteerd worden van bestaand beleid van zowel de regio als in Gorinchem dat invloed kan hebben op de gezondheid. Ook nieuwe ontwikkelingen worden reeds genoemd. De paragrafen 3.1.1 tot en met 3.1.5 noemen met name regionaal beleid. In paragraaf 3.2 wordt onder de verschillende beleidsterreinen (vet gedrukt) in de eerste alinea ingegaan op het regionale beleid, waarna het lokale beleid wordt toegelicht door concrete projecten in Gorinchem. Tenslotte wordt in paragraaf 3.3 een aantal regionale projecten besproken waar sprake is van intersectorale samenwerking.

Omdat een aantal ontwikkelingen de verschillende regio-indelingen overlapt, wordt hier het werkgebied van de GGD Zuid-Holland Zuid aangehouden, dus zonder de Hoekse waard. Dit zijn 14 gemeenten in de Drechtsteden en in de Alblasserwaard/Vijfheerenlanden.

3.1.1 Regiovisie Zorg Zuid-Holland Zuid

De provincie Zuid-Holland maakt met de regio's afspraken op basis van de regionale agenda's over inhoud, projecten en resultaten. Tevens faciliteren zij de regio's met menskracht en middelen om uitvoering te kunnen geven aan de regionale agenda's. In 2003 richt de provincie Zuid-Holland zich met name op het aanpakken van het huisartsentekort, het verbeteren van de arbeidsmarktsituatie in de zorg en een tweejarige impuls om te stimuleren dat verantwoorde, nieuwe woon-zorgvormen tot stand komen met inbreng vanuit het perspectief van de gebruiker. Daarnaast is seniorenbeleid ontwikkeld in een brede formule waarbij veel provinciale beleidsterreinen zijn betrokken om beter en gericht in te spelen op de vergrijzing. Een nieuw provinciaal spreidingsplan ambulancezorg wordt de basis om binnen 15 minuten een ambulance ter plaatse te hebben wanneer spoedeisende hulp geboden is (uit: *Provinciaal Zorgbeleid; Werkprogramma Zorg, 2003*).

De regiovisie Zorg Zuid-Holland Zuid wordt als belangrijk instrument gezien om te komen tot regionale afstemming en samenwerking tussen verschillende partijen⁵. In het regeerakkoord dat in 1998 werd gesloten wordt de regiovisie omschreven als 'een beleidskader op hoofdlijnen dat binnen de budgettaire kaders tot stand komt met betrokkenheid van het zorgkantoor, de patiënten en cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en gemeenten en wordt vastgesteld door de provincie'. Een wettelijke basis voor de regiovisie vindt men in de Wet exploitatie zorgvoorzieningen. De Stichting Regionaal Zorgberaad wordt geëxploiteerd op basis van financiële bijdragen van alle participanten, waaronder gemeenten. De provincie Zuid-Holland verstrekt jaarlijks een bijdrage door middel van geld en menskracht.

De stichting Regionaal Zorgberaad Zuid-Holland Zuid heeft de eerste regiovisie met betrokkenen opgesteld en de provincie Zuid-Holland heeft de regiovisie zorg vastgesteld. De regiovisie is in de eerste plaats een richtinggevend document van en voor de regio Zuid-Holland Zuid. Doel van de regiovisie is om als regionale partijen knelpunten te onderkennen en om op elkaar afgestemde verbeteringen uit te voeren.

Uitgangspunt voor het regionale zorgbeleid vormt de door het zorgberaad Zuid-Holland Zuid opgestelde regiovisie zorg 1998-2002 met als titel: '*Het gaat om mensen*'. In deze regiovisie zijn voor een aantal zogenaamde zorgclusters en een aantal thema's beleidsdoelen geformuleerd.

⁵ Zorgvragers, zorgaanbieders, verzekeraars, gemeenten, woningbouwcorporaties, welzijnsorganisaties en andere betrokkenen.

De regiovisie is op 27 juni 2002 op een open en grootscheepse wijze geëvalueerd en is nu toe aan een 'tweede generatie'. Uit de evaluatie bleek dat partijen in de betrokken beleidsnetwerken een positief beeld hebben van de zin van een dergelijke visie, maar dat een aantal aanscherpingen nodig zijn. Kern hiervan is een sterkere binding aan de uitvoering. Men vond dat de plannen in de regiovisie op een hoog abstractieniveau lagen en derhalve in de dagelijkse praktijk niet als referentie dienst doen. Daar staat tegenover dat het regelmatig overleg over de regiovisie er toe heeft geleid dat diverse betrokkenen elkaar hebben leren kennen, wat het maken van afspraken over afstemming en samenwerking vergemakkelijkt.

In een van de projectgroepen wordt onderzoek verricht naar de haalbaarheid van levensloopbestendige zones voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten.

Het Zorgberaad en de nota Lokaal Gezondheidsbeleid kunnen elkaar op een positieve manier beïnvloeden en voor een kruisbestuiving zorgen.

3.1.2 Regiovisie Jeugd

De regiovisie jeugd is een gezamenlijk product van de provincie Zuid-Holland, de gemeenten en de partners in de jeugdhulpverlening. De regiovisie geeft het gezamenlijk gewenst beleid ten aanzien van de jeugd weer. Daarbij wordt ook betrokken de (niet vrijblijvende) afspraken voor samenwerking tussen Rijk, provincie en gemeenten op grond van BANS (het Bestuursakkoord Nieuwe Stijl).

Samenhang van de verschillende instellingen en aansluiting op het gemeentelijk beleid zijn daarbij kernpunten. De doelen in de regiovisie jeugd betreffen:

- het versterken van gezinsgerichte ondersteuning en zorg
- het realiseren van een naadloze aansluiting tussen onderwijs, lokaal jeugdbeleid en jeugdzorg
- het versterken van de eigen kracht van jeugdigen en ouders
- het realiseren van een samenhangende jeugdzorg,
- het ontwikkelen van instrumenten waarmee de vraag van jeugdigen en ouders naar jeugdbeleid en jeugdzorg in beeld komt en in beeld blijft.

De provincie wil begin 2003 de niet-vrijblijvende samenwerking met gemeenten vast leggen in convenants, bij voorkeur op de schaal van samenwerkende regionale verbanden. Begin 2003 heeft de provincie niet gehaald. De werkgroep "verduidelijking gemeentelijk jeugdbeleid" komt medio 2003 met een rapport over de nieuwe Wet op de Jeugdzorg waarbij de taken van de gemeenten en de provincie duidelijk(er) worden afgebakend.

3.1.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

Op 22 februari 2002 hebben zeventien organisaties uit verschillende sectoren een convenant ondertekend voor de openbare geestelijke gezondheidszorg. In het convenant staat de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor dak- en thuislozen, verslaafden, (ex)psychiatrische patiënten en mishandelde vrouwen centraal. Doel van het convenant is om de eerder genoemde kwetsbare groepen in deze regio tenminste een minimaal bestaansniveau te garanderen. Gekozen is voor een integrale aanpak om de problemen en knelpunten van de doelgroep adequaat, dus zonder schotten en hindernissen, op te lossen. Er zijn negen actiepunten geformuleerd om het bovengenoemde doel te bereiken. Deze actiepunten zijn:

- het opzetten van een preventieprogramma,
- het maken van een sociale kaart,
- het opzetten van een meldpunt vroegtijdige signalering,
- realiseren van een 24-uurs structuur,
- tegengaan van huiselijk geweld,
- ontwikkelen OGGZ-beleid omtrent de toegang tot en de kwaliteit van zorgverlening aan illegalen,

- bevorderen van de uitstroom uit opvangvoorzieningen,
- verrichten van onderzoek naar de positie van kinderen van kwetsbare groepen
- het verzamelen van informatie ten behoeve van planning en evaluatie.

Op 8 maart 2002 is ten aanzien van huiselijk geweld in de regio Zuid-Holland Zuid een convenant afgesloten (zie 3.3).

De gemeenten verbinden zich daarmee om de regie te nemen voor de totstandkoming van een gemeentelijk veiligheidsnetwerk, welke een signalerende functie in de woonomgeving heeft waar het gaat om huiselijk geweld.

3.1.4 Verslavingszorgbeleid

In de regio Zuid-Holland Zuid is de gemeente Dordrecht centrumgemeente voor de ambulante verslavingszorg. In dat kader heeft de gemeente Dordrecht het beleid ten aanzien van verslavingszorgbeleid verwoord in de uit 1994 stammende nota 'Over zorg en over last'. Er is gekozen voor een zakelijke benadering van het verschijnsel verslaving, waarbij gezondheidsbescherming en normalisering voorop staan en criminalisering tegengegaan wordt.

De belangrijkste doelstellingen zijn:

- Het bieden van voorzieningen gericht op preventie ten aanzien van alcohol, drugs en gokken
- Het bieden van behandelvoorzieningen met abstinentie als doel
- Het bieden van maatschappelijke en medische begeleidingsvoorzieningen teneinde de schade van verslaving te beperken
- Het bestrijden van aan verslaving gerelateerde overlast en daarbij het streven naar geïntegreerd beleid op het gebied van verslavingszorg en overlastbestrijding
- Streven naar afstemming tussen de verschillende vormen van verslavingszorg: ambulant (gemeente), intramuraal (AWBZ) en reclassering (justitie)
- Komen tot een adequaat voorzieningenniveau in de regio voor de verslavingszorg en een goede afstemming van beleid tussen betrokken gemeenten.

In Gorinchem vinden de volgende activiteiten plaats:

- 'Actieve Zorg'-project; door Bouman Verslavingzorg, GGZ Grote Rivieren en het Leger des Heils) gericht op 'bemoeizorg' aan zorgvermijders (8 tot 10 cliënten per jaar) om escalatie van problemen en overlast te voorkomen via individuele begeleiding.
- Spreekuren in een dependance in Gorinchem door Bouman Verslavingszorg voor intakes, diagnostiek en behandeling van verslaafden (ongeveer 170 cliënten per jaar), 1 dag per 2 weken in regionaal kantoor. Tevens wordt er in het kader van preventie voorlichting over middelen op scholen gegeven.

3.1.5 Andere ontwikkelingen

Gezondheidspark

Een belangrijke ontwikkeling die in de gemeente Dordrecht plaatsvindt, maar voor de hele regio van belang is, is de planvorming voor het Gezondheidspark. Het is de bedoeling om naast een breed aanbod van voorzieningen in de gezondheidszorg ook hoogwaardige sportvoorzieningen te realiseren.

Stuurgroep

In het gebied Alblasserwaard/Vijfheerenlanden is een bestuurlijke Stuurgroep Alblasserwaard/Vijfheerenlanden actief. Deze stuurgroep initieert de intergemeentelijke samenwerking in dit gebied. Op het terrein van Sociale Leefbaarheid heeft dit inmiddels geleid tot het instellen van een bestuurlijke en ambtelijke projectgroep, waarin ook de thema's volksgezondheid en veiligheid aan de orde komen. Onder aansturing van de streekmanager is er een projectleider aangesteld die een aantal projecten gaat opzetten.

Zorgvraag allochtone ouderen

In de regio Zuid-Holland Zuid is ten aanzien van de allochtone ouderen reeds een aantal projecten van start gegaan of is beleid opgezet, waar gedeeltelijk uitvoering aan is gegeven. Het RPCP Dordrecht e.o. heeft voor 2003 en 2004 gepland: voorlichting aan allochtone mantelzorgers over de structuur en de voorzieningen in de gezondheidszorg voor ouderen; bezoeken aan diverse instellingen; voorlichting over diabetes; gezondheidsvoorlichting aan oudere Turkse vrouwen in samenwerking met Dordtse Welzijnsorganisatie en zelforganisaties van migranten. De GGZ Grote Rivieren is ook bezig met de vraag hoe allochtone ouderen te bereiken.

Toegankelijkheid eerste lijn

Met betrekking tot het zorgbeleid staan gemeenten niet meer aan de zijlijn. Het mede bewaken van kwaliteit, spreiding, omvang, beschikbaarheid en toegankelijkheid kunnen taken van de gemeente zijn. Aan deze taken kan in samenwerking met consumenten- en patiëntenorganisaties worden vormgegeven. Voorwaarden voor vraaggestuurde zorg zijn een meer gelijkwaardige verhouding en een versterking van de positie van de vertegenwoordigers van zorgvragers.

Het huisartsentekort in de regio komt nadrukkelijker naar voren, ook in de gemeente Gorinchem. Volgens de District Huisartsenvereniging (DHV) is er in veel plaatsen een dreigend tekort aan huisartsen. Zo blijkt uit een enquête, uitgevoerd door bureau Obeleon, dat bij bepaalde huisartsengroepen (HAGRO's) de komende jaren 50% van de artsen zal uitstromen. Om deze problematiek te bestrijden wordt een aantal acties ondernomen, bijvoorbeeld het vormen van HOED-constructies en het oprichten van huisartsenposten. HOED staat voor *Huisartsen Onder Eén Dak*. Voor de vorming van deze constructie is de medewerking van verschillende partijen noodzakelijk.

Tevens zijn er grootschalige dienstenstructuren ontstaan: de centrale huisartsenposten. Huisartsen doen hier gezamenlijk de avond-, nacht- en weekenddiensten. In de regio zijn dergelijke structuren in het Albert Schweitzerziekenhuis in Dordrecht en in Gorinchem bij het Beatrixziekenhuis (RIVAS medizorg).

Gemeenten kunnen stimuleren dat eerstelijnsorganisaties gaan samenwerken in een gezondheidscentrum (zie ook 5.7). In dit verband nemen in ieder geval een huisarts, de thuiszorg en maatschappelijk werk deel en veelal ook fysiotherapie en een apotheek. Sommige gemeenten zijn met name geïnteresseerd in het realiseren van gezondheidscentra omdat deze de mogelijkheid bieden gebiedsgericht te werken.

Gemeenten kunnen tevens in de sfeer van ruimtelijke ordening meer rekening gaan houden met de zorgbehoefte in een gebied en actief op zoek gaan naar locaties voor samenwerkingsverbanden.

Naast huisartsentekort dient zich wellicht binnen enkele jaren een ander probleem aan en dat is een tekort aan tandartsen en verloskundigen. Het is van belang om in samenwerking met de zorgverzekeraar te onderzoeken waar gemeenten tekorten kunnen verwachten.

Cursussen (o.a. gericht op preventie en gezondheid)

Aanbieder van zorg Rivas Zorggroep heeft via Rivas Gezondheid Service een groot (regionaal en lokaal) aanbod aan gezondheidsvoorlichting, cursussen en diensten gericht op gezondheidsbevordering. Rivas Zorggroep hoopt met het aanbod van cursus- en voorlichtingsactiviteiten een bijdrage te leveren aan:

- een gezonder leefpatroon
- de vermindering van psychosociale problemen
- een meer bevredigend omgaan met ziekte en handicap
- een beter toerusting voor de zorg in en rond het gezin

Enige onderwerpen van de cursussen en themabijeenkomsten zijn: zwangerschap en bevalling, conditie en ontspanning, opvoeding, overgewicht bij de jeugd, borstvoeding, chronische ziekte en voeding.

In hoeverre de mensen uit de kwetsbare groepen worden bereikt is onbekend.

3.2 Andere beleidsterreinen

In deze paragraaf worden een groot aantal aanpalende beleidsterreinen met regionale en lokale activiteiten genoemd die een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Tevens worden mogelijke kansen genoemd die op het betreffende beleidsterrein een positief effect hebben op de gezondheid.

Integraal ouderenbeleid

Op het terrein van het lokale integrale ouderenbeleid staat het creëren van een woon- en leefsituatie voor ouderen waarin men zo lang mogelijk in staat is zelfstandig te wonen en te participeren in de samenleving centraal. Daarnaast neemt met het stijgen der jaren ook het aantal gezondheidsklachten toe, die voor een groot deel toe zijn te schrijven aan een ongezonde leefstijl in voorgaande jaren. Het toenemende aandeel van ouderen in de bevolkingsopbouw levert voor de toekomst ook diverse uitdagingen op voor wat betreft de capaciteit van de zorgvoorzieningen.

In Gorinchem zijn ten aanzien van het ouderenbeleid eind 2002 de volgende doelstellingen geformuleerd:

- het creëren van een gevarieerd woningaanbod dat aansluit bij de (toekomstige) vraag van ouderen.
- het creëren van een woonomgeving waarin ouderen zo optimaal mogelijk kunnen functioneren
- Het creëren van een samenhangend aanbod op de terreinen van wonen, zorg en welzijn.
- Het creëren van ondersteunende voorzieningen waardoor mantelzorgers op optimale wijze kunnen vervullen en het stimuleren van vrijwilligerswerk gericht op het verlenen mantelzorg.
- het creëren van een voorzieningenaanbod gericht op het voorkomen van gezondheidsklachten.
- het creëren van een vraaggericht aanbod van welzijnsvoorzieningen
- Verbreden informatie-, advies- en aanmeldfunctie van het gemeentelijk zorgloket
- Verbeteren van de communicatie met de (oudere) burger.
- Het verwerven van inzicht in de groep financieel kwetsbare ouderen en het bevorderen van het gebruik van inkomensondersteunende voorzieningen door rechthebbenden.
- Het realiseren van een vorm van collectief vraagafhankelijk vervoer.
- Het verbeteren van de afstemming van het aanbod op de deelterreinen wonen, zorg en welzijn op de vraag van allochtone ouderen.

Aan het uitwerken van deze beleidsdoelen wordt momenteel gewerkt door middel van concrete uitvoeringsplannen.

Daarnaast vinden de volgende activiteiten plaats op het gebied van integraal ouderenbeleid:

- Flankerend ouderenbeleid

Het betreft activiteiten die bijdragen aan het zelfstandig functioneren van ouderen (bewegingsactiviteiten, educatieve en recreatieve activiteiten). Hieronder vallen o.a. bewegen voor ouderen, zwemmen, koersbal, etc. Er is in het 'nieuwe' ouderenbeleid nog geen specifieke aandacht besteed aan sportstimulering. Vorig jaar zijn er plannen geweest voor een sportinstuif voor 55+, deze is er nooit gekomen. Ouderen zijn (nog) geen doelgroep van breedtesport.

- Stimuleringsregeling Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)

Er zijn extra middelen ingezet ten behoeve van de doelgroep ouderen om de toegang tot het Algemeen Maatschappelijk Werk voor deze doelgroepen te vergroten middels de volgende activiteiten:

- Contact leggen met andere instellingen en hulpverleners om in beeld te brengen wat het huidige aanbod aan psychosociale ondersteuning en/of activiteiten is.
- Deelnemen aan het zorgafstemmingsoverleg.
- Het in kaart brengen van informele netwerken en de behoefte aan een ondersteuningsstructuur (mantelzorgers) (pilot Gildenwijk).

- Het ontwikkelen van een methode om het zicht te krijgen op het aantal kwetsbare ouderen (pilot Gildewijk)
 - Het houden van spreekuren op locaties waar veel ouderen komen (Bannehof)
- Mogelijk dat op basis van deze activiteiten verdere, concrete projecten ontwikkeld kunnen worden die raakvlakken hebben met lokaal gezondheidsbeleid.

- **Contourenvisie Welzijn**

Op dit moment wordt er, in samenwerking met woningcorporaties, Rivas Zorggroep en RIO Ketenzorg een contourenvisie welzijn ontwikkeld. Doel is om een loketfunctie en/of afstemmingsstructuur te creëren waardoor het aanbod op de terreinen van wonen, zorg en welzijn voor ouderen vraaggericht kan worden ingericht en waarbij een signaalfunctie op wijkniveau tot stand kan komen. In de uitwerking van deze visie zal de Stichting Ouderenadviesraad Gorinchem betrokken worden. Middels een goede vraaggerichte afstemmingsstructuur zal in de toekomst eventuele behoefte aan nieuwe welzijnsvoorzieningen beter zichtbaar worden. Dit kan resulteren in nieuwe projecten of activiteiten die raakvlakken hebben met lokaal gezondheidsbeleid.

Stichting Ouderenadviesraad Gorinchem

Sinds maart 2003 is er, na twee jaar van werving en voorbereiding, in Gorinchem weer een nieuw ouderenadviesorgaan actief. Gezien het belang van participatie van de doelgroep bij het ontwikkelen van projecten en activiteiten in het kader van lokaal gezondheidsbeleid is het bestaan van de nieuwe Stichting Ouderenadviesraad Gorinchem zeer positief.

Op dit terrein van integraal ouderenbeleid wordt voornamelijk gewerkt aan het bevorderen van de participatie van zelfstandig wonen van ouderen met name aandacht voor integratie wonen-zorg-welzijn. Daarnaast neemt met het stijgen der jaren ook het aantal gezondheidsklachten toe, die voor een groot deel toe zijn te schrijven aan een ongezonde leefstijl in voorgaande jaren. Het toenemende aandeel van ouderen in de bevolkingsopbouw levert voor de toekomst ook diverse uitdagingen op voor wat betreft de capaciteit van de zorgvoorzieningen (*uit: Eindrapportage onderzoek Ouderenbeleid, 2002*).

Minderhedenbeleid

Zoals uit hoofdstuk vier valt af te leiden blijkt dat sommige groepen allochtonen van niet-westerse afkomst een slechtere gezondheid ervaren. Zij beschikken over een groot aantal zogenaamde risicofactoren die een slechte gezondheid tot gevolg kunnen hebben. Over het algemeen richt het allochtonenbeleid zich op het bevorderen van de integratie in de Nederlandse maatschappij, bijvoorbeeld door het nieuw- en oudkomersbeleid en het subsidiëren van zelforganisaties.

Oudkomers

In Gorinchem vinden binnen het uitgebreide 'Oudkomers-project' diverse activiteiten plaats, gericht op: computer- en taalonderwijs; integratie; opvoedingsondersteuning voor allochtone ouders ('Leesgroepen in de Ouderkamer', 'Knutselen voor ouder en kind', 'Opvoedspreekuur') en toeleiding naar vormen van vrijwilligerswerk, betaald werk of een beroepsopleiding. Verder geven een groep jonge Marokkanen (tweede generatie) invulling aan het project: 'Hoe leuk zijn Marokkanen?'. Door middel van een lokaal boekje, debatten, lespakketten, met als doel integratie en het imago van Marokkanen te verbeteren.

Nieuwkomers

Sinds september 1998 is de Wet Inburgering Nieuwkomers (WIN) van kracht. Nieuwkomers zijn verplicht een programma te volgen en de gemeenten zijn verplicht dit inburgeringsprogramma aan te bieden. In de gemeente Gorinchem bestaat dit programma uit zogenoemde NT2-(taal)lessen en beroepen- en maatschappijoriëntatie verzorgt door het Da Vinci College en maatschappelijke begeleiding verzorgt door het samenwerkingsverband RIVAS-Vluchtelingenwerk Lingewaard. Het Inburgeringsprogramma duurt maximaal 18 maanden en wordt begeleid door een gemeentelijk trajectbegeleider.

Gehandicaptenbeleid

Uit een recent rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau⁶ blijkt dat de integratie van gehandicapten echter slecht verloopt. Zo blijkt het voor deze groep moeilijk om betaald werk te vinden en blijft de toegankelijkheid van het openbaar vervoer en openbare gebouwen nog steeds beneden de maat.

Het Gorinchems lokaal gehandicaptenbeleid richt zich op de integratie van gehandicapten in de samenleving en het scheppen van condities om deze integratie te bevorderen. De nota gehandicaptenbeleid dateert uit 1995 en zal binnen afzienbare tijd geëvalueerd worden. De afgelopen jaren zijn er diverse gebouwen en voorzieningen fysiek toegankelijk gemaakt voor gehandicapten (theater, veerboot, gebouw sociaal cultureel werk). Ook nieuwe gebouwen en voorzieningen, zoals de kinderboerderij en schoolgebouwen worden zodanig gebouwd dat het Internationaal Toegankelijkheidssymbool kan worden verkregen.

Het Gorinchems Platform voor gehandicaptenbeleid is al vele jaren actief in het adviseren van de gemeente in onderwerpen die relevant zijn voor de doelgroep en in het signaleren van knelpunten in de uitvoering van beleid (in het bijzonder ten aanzien van toegankelijkheid en uitvoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten).

In Gorinchem vinden daarnaast de volgende projecten / activiteiten binnen het gehandicaptenbeleid plaats:

- 'GIPS-project'; voorlichtingsproject op scholen om kinderen van groep 7 en 8 bekend te maken met de gevolgen van het leven met een handicap (door vrijwilligers met een handicap).
- 'Rolstoelhockey': in de hockeyvereniging van Gorinchem zijn sinds 1999 twee rolstoelhockeyteams actief. Het clubgebouw van de hockeyclub wordt binnenkort voorzien van alle faciliteiten en aanpassingen voor rolstoelsporten.
- Stichting Syndion is bezig met een 'project' om voor vrijetijdsbesteding van gehandicapten aansluiting te zoeken bij het reguliere aanbod.

Daarnaast is door zorgaanbieders in de regio de afgelopen jaren een behoorlijke uitbreiding van dienstverlening aan mensen met een handicap gerealiseerd. Zo is er een woonvoorziening voor mensen met een lichamelijke handicap tot stand gekomen en diverse projecten voor verstandelijk gehandicapten, logeervoorzieningen, kleinschalige woonmogelijkheden voor kinderen en een grote variëteit in ambulante ondersteuning.

Jeugdbeleid

Het lokale jeugdbeleid richt zich o.a. op preventie, opvoedingsondersteuning, participatie van jongeren in besluitvormingsprocessen, sluitende informatie netwerken, en toezien op voldoende voorzieningen voor jongeren. De hoofddoelstelling van het jeugdbeleid is om een continue, optimale ontwikkeling van jongeren te bewerkstelligen, zodanig dat het bijdraagt aan de psychische gezondheid van jongeren. Over het algemeen kan gesteld worden dat er gezondheidswinst te behalen is onder jongeren vanwege hun vaak risicovolle leefstijl (veel alcohol, drugs, ongezonde voeding, weinig bewegen, etc).

In Gorinchem vinden de volgende preventie-projecten plaats binnen het jeugdbeleid (en het Jeugd Preventie Team (JPT) zie 3.3):

- 'Vroegsignalering'; met als doel zo vroeg mogelijk zicht krijgen op risico's op achterstanden in de ontwikkeling.
- 'Preventieproject middelengebruik, leerlingen voor leerlingen'; informeren van leerlingen, docenten en evt. ouders over middelengebruik zodat bij evt. gebruik men weet wat de risico's zijn. Leerlingen voor leerlingen heeft als extra doel het fungeren als vraagbaak voor medeleerlingen op een breed terrein en het elkaar aanspreken op ongewenst gedrag; voor 12-18 jr.
- 'Stuurgroep opvoedingsondersteuning Gorinchem'; met als doel het creëren van een sluitend aanbod op het terrein van opvoedingsondersteuning voor Gorinchem en het maken van een website met een jaarkalender; voor ouders en 0-19 jr.

⁶ Rapportage gehandicapten 2002, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

- 'Home start'; met als doel het bieden van hulp of ondersteuning aan gezinnen met jonge kinderen.

Gemeentelijk onderwijs achterstandenbeleid

Het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen heeft ook te maken met het lokale onderwijsbeleid. Het gaat dan met name om het Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid (GOA-beleid). In het GOA plan worden doelen geformuleerd met betrekking tot voor- en vroegschoolse educatie, ondersteuning schoolloopbaan, bestrijding van voortijdig schoolverlaten en de beheersing van de Nederlandse taal. Het doel is de leerprestaties en de schoolloopbanen van kinderen en jongeren te verbeteren.

In Gorinchem zijn vanuit het GOA-beleid de volgende projecten en activiteiten relevant voor lokaal gezondheidsbeleid (voor totaal overzicht zie: 'GOA'-notitie 2002-2006):

- 'Zorgstructuur voor risicoleerlingen in het Voortgezet onderwijs Onderwijs' (waaronder: Zorgloket, Schoolmaatschappelijk Werk, Time Out en Regionaal Bureau Leerplicht), met als doel het voorkomen van voortijdig schoolverlaten en bestrijden van achterstanden; voor 12-18 jr.
- 'Voorsprong' (waaronder: Brede School, Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE) en Samen Leren), met als doel het bestrijden van achterstanden op de basisscholen, voor 6-12 jaar.
- 'Multidisciplinaire teams (MDT)'; vroegtijdig bespreken van problemen rondom een leerling in een MDT en een gericht actieplan opzetten met als doel verdere problemen te voorkomen; voor 4-12 jr.

Sportbeleid

Sport en bewegen kunnen een positieve invloed hebben op gezondheid, fitheid en het welbevinden van mensen. Het ministerie van VWS heeft met de nota Sport, Bewegen en Gezondheid ingezet op het vergroten van de gezondheidswinst bij diverse bevolkingsgroepen door sport en bewegen. In deze nota is een duidelijke rol weggelegd voor gemeenten in de realisatie van gemeentelijk beleid op het gebied van sport, bewegen en gezondheid.

In Gorinchem vinden tal van activiteiten plaats binnen het Breedtesport-project met als doelgroep de jeugd uit Gorinchem:

- 'Sportoriëntatie'; het doel is leerlingen de mogelijkheid bieden om onder- en buiten schooltijd kennis te laten maken met andersoortige sporten dan die welke op school kunnen worden gegeven; voor leerlingen van alle klassen.
- 'Sportinstuif'; het doel is kennis maken met vormen van bewegen en actief bezig zijn; 6-18 jr.
- Diverse sportactiviteiten: triatlon, zwemtienkamp; het doel is de jeugd meer te laten bewegen; voor alle leeftijden.
- 'Sportbus'; sport- en bewegingsactiviteiten in de diverse wijken, anders dan in verenigingsverband; 6-18 jr.
- 'Nieuwe leerwegen'; het doel is examenkandidaten in contact te brengen met sportclubs; deze aan het bewegen te krijgen en kader te krijgen bij de verenigingen.
- 'Sport in de wijken'; aanleg/bouw van voorzieningen op trapveldjes met als doel de jeugd meer mogelijkheden om ongeorganiseerd te sporten te geven; 6-18 jr.
- Bestuurlijke deskundigheidsbevordering van bestuursleden van sportverenigingen.
- 'Sportpunt'; geïnteresseerden informatie verstrekken over alle sportvoorzieningen in Gorinchem. Tevens functionerend als ontmoetingspunt voor verenigingen, coördinatiepunt, centrum voor ongeorganiseerde sportbeoefening (multifunctioneel sportveld), uitvalsbasis sportactiviteiten en centrum vrijwilligersactiviteiten; voor de jeugd, verenigingen, commerciële sportaanbieders, scholen, belangstellenden en vrijwilligers.
- 'Subsidiëring verenigingsactiviteiten en aanschaf specifiek materiaal'; met als doel de verenigingen de mogelijkheden bieden activiteiten te organiseren welke breder zijn dan de directe verenigingsdoelen; voor 6-18 jr.

Openbare orde en veiligheid

Op het gebied van openbare orde en veiligheid moet de gemeente bekend zijn met alle gevaren en risico's die de burger loopt in zijn of haar omgeving. Hiervoor is het nodig dat gemeenten, brandweer, politie en GGD een integrale inventarisatie van risico's hebben. Veiligheid heeft ook te maken met veilig uitgaan, een verantwoord horeca-, coffeeshop- en bordeelbeleid. Voorbeelden hiervan zijn het handhaven van vergunningen en de veiligheid van openbare inrichtingen, zoals horecagelegenheden.

Daarnaast kunnen gemeenten gevoelens van onveiligheid wegnemen, door bijvoorbeeld straten beter te verlichten, bestrijden van zwerfvuil en door te investeren in het opknappen van bepaalde (achterstands)wijken en buurten.

Ook op het terrein van de sociale veiligheid kan veel gedaan worden, zoals het bestrijden van huiselijk geweld (zie 3.3.), oplossingen voor hangjongeren creëren en het snoeien/tegengaan van donkere plekken. In Gorinchem wordt voorlichting gegeven door de Stichting Veiligheid en Toezicht over inbraakwerende maatregelen om woninginbraak tegen te gaan. En tenslotte is het uiteindelijk toezicht en de handhaving bij scholen, winkelcentra en in de wijken, belangrijk om het veiligheidsbeleven te verbeteren.

Ruimtelijke ordening, volkshuisvesting en milieu

Bij het ontwikkelen van nieuwe stedenbouwkundige plannen is het goed in het kader van Ruimtelijke Ordening, Volkshuisvesting en Milieu rekening te houden met de effecten van deze plannen op de gezondheid van de mensen die er gaan wonen, werken of recreëren. Er zijn landelijk diverse methodieken in ontwikkeling om stedenbouwkundige plannen op gezondheidseffecten te screenen. Tevens is het belangrijk dat er voldoende ruimte (bijv. voor speelvelden die kunnen 'meegroeiën') voor de jeugd wordt gecreëerd en/of behouden

Gemeenten kunnen verschillende verkeerstechnische maatregelen nemen om de verkeersveiligheid in de gemeente te bevorderen. In Gorinchem zijn reeds rotondes aangelegd en 30 kilometerzones gecreëerd in de woonwijken. Voor het langzaam verkeer is het beleid met name gericht op verhogen van de kwaliteit en capaciteit van de infrastructuur en het verbeteren van de bereikbaarheid van de Binnenstad vanuit de wijken. Diverse ingrepen zijn noodzakelijk om het fietsverkeer door de stad minder diffuus en aantrekkelijker te maken. Vanuit Oost en de Lingewijk zullen de bestaande routes naar de Binnenstad fietsvriendelijker moeten worden gemaakt. Vanuit de Haarwijk zijn wellicht nieuwe aansluitingen voor langzaam verkeer noodzakelijk.

Niet alle woningen zijn geschikt voor iedereen. Corporaties kunnen hiermee nog meer rekening houden bij het toewijzen van woningen.

Woningbouwcorporaties hebben ook een taak in het bevorderen van de leefbaarheid van de omgeving waar zij woningen verhuren. Gemeenten kunnen samen met de corporaties afspraken over de aanpak maken (zie 5.3).

Naast fysieke en sociale omstandigheden zijn milieufactoren van invloed op de gezondheid. De belangrijkste oorzaken van dit gezondheidsverlies zijn de verontreiniging van de buitenlucht, ernstige geluidshinder en verontreiniging van het binnenmilieu.⁷ Een negatief beleefde milieusituatie kan bijdragen aan ongewenste gezondheidseffecten. De gemeenteraad draagt zorg voor het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's in het bijzonder bij rampen of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek (WCPV artikel 2.2d).

⁷ *Gezondheid en Milieu: Opmaat voor beleidsversterking*, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, november 2001

Sociale activering

Op 2 januari 2003 heeft het college van Gedeputeerde Staten van de provincie Zuid-Holland de gemeenschappelijke regeling voor de Regionale Sociale Dienst (RSD) Alblasserwaard-Oost/Vijfheerenlanden goedgekeurd. Daarmee heeft het samenwerkingsverband tussen de afdelingen Sociale Zaken van de gemeenten Giessenlanden, Gorinchem, Hardinxveld-Giessendam, Liesveld, Leerdam en Zederik een formele basis gekregen.

Het onderstaande beleid is van toepassing op de zes gemeenten genoemde gemeenten die participeren in de RSD. De gemeenten zien het als hun taak de leefbaarheid binnen de gemeenten te vergroten en de sociale samenhang te versterken. Burgers die zich in een sociaal isolement bevinden of daar naar dreigen af te glijden, worden door de gemeenten ondersteund bij het voorkomen c.q. terugdringen hiervan, middels de inzet van het instrument sociale activering.

Het deelnemen aan de samenleving dient zowel een individueel als een maatschappelijk belang. Het benutten van kwaliteiten betekent dat mensen meer grip krijgen op hun leven. Het deelnemen aan de samenleving bevordert de sociale samenhang in wijk, dorp en gemeente.

Sociale activering is een schakel in de sluitende aanpak. Terugkeer naar de arbeidsmarkt is niet de primaire doelstelling van sociale activering, maar kan wel het gevolg ervan zijn. Sociale activering kent namelijk een duidelijk ontwikkelperspectief, de gemeenten streven het hoogst haalbare te bereiken voor de cliënt. Het zelfstandig in een inkomen kunnen voorzien heeft hierbij de voorkeur.

Sociale activering is in eerste instantie bedoeld voor bijstandsgerechtigden met een grote afstand tot de (vraag op de) arbeidsmarkt (de zogenaamde fase 4 cliënten). De visie van de gemeenten biedt ruimte om de doelgroep voor sociale activering verder uit te breiden naar alle burgers. Op een later tijdstip kan worden beoordeeld of de doelgroep voor sociale activering uitgebreid kan worden. Dan moet ook de relatie met het lokaal sociaal beleid en het welzijnsbeleid in beeld gebracht worden.

De RSD gaat uit van een ruime visie op sociale activering en hanteert daarbij de volgende doelstellingen:

- Het doorbreken en/of voorkomen van sociaal isolement;
- Persoonlijke ontplooiing; ieders talenten gebruiken;
- Mensen zelfstandig houden, maar wel betrekken in de maatschappij;
- Maatschappelijke activering door het ontplooiën van maatschappelijk zinvolle activiteiten;
- Streven naar het hoogst haalbare voor de individuele cliënt; activering kent een ontwikkelperspectief, het is een groeiproces; en
- Sociale activering kan een eerste stap zijn op weg naar betaald werk.

Inkomensbeleid

De afgelopen jaren is de inkomensontwikkeling van mensen met een minimuminkomen achtergebleven bij de overige inkomens. Als gevolg van bezuinigingen op de sociale zekerheid en door een relatief grote stijging van veel lasten, is het besteedbaar inkomen van de minima gedaald. Mede hierdoor is er weer armoede in ons land ontstaan. Alom in den lande is en wordt er aandacht aan dit probleem besteed.

Naast landelijke maatregelen ter bestrijding van armoede werd tot voor kort veel nadrukkelijker dan voorheen gedacht aan lokale oplossingen. De landelijke overheid schiep hierbij de kaders waarbinnen de gemeentelijke overheid moest blijven. Hierbij diende de bestaande verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten niet uit het oog te worden verloren.

Het Rijk blijft verantwoordelijk voor de hoogte van het sociaal minimum en voor de oplossing van problemen die, in de sfeer van armoede of sociale uitsluiting, uit de hoogte van het sociaal minimum voortvloeien. Gemeentelijk beleid richt zich veelmeer op het bieden van specifieke inkomensondersteuning.

Gemeenten hebben momenteel nog de mogelijkheid om een eigen minimabeleid te voeren. Hierdoor kan de financiële positie van individuen of groepen mensen verbeteren. De

Algemene Bijstandswet biedt deze mogelijkheden. Gedacht kan worden aan financiële tegemoetkomingen en kortingen op allerlei voorzieningen en activiteiten en kwijtschelding van lokale lasten. Het minimabeleid in Gorinchem bestaat thans uit de volgende onderdelen: kwijtschelding gemeentelijke belastingen, bijzondere bijstand, schuldhulpverlening, Spaarfonds en Declaratiefonds.

Naar alle waarschijnlijkheid treedt per 1 januari 2004 de Wet Werk en Bijstand (WWB) in werking, ook wel de nieuwe bijstandswet genoemd. Deze wet heeft grote (financiële) gevolgen voor de gemeenten, ook op het terrein van het minimabeleid.

Om de zogenoemde armoedeval te verminderen mogen gemeenten vanaf 1 januari 2004 niet langer eigen inkomensbeleid voeren door extra uitkeringen toe te kennen aan groepen minima. Dit kan alleen nog op individuele basis. Gezien het feit dat het wetsvoorstel eerst in mei 2003 in circulatie is gegaan, is momenteel nog niet exact aan te geven wat de gevolgen van een en ander zijn. Duidelijk is in ieder geval wel dat het voor minima niet makkelijker wordt om voor inkomensondersteuning aan te kloppen bij de gemeente.

In Gorinchem wordt o.a. door middel van het 'Declaratiefonds' de financiële positie van minima verbeterd. Jaarlijks kunnen minima een tegemoetkoming aanvragen van € 80 (nog geen 18 jaar) of € 45 (18 jaar en ouder) voor o.a. contributie sportvereniging, lidmaatschap bibliotheek, NS-kaart, abonnement zwembad, kosten muziekschool, div. culturele/educatieve activiteiten, ouderbijdrage school, lidmaatschap kerk/moskee.

Bijzondere Bijstand geeft minima de mogelijkheid om noodzakelijke bijzondere kosten voor bijv. een bril of een gebit vergoed te krijgen. Verder is het voor minima mogelijk via de RSD deel te nemen aan een collectieve verzekering (bijv. voor de tandarts) tegen een gereduceerd tarief. Er is Gorinchem al jaren sprake van onderbenutting van bovenstaande regelingen, omdat een gedeelte van de mensen uit de doelgroep (m.n. de ouderen) moeilijk te bereiken zijn en waarschijnlijk last van schaamtegevoelens hebben.

Wijkbeheer

Een aantal gemeenten in de Regio Zuid-Holland Zuid waaronder Gorinchem werken wijkgericht door middel van het zogenaamde wijk- en buurtbeheer.

Gorinchem is verdeeld in vijf wijken en iedere wijk kent zijn eigen wijkcoördinator. De wijkcoördinator heeft een goed beeld van hetgeen in de wijk leeft en speelt. Dit betreft niet alleen signalen over hanggroepjongeren, maar ook over groen, bestrating, drugsoverlast, problemen in de sociale sfeer zoals burenoverlast e.d..

Wijk- en buurtbeheer in Gorinchem heeft een harde en een zachte component. De harde kant is het bouwen, slopen en herinrichten van de wijk. De zachte component bestaat uit zaken als bewonersparticipatie, sociale cohesie en welzijn.

Ook wijkveiligheid valt onder wijkbeheer. Dit heeft een directe link naar het onderwerp openbare orde en veiligheid (zie terug 3.2). Veilig in de wijk kunnen wonen, leven en werken is voor wijk- en buurtbewoners van essentieel belang.

Over belangrijke onderwerpen in de wijk worden de bewoners uit Gorinchem betrokken. In eerste aanleg wordt de betreffende klankbordgroep om haar mening gevraagd en vaak is er daarna een bewonersavond, om met hen de ideeën over bijvoorbeeld een herinrichting verder te bespreken en uit te werken.

Gezondheid is een belangrijke pijler binnen de wijken. Door het woon- en leefmilieu te verbeteren en daarop te investeren zou ook de gezondheid positief beïnvloed kunnen worden. Dit is een onderwerp wat nog nadere studie vereist.

3.3 Intersectorale samenwerking

In de vorige paragraaf is gesproken over gemeentelijke beleidsterreinen die invloed kunnen uitoefenen op gezondheidsdeterminanten. Het belang van integraliteit is daarin sterk onderstreept. Maar om beleidsvoornemens tot een succes te laten worden is het ook nodig om over de muren van de eigen organisatie te kijken, de zogenaamde intersectorale samenwerking.

Onder *intersectorale samenwerking* wordt verstaan de (projectmatige) samenwerking tussen instellingen en organisaties uit verschillende sectoren, met als doel onder meer het oplossen van gezondheidsproblemen. De deelnemende organisaties hoeven niet persé belang te hebben bij het oplossen van gezondheidsproblemen, maar kunnen, ieder voor zich, hun eigen belang hebben.

De gedachte achter deze samenwerking is dat gezondheid op veel manieren wordt bevorderd en bedreigd. Problemen hebben vaak een eigen dynamiek. Het tempo waarop problemen zich ontwikkelen en de terreinen waarop die zich manifesteren zijn steeds wisselend van aard.

In de regio worden projecten, soms met ondersteuning vanuit gemeenten, uitgevoerd die in meer of mindere mate te kenmerken zijn als voorbeelden van intersectorale samenwerking. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- **Jeugdpreventieteam (JPT) en het Platform Jeugdpreventie**

Het JPT-project is een samenwerkingsverband tussen de politie Zuid-Holland Zuid en stichting Jeugdzorg. Het project wordt mede gefinancierd door de gemeenten in Zuid-Holland Zuid. Jeugdpreventieteams bieden kortdurende hulp aan kinderen die signaalverdrag vertonen of first offender zijn. Aanmelding voor dit project geschiedt via de politie of de lokale jeugdnetwerken. In het Platform Jeugdpreventie participeren de directies van diverse instellingen⁸. Het platform is een beleidsorgaan op het terrein van jeugdpreventie en opvoedingsondersteuning. Indien er lacunes in het bestaande aanbod geconstateerd worden is er binnen het platform de ruimte om een projectgroep samen te stellen om eventueel nieuw aanbod te ontwikkelen. Momenteel is het platform niet actief betrokken bij een projectgroep.

- **Integrale veiligheid en project 'Huiselijk Geweld'**

In Zwijndrecht en Dordrecht worden allerlei initiatieven ontplooid om de veiligheid op straat en binnen het gezin te bevorderen. Zwijndrecht heeft bijvoorbeeld het project Veiligheidsnetwerk Zwijndrecht, waarbij het terugdringen van geweld binnen het gezin als uitgangspunt geldt. Om dit te bereiken wordt met een groot aantal instellingen samengewerkt⁹. Naast Zwijndrecht is er voor de regio Zuid-Holland Zuid een integrale ketenaanpak voor huiselijk geweld opgesteld, alsmede een hulpverleningsteam waarbij voor slachtoffers en daders/plegers hulpverlening op maat kan worden geboden. Het lokale netwerk Zwijndrecht maakt vanaf 1 augustus 2002 onderdeel uit van het regionaal project 'Huiselijk Geweld'.

Met de ondertekening van het convenant Huiselijk Geweld op 8 maart 2002 tekenden regiogemeenten, de politie Zuid-Holland Zuid, het Openbaar Ministerie (OM) en een groot aantal hulpverleningsinstellingen voor de hoofddoelstelling: een integrale ketenaanpak van huiselijk geweld binnen de regio. De coördinatie van het regionaal project wordt naast de Stuurgroep Huiselijk Geweld door twee functionarissen verricht, te weten: een functionaris in dienst van de politie en een functionaris in dienst van de GGD ZHZ. Beiden zorgen voor een optimale afstemming tussen justitie en hulpverlening.

De ketenbenadering bestaat onder meer uit het opzetten van een regionaal aanbod van hulpverlening voor zowel daders als slachtoffers (één loketfunctie), een regionaal Meld- en Adviespunt Huiselijk Geweld, een strafrechtelijk handavingsbeleid (waaronder

⁸ GGD ZHZ, Stichting Opmaat, Rivas, Bureau Jeugdzorg, DeltaBouman Verslavingszorg, SPD, GGZ De Grote Rivieren, Centrum Integratie Bevordering, Stichting Spel & Opvoedingsondersteuning en PJ Partners

⁹ Deze partijen zijn stichting Opmaat, Grote Rivieren, Politie Zuid-Holland Zuid, Stedelijke instelling Welzijnswerk Zwijndrecht, Centrum Integratiebevordering, woningbouwcorporaties, stichting Blijf van mijn Lijf en het openbaar ministerie.

dadertherapie), het bevorderen van deskundigheid bij de verschillende beroepsgroepen die met huiselijk geweld te maken hebben en het stimuleren van lokale veiligheidsnetwerken.

De gemeenten in deze regio verbinden zich daarmee om de regie te nemen voor de totstandkoming van een gemeentelijk veiligheidsnetwerk, welke een signalerende functie in de woonomgeving waar het gaat om huiselijk geweld. Een lokaal netwerk 'Huiselijk Geweld' t.b.v. vroegtijdige signalering is in Gorinchem nog niet opgezet. De stuurgroep schrijft een voorstel over hoe de relatie tussen de lokaal te vormen veiligheidsnetwerken en het Regionaal Hulpverleningsteam dient te worden vormgegeven.

De taak van een lokaal netwerk is het vroegtijdig signaleren van huiselijk geweld. In het netwerk kunnen signalen van huiselijk geweld worden gemeld, tevens wordt afgesproken wie er verder mee aan de slag gaat. Het regionale netwerk kan dienen als achtervang voor extreme gevallen. De rol van de gemeente kan zijn:

- het bevorderen, sturen of aansluiten bij lokale netwerken
- het op gang brengen van de discussie binnen de gemeente
- het eventueel faciliteren van het Algemeen Maatschappelijk Werk (bijv. bij wachtlijsten)
- stelling nemen tegen (huiselijk) geweld
- PR

In de loop van 2002 is een Regionaal Hulpverleningsteam samengesteld dat bestaat uit deskundigen van de diverse hulpverleningsinstellingen. In dit overleg worden vanuit de politie concrete casussen aangebracht en uitgezet bij de deelnemers. Het opleidingstraject voor de politie Zuid-Holland Zuid is afgerond. In het handboek 'Huiselijk Geweld' staat een samenwerkingsprotocol tussen politie, OM en hulpverlening. Er is in concept een communicatieplan gereed. De doel(groep)gerichte campagne gaat overigens pas van start bij de opening van het meld- en adviespunt.

Op 8 maart 2003 (internationale vrouwendag) startte het traject Pleger-hulpverlening in het politiedistrict Alblasserwaard/Vijfheerenlanden (district 2, waaronder Gorinchem). In dit traject wordt een pleger van huiselijk geweld al bij het eerste contact met de politie doorverwezen naar een hulpverleningsinstantie als een van de middelen om (herhaling van) huiselijk geweld te voorkomen. Het traject is een samenwerkingsverband tussen De Grote Rivieren, Rivas, het Centrum Integratiebevordering en DeltaBouman.

• **Het technologisch oefencentrum**

De SPD Zuid-Holland Zuid voert dit project uit en heeft als doel om senioren en gehandicapten vertrouwd te maken met technologische toepassingen. In de regio Zuid-Holland Zuid is een grote groep mensen, die graag thuis zouden blijven wonen, maar wiens fysieke gesteldheid dat moeilijk maakt. Voor deze mensen komen er steeds meer technologische middelen en diensten die het mogelijk maken om huishoudelijke taken en sociale verrichtingen in de directe omgeving te blijven doen. Het Technologisch Oefencentrum wil mensen helpen zolang mogelijk zelfstandig en als volwaardig burger te leven door het geven van informatie, voorlichting, oefening en training bij het gebruik van technologie voor het dagelijks leven. Het project is nog in volle ontwikkeling en heeft mede tot doel om aan te sluiten bij initiatieven die in andere sectoren plaatsvinden. Het project is in 2001 gestart. In september 2002 werd gestart met computertrainingen voor mensen met een beperking. Daarnaast wil het Oefencentrum een pand realiseren met daarin een modelwoning, training- en demonstratieruimten. Om ook naar de klant toe te gaan wordt er een mobiele training- en demonstratieruimte gerealiseerd. Het oefencentrum wil volgens planning in 2004 met alle andere activiteiten van start gaan. Op dit moment is men op zoek naar subsidies en sponsoring om het plan tot uitvoering te kunnen brengen.

- **Gezondheidsbevordering voor ouderen**

In maart 2002 hebben diverse instellingen¹⁰ besloten gezamenlijk aandacht te besteden aan preventieactiviteiten in de regio Zuid-Holland Zuid. Centraal staan vooral projecten ten behoeve van ouderen en participatie. Als eerste nadrukkelijke stap is op 31 oktober 2002 een verklaring ondertekend waarin wordt uitgesproken dat, in het jaar 2003, activiteiten ontplooid worden in de vorm van het GO-project (Gezondheidsbevordering voor Ouderen). Een van de taken is het ontwikkelen van een databank met geregistreerde gegevens van succesvolle preventieactiviteiten voor ouderen.

Ten behoeve van het GO-project is een projectmedewerker bij de GGD-ZHZ aangesteld. Het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) doet een reviewstudie naar succesfactoren bij gezondheidsbevordering bij ouderen.

¹⁰ Preventieplatform, RPCP, Grote Rivieren, Albert Schweitzer ziekenhuis, Stichting Opmaat, Zorgverzekeraar Trias, Rivas Zorggroep, GGD, PCOB en het Zorgberaad.

HOOFDSTUK 4 GEZONDHEIDSMONITOR

Inleiding

Voor gemeentebesturen is het belangrijk inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen van hun gemeente. Daartoe hebben de GGD Zuid-Holland Zuid en het Sociaal Geografisch Bureau, in nauwe samenwerking met ambtenaren Volksgezondheid een gezondheidsmonitor ontwikkeld om gemeenten de noodzakelijke gegevens te bieden waarop zij hun gezondheidsbeleid kunnen baseren.

Alle veertien gemeenten van het werkgebied zijn in de monitor opgenomen en apart geanalyseerd. Op deze manier kan elke gemeente, naast de regionale uitkomsten, zien welke aspecten specifiek aandacht behoeven.

4.1 De ervaren gezondheid in Zuid-Holland Zuid in 2000

Aan de bevolking is gevraagd de eigen gezondheid te waarderen met een rapportcijfer. Het gemiddelde in de regio ligt op 7,3. Zes gemeenten, overwegend stedelijke, industriële gebieden, zitten iets onder of precies op het gemiddelde en acht, vooral plattelandsgemeenten, zitten hier iets boven. Het gemiddelde in Gorinchem ligt op 7,3, exact gelijk aan het regiogemiddelde. De gemiddelde gezondheid in de regio wordt over het algemeen als ruim voldoende ervaren.

De geestelijke gezondheid, ook gemeten met behulp van een gestandaardiseerde vragenlijst, blijkt op hetzelfde niveau te liggen als de in Nederland als geheel gerapporteerde geestelijke gezondheid. Wat hierbij opvalt, of het nu om lichamelijke of geestelijke gezondheid gaat, is dat de verschillen tussen de gemeenten in de regio in het algemeen beperkt zijn en dat de verschillen in ervaren gezondheid tussen verschillende sociaal-economische groepen veel groter zijn.

4.2 Drie groepen inwoners

Blijkens de resultaten van de gezondheidsmonitor zijn het vaak dezelfde bevolkingscategorieën die een minder goede gezondheid hebben: ouderen, alleenstaanden, gescheiden mensen, weduwen/weduwnaars, allochtonen, uitkeringsgerechtigden, werklozen, mensen met lage inkomens, mensen met lage opleidingsniveaus. Dit zijn niet perse elkaar uitsluitende categorieën: ouderen zijn bijvoorbeeld relatief vaak alleenstaand, verweduwd en uitkeringsgerechtigd, en werklozen relatief vaak mensen met een uitkering, een laag inkomen en een lage opleiding.

Middels een zogenaamde clusteranalyse is bekeken of men de bevolking van de regio Zuid-Holland Zuid op basis van hun ervaren gezondheid kon indelen in groepen waarbij de personen in dezelfde groep wat betreft ervaren gezondheid sterk op elkaar lijken en zoveel mogelijk verschillen van de personen in de andere groepen.

Dan blijkt dat er drie groepen inwoners te onderscheiden zijn:

- de gezonde hogere en middenklassen (67%),
- de ongezonde lagere middenklasse (28%),
- de zeer ongezonde laagste sociaal-economische klasse (5%).

4.3 Jongeren

De ervaren gezondheid van jongeren wijkt niet systematisch af van andere groepen; jongeren vormen niet een homogene groep met een duidelijk betere of mindere goede gezondheid dan andere sociaal-economische groepen.

Wél is het zo dat de leefstijl van jongeren te wensen overlaat: relatief veel jongeren roken en drinken fors. Hiermee lopen jongeren risico op een matige of slechte gezondheid in de toekomst.

Dit wordt bevestigd in *'Met het oog op jongeren'*, een onderzoek uit 1999 naar de gezondheid en leefstijlen van jongeren van 12-26 jaar in opdracht van de Provincie Zuid-Holland. Jongeren ervaren hun eigen gezondheid in het algemeen als goed, hoewel veel jongeren kampen met psychosociale problemen. De leefstijl van veel jongeren baart blijkens dit onderzoek evenwel zorgen. Veel jongeren hebben slechte eetgewoonten en één op de vijf jongeren is te zwaar. Daarenboven sporten jongeren betrekkelijk weinig en drinken en roken zij fors.

Overigens zijn het met name de jongeren uit de lagere sociaal-economische klassen die verschillende risicovolle leefstijlen combineren en langdurig weten vol te houden. Veel van de gezondheidsverschillen tussen volwassenen zijn terug te voeren op de relatie die op jongere leeftijd bestaat tussen lagere sociaal-economische klasse, risicovolle leefstijlen en ongezonde leefomstandigheden, zo blijkt uit onderzoek.

4.4 Kwetsbare groepen en gezondheidsverschillen in Zuid-Holland Zuid

De omvang van de groep ouderen zal in de komende jaren aanzienlijk snel toenemen. Met de leeftijd neemt ook het gemiddeld aantal gezondheidsklachten toe, evenals de frequentie van psychische klachten en chronische ziekten.

Een deel van deze klachten kan gezien worden als de resultaten van bijvoorbeeld een minder gezonde leefstijl, een risicovol beroep, een ongunstig arbeidsverleden, een beperkt sociaal-cultureel netwerk en onderbenutting van zorgvoorzieningen op het (primaire of secundaire) preventieve of het curatieve vlak.

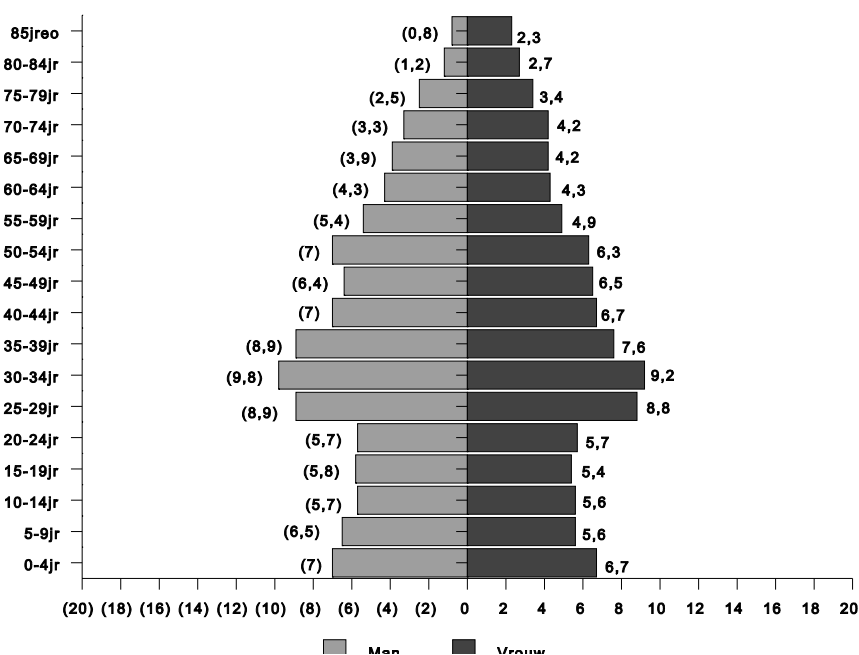
Bij deze groep is nog aanzienlijke gezondheidswinst te behalen door interventies op leefstijlfactoren.

Het is reeds lang duidelijk dat sommige groepen allochtonen van niet-westerse afkomst gemiddeld een slechtere gezondheid ervaren. Dit is enerzijds cultureel bepaald, anderzijds zijn risicofactoren zoals lage of geen opleiding, laag inkomen, ongunstig arbeidsverleden, uitkeringsafhankelijkheid en werkloosheid in deze groep oververtegenwoordigd. Beschikbare gegevens tonen aan dat het gezondheidsgedrag van allochtonen in sommige gevallen gunstiger (t.a.v. vette voeding, alcoholgebruik, roken) en in andere gevallen ongunstiger (t.a.v. lichamelijke activiteit, druggebruik, condoomgebruik) is dan onder de autochtone populatie (uit: *'Tijd voor gezond gedrag, RIVM'*).

Ook deze groep zal in omvang sneller groeien dan de algemene bevolking. Winst valt te behalen door in te zetten op het bereiken van deze groep middels preventieactiviteiten.

Er is een duidelijk verband tussen een minder gezonde leefstijl en sociaal-economische factoren aangetoond. Sociaal-economische gezondheidsverschillen uiten zich zowel in een verkorte gezonde levensverwachting, hogere ziektelast en sterfte door aan leefstijl gerelateerde ziekten zoals longkanker, beroerte, hart- en vaatziekten.

De burgerlijke staat speelt een rol op alle sociaal economische niveaus: ongehuwden, alleenstaanden en gescheidenen blijken een hogere morbiditeit te hebben en een verkorte levensverwachting. Ook hier kunnen ongunstige leefstijlfactoren een eigen rol spelen, evenals een gereduceerd maatschappelijk netwerk.



Figuur 1 bevolkingspiramide (%)

4.5 Gezondheidsmonitor Gorinchem

De belangrijkste resultaten gemeente Gorinchem zijn:

- Het gemiddelde rapportcijfer voor de ervaren gezondheid in de gemeente Gorinchem is 7,3
- Op vrijwel alle indicatoren (lichamelijk en geestelijke gezondheid, medische consumptie, leefstijl en fysieke omgeving) is de score de gemeente Gorinchem gelijk aan de gemiddelde score in de regio.
- De verschillen in ervaren gezondheid tussen de wijken zijn klein, alleen in de Gildenwijk is dit cijfer significant lager (7,0). NB: in de Gildenwijk wonen relatief veel ouderen.
 - In de Gildenwijk, Haarwijk en Lingewijk worden meer lichamelijke gezondheidsklachten ervaren dan in andere wijken
 - In de Gildenwijk wordt de geestelijke vitaliteit als minder goed ervaren
 - In leefstijl doen zich geen significante verschillen tussen de wijken voor
- Ook in de gemeente Gorinchem blijkt dat met name de ervaren gezondheid tussen bevolkingsgroepen in grote mate verschillen vertoont, waarbij de resultaten aansluiten bij de regionale conclusies.

4.6 Demografie Gorinchem

De bevolkingspiramide van Gorinchem toont een klassiek patroon voor de leeftijdsgroepen vanaf 25 jaar: langzaam versmallend tot in de oudere leeftijdsgroepen. De basis in de leeftijdsgroep van 0-25 jaar is echter plotseling erg smal, al is er een lichte verbreding van de 0-4 jarigen: een demografisch effect van de vele 25-35 jarigen die nu zelf gezinnen stichten. Het valt op dat er meer 25-40 jarige mannen dan vrouwen in de gemeente wonen, verklaarbaar door leeftijdsgebonden immigratie en werkgelegenheid. Vanaf het 70-e levensjaar begint het numerieke overwicht aan vrouwen duidelijk te worden; dit is een rechtstreekse weerslag van de circa 5 jaren hogere levensverwachting van vrouwen.

Uit de piramide valt af te leiden dat vanaf omstreeks 2010 het aantal 65-plussers drastisch en langdurig zal toenemen van ruim 14% nu tot boven 17 % rond 2020. Verdere vergrijzing tot een aandeel van meer dan 20% van de bevolking boven 65 jaar dient te worden ingecalculleerd: de op afzienbare tijd ouder wordende bevolking is nu nog in de productieve leeftijdsgroep van 25-55 jaar. Demografisch gezien is onafwendbaar een soort "stoomwaseffect" in aankomst. Alleen al door deze demografische verschuivingen zal de zorgomvang jaarlijks met minstens 1% gaan toenemen.

Het onderste deel van de piramide vormt een opvallend smalle basis: nu al is er sprake van "ontgroening"; straks van een (te) bescheiden aanbod op de arbeidsmarkt. De vijf jongste geboortecohorten (0 tot 25 jaar) zijn relatief smal en nagenoeg gelijk van omvang. Aantalsgewijs zijn dit bijvoorbeeld degenen die straks premies voor o.a. AOW en pensioenen moeten opbrengen voor de komende golf ouderen. Ook het beroep op deze nu nog jongere groep als mantelzorger voor de straks ouderen zal onder sterkere druk komen te staan.

Tabel 1 demografisch profiel

Kenmerk	Gorinchem	regio Zuid-Holland Zuid	Nederland
demografische druk	62,2	65,8	61,2
65-plussers (%) (1-1-2000)	14,2	13,6	13,6
eenoudergezinnen (%) (1-1-1999)	9,9	9,2	10,7
allochtonen (%) (1-1-2000)	20,9	15,6	17,5
werklozen (% van de 15 t/m 64 jarigen) (1-1-2000)	3,5	3,6	4,6
uitkeringsgerechtigden van de Sociale Dienst (% van de 15-plussers) (1-1-2000)	2,8	3,0	3,9*

*: Dit landelijke cijfer is gebaseerd op inwoners van 15-64 jaar. De gemeentelijke en regionale cijfers op 15-plussers

Tabel 2 gezondheidsprofiel

Kenmerk	Gorinchem	regio Zuid-Holland Zuid	Nederland
gezondheid (rapportcijfer)	7,3	7,3	-
gezondheidsbeleving (score)	63	64	-
waardering eigen gezondheid (% onvoldoende)	10	9	-
ontwikkeling vd gezondheid (% achteruitgang)	19	15	-
ervaren gezondheid (voegscore)	5,4	5,4	3,7
vitaliteit (score)	63	64	-
mentale gezondheid (score)	76	76	75
angstgevoelens (% vaak)	5	4	-
eenzaamheidsgevoelens (% vaak)	9	9	-
fysieke functioneren (score)	83	84	-
aandoeningen of ziekten:			
cara (%)	9	10	9
artrose (%)	20	18	8
reuma (%)	5	6	3
suikerziekte (%)	4	4	2

Tabel 3 gezondheidszorgprofiel

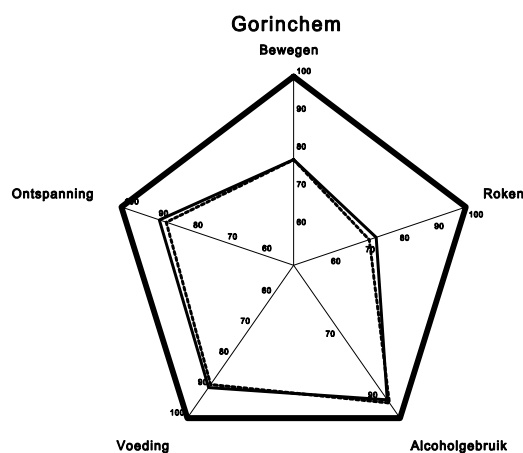
Kenmerk	Gorinchem	regio Zuid-Holland Zuid	Nederland
zelfmedicatie (% gebruik)	16	16	-
slaapmiddelen (% gebruik)	3	4	-
kalmeringsmiddelen (% gebruik)	5	5	-
huisarts (% bezoek)	80	80	75
maatschappelijk werk (% bezoek)	6	7	-
pastorale hulp e.d. (% bezoek)	2	4	-
geestelijke gezondheidszorg (% bezoek)	5	4	-
alternatieve geneeswijzen of behandelaars (% bezoek)	8	8	7
deelname bevolkingsonderzoek borstkanker (vrouwen) (%)	79	80	-
deelname bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (vrouwen) (%)	69	69	-

Tabel 4 leefstijl

Kenmerk	Gorinchem	regio Zuid-Holland Zuid	Nederland
gezonde leefstijl (% niet gezond)	5	5	-
gezonde eetstijl (% niet gezond)	5	5	-
ongezonde eetgewoonte (% met 1-4 ongezonde eetgewoonten)	26	27	-
matig overgewicht (BMI) (%)	34	37	-
ernstig overgewicht (BMI) (%)	11	10	9
inactieven (%)	22	22	33
rokers (%)	28	26	35
zware rokers (%)	8	7	12
drinkers (%)	69	69	85
zware drinkers (%)	5	6	14
blowers (%)	3	2	-

Tabel 5 woonomgeving

woning (rapportcijfer)	8,0	8,1	-
woonomgeving (rapportcijfer)	7,6	7,7	-
veiligheid (rapportcijfer)	7,3	7,4	-
leefbaarheid (rapportcijfer)	7,5	7,7	-
kwaliteit buitenlucht (rapportcijfer)	7,3	7,3	-
last van luchtverontreiniging (% regelmatig/vaak)	4	8	-
klachten aan luchtwegen (% regelmatig/vaak)	3	6	-



Bewegen (% actieven),
BRAVO staat voor
Bewegen (% actieven),
Roken (% niet-rokers),
Alcohol (% niet- en matige drinkers),
Voeding (% gezond gewicht), en
Ontspanning (% mentaal gezond en ontspannen).

De doorgetrokken lijn geeft de situatie in de regio Zuid-Holland Zuid weer, de gestippelde lijn in de gemeente. Hoe hoger de score, hoe beter de leefstijl op dat aspect.

4.7 Samenvatting

De gemeente maakt met behulp van bovenstaande demografie en gezondheidsgegevens beleid voor de komende decennia. In de hiernavolgend hoofdstuk 5 legt zij haar ambities en streefdoelen vast.

Voormalig minister Borst van VWS geeft in haar Memorie van Toelichting aan dat gemeenten in principe beleidsvrijheid hebben bij de organisatie van de werkzaamheden. Zij vindt het echter voor de hand liggen dat gemeenten bij het stellen van streefdoelen en het vastleggen daarvan samenwerken met buurgemeenten.

Het is daarom van belang tevens naar de gezondheid van die buurgemeenten en de regio Zuid-Holland Zuid te kijken en om ten aanzien van een aantal thema's gezamenlijk beleid te maken.

In de praktijk blijkt immers dat de meeste gezondheidswinst wordt behaald met de aanpak van leefstijlen bij risicogroepen:

Tweederde van alle inwoners van Zuid-Holland Zuid (67 %) behoort tot de gezonde hogere en middenklassen. Deze inwoners hebben een goede score voor ervaren gezondheid. Zij waarderen hun eigen gezondheid gemiddeld met een rapportcijfer 7,9.

Achtentwintig procent van de bevolking behoort tot de groep die vanwege hun sociaal-economische herkomst en deels vanwege hun leeftijd kampen met fysieke gezondheidsproblemen. Hun gemiddelde waardering van de eigen gezondheid ligt met een 6,1 als rapportcijfer vrij laag.

Hun geestelijke gezondheid is wel een stuk minder goed dan die van de gezonde hogere en middenklasse, maar is wel beduidend beter dan die van de zeer ongezonde laagste sociaal-economische klasse. Zo voelt bijvoorbeeld 20 % van hen zich regelmatig of vaak eenzaam.

Vijf procent van de inwoners van Zuid-Holland Zuid behoort tot de zogenaamde zeer ongezonde laagste sociaal-economische klasse, een categorie die een slechte fysieke gezondheid paart aan een slechte mentale gezondheid. Zij waarderen hun eigen gezondheid met een 6,0. Op de VOEG kruisen ze gemiddeld het hoogste aantal lichamelijke klachten en stemmingen aan (10,4 van de 23).

De geestelijke gezondheid is vrij slecht, in die zin dat zij de laagste score hebben op de indicator geestelijke gezondheid en vitaliteit. Verder voelt een kwart zich regelmatig of vaak angstig en voelt maar liefst vier op de tien personen zich regelmatig of vaak eenzaam.

Tussen de 14 gemeenten in Zuid-Holland Zuid zijn er geringe verschillen in gezondheid. De invloed van risicogroepen wordt uitgemiddeld door de hogere en middenklassen. Het blijkt dat de meer geurbaniseerde, grotere gemeenten wat bescheidener scoren op alle parameters. Dit ligt voor de hand: het is in vele studies aangetoond dat het urbanisatieproces een gezondheidsrisico inhoudt.

Het is zinvoller gezondheidsverschillen te verminderen tussen contrasterende groepen, zoals mensen met een lage versus hoge opleiding en/of inkomen. De gegevens, verkregen in de gezondheidsmonitor ZHZ 2000 tonen dit op overtuigende wijze aan.

HOOFDSTUK 5 HOE GAAT DE GEMEENTE GORINCHEM UITVOERING GEVEN AAN HAAR BELEID ?

5.1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ten eerste de missie van Gorinchem voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid worden aangegeven. In de tweede paragraaf wordt de wijze waarop de regionale en lokale ambities zijn gekozen toegelicht. Vervolgens worden de beleidsinstrumenten en wijze van toetsing beschreven. De paragrafen 5.2 tot en met 5.8 behandelen uitgebreid de regionale en lokale ambities voor het lokale gezondheidsbeleid. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een financiële paragraaf, een conclusie en een samenvatting van de ambities met een tijdspad voor de komende jaren.

5.1.2 Missie

De gemeenschappelijke doelstelling voor het **gemeentelijk** gezondheidsbeleid kan als volgt worden geformuleerd:

Het verbeteren van de gezondheid van de inwoners door middel van preventie en het bevorderen van een adequaat aanbod. Er wordt hierbij extra aandacht besteed aan groepen met een gezondheidsachterstand en aan groepen die een verhoogd gezondheidsrisico lopen.

Bij de uitwerking van deze doelstelling zijn een aantal gegevens als richtinggevend te hanteren:

1. de in de WCPV opgenomen gemeentelijke taken;
2. de gezondheidsmonitor Zuid-Holland Zuid 2000;
3. de regionale uitgangspunten voor gezondheidsbeleid (zie hoofdstuk 1);
4. de door de raadsleden van de commissie Samenleving en Middelen uitgezette richtingen;
5. de door het RPCP aangedragen prioriteiten van de zorgvragers;
6. de door de **lokale participanten/belanghebbenden aangedragen prioriteiten**.

5.1.3 Regionale en lokale ambities

De WCPV is de basis om voor de wettelijke taken de gemeenschappelijke deler(s) te definiëren en zo mogelijk tot regionale beleids- en uitvoeringsafspraken te komen. Zoals de gezondheidsmonitor Zuid-Holland Zuid 2000 aangeeft zijn de gezondheidsverschillen tussen gemeenten minder groot dan de verschillen tussen de groepen inwoners. Lagere sociaal-economische klassen (uitkeringsgerechtigden, mensen met een laag inkomen, een lage opleiding), allochtonen, ouderen en jongeren zijn kwetsbare groepen waarbij nog veel te winnen is met effectief gezondheidsbeleid. Deze sociale groepen komen in alle onderzochte gemeenten voor en het is mogelijk om een op deze doelgroepen gericht gezondheidsbeleid gezamenlijk te ontwikkelen om het lokale gezondheidsbeleid te bevorderen. Vervolgens kan het beleid voor zover mogelijk regionaal, dan wel lokaal specifiek(er) worden ingevuld en uitgevoerd.

In ieder geval geven de uitkomsten van de gezondheidsmonitor aanleiding om ten aanzien van deelname aan borst- en baarmoederhalskankeronderzoek (bijv. streven naar verhoging van het opkomstpercentage met 5 %) en binnenmilieutrajecten regionale ambities te stellen; deze worden door de GGD ZHZ verder uitgewerkt en uitgevoerd.

Verder lijkt het op dit moment haalbaar om op grond van de gezondheidsmonitor en de door de raadsleden van Gorinchem en de regio uitgezette richtingen voor de thema's als:

“Leefstijl, met name gericht op jeugd”, “Sportbevordering”, “Toegankelijkheid van voorzieningen”, “Zo lang mogelijk zelfstandig wonen”, “Vestiging huisartsen” en “De aanwezigheid van een complete en actuele sociale kaart” mogelijk deels een gezamenlijk, regionaal ingestoken traject te kiezen. De regionale ambities zullen allen tevens een lokale invulling krijgen (zie ook laatste alinea 5.1.4). De laatste vier onderwerpen sluiten tevens aan bij de door het RPCP aangedragen prioriteiten van de zorgvragers (zie bijlage 2).

De ambitie ‘Bekendheid blijven geven aan maatschappelijk werk voor ouderen’ (zie 5.8) zal lokaal verder worden uitgewerkt.

5.1.4 Beleidsinstrumenten

Wil gezondheidsbevordering succesvol zijn, moet met de volgende elementen rekening gehouden worden: er moet sprake zijn van participatie van de bevolking en diverse belangengroepen, intersectorale samenwerking, samenwerking met externe organisaties als de GGD ZHZ, Rivas Zorggroep, Syndion, Philadelphia, DeltaBouman, GGZ De grote Rivieren, zorgverzekeraars (o.a. TRIAS), scholen, sociaal-cultureel werk etc. etc. en interventies, die gebaseerd zijn op doordacht lokaal gezondheidsbeleid. Een structurele duurzame werkwijze, waarbij bovendien een samenhang bestaat tussen collectieve preventie, geneeskunde (cure) en zorg (care), is verreweg te prefereren boven een incidentele aanpak. Tevens kan gebruikt worden gemaakt van landelijk, effectief gebleken interventies en projecten.

Participatie als strategie voor gezondheidsbevordering

Participatie van de doelgroep wordt (al dan niet expliciet) gerelateerd aan gezond(er) gedrag van mensen. Het wordt ingezet als middel of strategie om het gezond gedrag te bevorderen.

Integrale en intersectorale aanpak

Eigenschappen en kenmerken van een integrale en intersectorale aanpak zijn:

- sectoroverstijgend
- gericht op beïnvloeding van één of meerdere determinanten van gezondheid
- uiteindelijk doel: samenwerking op het gebied van gezondheidsbevordering
- bescherming vindt op meerdere niveaus plaats

Buurt-, kern en wijkgerichte aanpak

Steeds vaker kiezen gemeenten voor een buurt- en wijkgerichte aanpak van geconstateerde problemen. Gorinchem werkt wijkgericht door middel van het zogenaamde wijk- en buurtbeheer (zie 3.2 onder Wijkbeheer).

Uit onderzoek blijkt dat een aantal succesfactoren te formuleren zijn bij het toepassen van een wijkgerichte aanpak:

- een planmatige, systematische aanpak met heldere doelstellingen op alle niveaus (individueel, omgeving en lokaal beleid)
- participatie van de doelgroep in alle fasen van het project
- een goede organisatie van mensen en middelen met duidelijkheid over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en daarnaast structurele inbedding in het lokale beleid, aansluitend bij lokale infrastructuur
- een gefaseerde aanpak en de introductie van één onderwerp tegelijk
- een goede voorbereiding
- regelmatige terugkoppeling van voortgang en resultaten met behulp van een monitoring- en registratiesysteem

Toetsing

Het toetsen op behaalde gezondheidswinst is wellicht voor een eerste nota lokaal gezondheidsbeleid te hoog gegrepen. Wel is een globale toetsing door bijvoorbeeld de verzamelde gegevens van de Gezondheidsmonitor 2000 te vergelijken met de Gezondheidsmonitor van 2004.

NB: Er wordt een landelijke Gezondheidsmonitor ontwikkeld, het is niet bekend of deze in 2004 al gereed is. De GGD ZHZ neemt zich voor om aan te sluiten bij de landelijke

Gezondheidsmonitor, zodat het mogelijk is dat de volgende Gezondheidsmonitor in 2005 zal plaatsvinden i.p.v. 2004.

Ook kunnen onderdelen van het lokaal gezondheidsbeleid t.z.t. geëvalueerd worden in nieuwe beleidsnota's als gehandicapten- en sportbeleid.

De gemeente Gorinchem maakt zaken deels toetsbaar door concrete actiepunten en de uitvoerende partijen in deze nota te vermelden. Met betrokken partijen (zowel zorgverleners als patiënten/consumenten) zullen evaluatiegesprekken worden gevoerd. Zo kan men nagaan of de afgesproken acties zijn uitgevoerd (input) en wat de ervaringen zijn van de betrokken partijen (kwalitatieve inschattingen van de resultaten).

Het lokaal gezondheidsbeleid zal twee keer per jaar geagendeerd worden op zowel het ambtelijk- als het portefeuillehoudersoverleg van de regio Zuid-Holland Zuid.

In de volgende paragrafen (5.2 tot en met 5.8) zullen de regionale en lokale ambities genoemd worden. Deze zijn gekozen op grond van de uitkomsten van de gezondheidsmonitor, de richting die is aangegeven door de raadsleden van Gorinchem en in de regio, 'Gorcums Perspectief'; *coalitieprogramma 2002-2006* en de aangedragen prioriteiten van het RPCP. Aspecten van de beschreven regionale ambities lenen zich er voor om naast een regionaal traject, lokale accenten te leggen, bijvoorbeeld door middel van afspraken maken met lokale woningbouwverenigingen bij de regionale ambitie "zo lang mogelijk zelfstandig wonen". Tevens bestaan binnen de gemeenten van de regio Zuid-Holland Zuid met dezelfde regionale ambities verschillende uitgangssituaties en is er overlap van de regionale ambities met bestaand lokaal beleid, bijv. bij het al lopende Breedtesport-project in Gorinchem.

Jaarlijks worden aan de nota projectplannen gekoppeld, waarin wordt beschreven welke ambities regionaal (met evt. lokale accenten) danwel lokaal worden opgepakt.

5.2 Basistaken WCPV

Ambitie:

Een beschrijving maken van de manier waarop Gorinchem vorm geeft aan de basistaken van de WCPV, zoals die door de GGD Zuid-Holland Zuid wordt uitgevoerd.

Doelstelling:

In 2007 is vastgesteld op welke wijze de gemeenten uitvoering geven aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting van de basistaken van de WCPV.

Toelichting:

De taken die de WCPV aan de gemeente opdraagt zijn te onderscheiden in bevorderingstaken (artikel 2) en uitvoeringstaken (artikel 3 en 3a). Door middel van de bevorderingstaken geeft de gemeente permanent aandacht aan de collectieve preventie: een brede, algemene, niet in de eerste plaats ziektegebonden bevordering en bescherming van de volksgezondheid. Voor de uitvoeringstaken infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg (artikel 3 en 3a) heeft de gemeente een zwaardere uitvoeringsverantwoordelijkheid.

Ten aanzien van de OGGZ en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) hebben gemeenten in Zuid-Holland Zuid een convenant betreffende de werkwijze (mede)ondertekend:

- Wat de OGGZ betreft zijn voor 2003 de volgende prioriteiten vastgesteld: huiselijk geweld, preventie en vroegtijdige signalering en 24-uurstructuur. Vanaf 2003 zullen deze prioriteiten uitgewerkt worden en mogelijk leiden tot concrete activiteiten in Gorinchem. Zowel de wethouder als de ambtenaar maken deel uit van het regionale, multidisciplinaire overleg van de OGGZ.

- Zoals al genoemd is in paragraaf 2.1.6 is in de regio Zuid-Holland Zuid in 2002 middels een intentieverklaring bepaald dat de thuiszorginstelling van Rivas Zorggroep de zorg voor de 0-4 jarigen onder regie van de GGD blijven uitvoeren. Rivas Zorggroep legt jaarlijks financieel en inhoudelijk verantwoording af aan de gemeente Gorinchem wat betreft toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit van de zorgverlening. In het maatwerkdeel is er beleidsvrijheid voor de lokale overheid. Gemeente Gorinchem ziet graag binnen het maatwerkgedeelte JGZ extra aandacht of verwijzing m.b.t. opvoedingsondersteuning voor de allochtone ouder(s) en de ouders met lage SES. De jeugdgezondheidszorg heeft een groot bereik onder alle ouders (tot 95%), wat mogelijkheden geeft om juist de moeilijk bereikbare groep van allochtone en SES-ouders van voorlichting te voorzien. Dit kan van Rivas Zorggroep en de GGD ZHZ een meer vraaggerichte benadering vragen waarbij het aanbod opvoedingsondersteuning beter aansluit bij de behoefte de genoemde ouders.

Ten behoeve van de andere basistaken te weten infectieziektebestrijding, medische milieutaken, technische hygiënezorg en bevorderingstaken wordt de komende jaren aangegeven hoe deze basistaken worden aangestuurd.

Project:

Discussie over en beschrijving van de uitvoering van de vier bovengenoemde basistaken, voorbereid door een werkgroep van ambtenaren Volksgezondheid en de GGD Zuid-Holland Zuid, met als basis de WCPV en de aanbevelingen uit het rapport van van Naem en Partners. Voorstel aan het portefeuillehoudersoverleg. Vaststelling door het bestuur van de regio ZHZ.

Plan van aanpak:

Discussie en beschrijving maatwerkgedeelte Jeugdgezondheidszorg (er is reeds een werkgroep JGZ met een vertegenwoordiging uit de gemeenten, GGD, Rivas en Opmaat) infectieziektebestrijding en bevorderingstaken in 2003 en 2004, vaststelling eind 2004. Discussie en beschrijving medische milieutaken in 2005, vaststelling eind 2005. Discussie en beschrijving technische hygiënezorg in 2006, vaststelling eind 2006.

5.3 Zo lang mogelijk zelfstandig wonen

'Uitgangspunt van het ouderenbeleid is dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig en actief kunnen blijven functioneren. Levensloopbestendige bouw wordt bevorderd in combinatie met woonzorgzones rond de woning. De bestaande woningvoorraad en nieuwbouwplannen worden getoetst op de behoeften van senioren' (uit Coalitieprogramma 2002-2006, punt 9.7).

De behoefte en wens tot zelfstandig wonen geldt zowel voor gehandicapten als voor ouderen. Het aanbod aan aangepaste en aan te passen woningen zal gezien de demografische situatie en de tendens tot behoud van bestaande sociale netwerken moeten toenemen en beter gespreid over de stad beschikbaar zijn.

Ambitie regionaal / lokale ambitie :

Het vanuit gezondheidsbeleid leveren van een bijdrage om woongebieden zodanig in te laten richten dat het voor iedereen mogelijk is daar te blijven wonen en een toereikend aanbod ook indien de levensomstandigheden zich wijzigen. Vermaatschappelijking, extramuralisering en scheiden van zorg en wonen stellen andere eisen aan wonen en de zorg.

In Gorinchem wordt deze ambitie beleidsmatig uitgewerkt en omgezet in concrete projecten in het kader van het ISV, een grootschalig samenwerkingsproject van gemeente Gorinchem, woningcorporaties en Rivas Zorggroep.

Ook bij de ontwikkeling van Hoog-Dalem is de lokale ambitie om in de inrichting van de wijk en de woningbouw rekening te houden met kwetsbare doelgroepen.

Doelgroep:

In principe alle inwoners van de gemeente, maar specifiek voor inwoners boven de 55 jaar alsmede mensen met een (functie)beperking (NB: de laatste groep ook jonger dan 55 jaar).

Doelstelling lange termijn:

In de gemeente Gorinchem en/of in de regio Zuid-Holland Zuid zijn er in 2015 voldoende woningen en zones (leefbare wijken of kernen) zodat bovenstaande doelgroep zo lang mogelijk zelfstandig kan blijven wonen.

Toelichting:

De vraag naar zorg blijft toenemen door de aanhoudende vergrijzing. Het aantal zorgvragers dat langer zelfstandig wil blijven wonen neemt toe en daarmee de vraag naar aanpassingen in de woonomstandigheden of andere huisvesting. Achtentachtig procent van alle zorgvragers in ZHZ wil zo lang mogelijk zelfstandig in hun woonomgeving blijven wonen. Het is belangrijk dat bij het maken van plannen voor nieuwbouw of renovatie rekening wordt gehouden met het opheffen of compenseren van belemmeringen.

Om kwetsbare groepen in de eigen omgeving te laten wonen is het van belang dat de gemeente een visie ontwikkelt op levensloopbestendige zones of leefbare kernen.

Door aandacht te besteden aan welzijnsaspecten, veiligheid van de woonomgeving en mobiliteit treedt preventie t.a.v. het gebruik van gezondheidsvoorzieningen op.

Onderzoek van het Zorgberaad bij de 14 gemeenten in ZHZ wees uit dat gemeenten in volgorde van belangrijkheid noemen:

- voldoende betaalbare- maar ook wat duurdere koopwoningen van kwalitatief niveau (aanpasbaar, toegankelijk)
- voldoende zorg- en welzijnsvoorzieningen (alarmopvolging, 24-uursdienst, boodschappendienst, recreatie, ouderenadviseur etc)
- vervoersvoorzieningen op maat
- winkels, al dan niet mobiel en in de buurt
- een toegankelijke en veilige woonomgeving (geen drempels, ijs- en sneeuwvrij, oversteekplaatsen)
- een toegankelijke huisartsenpraktijk of medisch centrum
- bibliotheek, postkantoor, bank, verenigingsleven, kerk
- een gemengde bewonerssamenstelling in de buurt

Project:

Integraal beleidsuitgangspunten vaststellen en omzetten in werkbare processen gericht op realisatie van de doelen en ambitie en zodanig dat in 2006 tot zichtbare producten kan worden gekomen.

In het kader van het ISV wordt in Gorinchem op dit moment de totale behoefte van levensloopbestendige woningen in beeld gebracht, waarna dit vertaald kan worden naar de behoefte/opgave per wijk. Ook de uitwerking van het concept 'woonzorgzones' (lichtkringmodel) vindt plaats in de ISV-projectgroep.

Plan van aanpak:

De ambtenaren Volksgezondheid en Welzijn leveren samen met de GGD een bijdrage vanuit de invalshoek gezondheid. Er wordt gebruik gemaakt van de onderzoeken en nota's van de Provincie ZHZ en van de regionale beleidsvisie op Wonen, zorg en welzijn van het Zorgberaad ZHZ en het onderzoek door de Ouderenbonden in 2002. Laatstgenoemde instelling heeft een Vernieuwingsbrigade ingesteld die ondersteuning biedt op het gebied van procesondersteuning, concrete en inhoudelijke informatie en technische informatie.

Partijen:

Zorgkantoor, woningbouwcorporaties, Rivas, gemeenten, Gehandicapten Platform, Patiëntenraad, SOG, Zorgberaad, Syndion, Philadelphia, GGD ZHZ.

5.4 Sociale kaart

Ambitie:

De voorzieningen die in de directe omgeving van mensen kunnen bijdragen aan het gezond gedrag, zijn zodanig (actueel) geregistreerd en bekendgemaakt dat deze informatie op een voor de gebruiker geschikte wijze tot zijn beschikking staat.

Doelgroep:

Alle inwoners van de gemeenten in de regio Zuid-Holland Zuid.

Doelstelling lange termijn:

Op een aan een ieder bekendgemaakte, gemakkelijk bereikbare en duidelijk herkenbare plaats(en) staat op een voor de gebruiker geschikte wijze, actuele en nuttige informatie over voorzieningen die in de directe omgeving van mensen kunnen bijdragen aan het gezond gedrag, tot een ieders beschikking.

Doelstelling korte termijn:

Belang van sociale kaart is onderkend en er is gekomen tot een afspraak over de plaats waar de sociale kaart wordt gemaakt én onderhouden alsmede over de financiering daarvan. Het profiel van de sociale kaart (wie en wat wordt in de kaart vermeld) is gezamenlijk bepaald met de diverse regionale en lokale belangengroepen. Een planning van realisatie van de sociale kaart is beschikbaar.

Toelichting:

Het is mogelijk om wat betreft een zorgkaart voor laagdrempelige voorzieningen op het gebied van preventie, gezondheid en gezondheidsbevordering aan te sluiten bij de bestaande website 'Zorgwijzer-Zuid-Holland Zuid' (www.zorgwijzer.nl).

De Zorgwijzer is een internetsite waar actuele informatie te vinden is over regionale organisaties voor zorg en welzijn; zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, patiënten- en consumentenorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsen en hulpverleners. Op de site staan adresgegevens en omschrijvingen van doelstellingen en de doelgroep van de genoemde organisaties. Op de Zorgwijzer zullen in de nabije toekomst gegevens over diensten, activiteiten, cursussen en recent nieuws van de deelnemende organisaties in de regio te vinden zijn. De Zorgwijzer is een informatiemiddel voor zorginstellingen en zorgvragers; actueel en voor iedereen gemakkelijk te gebruiken. Zoekmethodes en heldere rubrieken helpen de zorgvrager het gezochte aanbod snel te vinden. Publiek en professionals kunnen de Zorgwijzer gebruiken als startpunt voor hun zoektocht naar een dienst, een cursus, een adres of telefoonnummer in de regio.

Momenteel wordt er gewerkt aan een zorgkaart voor de Maatschappelijke Opvang en Openbare Gezondheidszorg; dit project is een van de doelstellingen van het regionale OGGZ-convenant.

Project:

Realiseren sociale kaart preventie in relatie tot gezondheid.

Onderzoek mogelijkheden voor verbreding van de kaart naar preventie (en ook laagdrempelige hulpverlening) in het algemeen.

Plan van aanpak:

Relatie met (digitale)gemeentegids, websites of zorgloket-info van Gorinchem te leggen.

Regionale werkgroep instellen die voorstel maakt.

Bestuurlijke besluitvorming over sociale kaart.

Participatie van gebruikers om achter de behoeften van de gebruikers te komen (bijv. website, foldermateriaal, voorlichting) en tot maximale bereikbaarheid en gebruiksgemak van de kaart te komen.

Partijen:

Zorgkantoor, gemeenten, provincie Zuid-Holland, regio Zuid-Holland Zuid, Gehandicapten Platform, Patiëntenraad, SOG, Zorgberaad, de migrantenorganisaties, de in het profiel van de kaart passende voorzieningen.

Evaluatie:

Volledigheid, actualiteit, beschikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van de kaart.

5.5 Leefstijl jeugd

'De gemeente zal in overleg en samenspraak jongeren bevorderen dat voorzieningen voor deze groep aantrekkelijk zijn en dat de sportieve en sociale ontwikkeling stimulansen kan krijgen. Speciale aandacht wordt gegeven aan kwetsbare en makkelijk te beïnvloeden groepen jongeren, ook in relatie met het veiligheidsbeleid' (uit Coalitieprogramma 2002-2006, punt 9.6)

Ambitie:

Het bevorderen van een meer gezonde jeugd door extra in te zetten op preventie gericht op een meer gezonde leefstijl en het verminderen van risicogedrag bij jongeren.

Doelgroep:

Jeugdigen en hun omgeving.

Doelstelling:

Interventies om in samenwerking met de jeugd en relevante instellingen de gezonde leefstijl te bevorderen en het risicogedrag te verminderen.

Toelichting:

De gemeentelijke beleidsvrijheid van de WCPV brengt met zich mee dat plaatselijke accentverschillen mogen bestaan, bijvoorbeeld beleid gericht op het afnemen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Er is een toenemend aantal jeugdigen dat op steeds jongere leeftijd ongezond gedrag vertoont. Met name jongeren uit bepaalde sociale groepen (met laag SES) combineren verschillende risicovolle leefstijlen en weten dit langdurig vol te houden. Te denken valt hierbij bijvoorbeeld aan de combinatie van overmatig alcoholgebruik, roken, pillen slikken, ongezonde voeding, onveilig rijden en onveilig in het verkeer. Veel jongeren in deze regio hebben slechte eetgewoonten en één op de vijf jongeren is te zwaar. Zoals in paragraaf 3.2. wordt beschreven vinden er in Gorinchem en omgeving binnen bestaand beleid een aantal preventie activiteiten voor jongeren plaats en zullen plaats vinden binnen het jeugd(gezondheids)beleid.

Het project 'Way Out' (jongeren van 12 tot 18 jaar leren risico's tijdens het uitgaan te herkennen en zoveel mogelijk te vermijden) zal starten in het schooljaar van 2003-2004 op de VO-scholen in Gorinchem.

'Binnen de jeugdgezondheidszorg vindt landelijk een accentverschuiving plaats van het opsporen van fysieke problemen naar het opsporen en aanpakken van psychosociale problematiek en het aanpak van risicoleerlingen. Het maatwerkgedeelte van de jeugdgezondheidszorg (de zorg voor de 4-19 jarigen wordt uitgevoerd door de GGD) voor de regio Zuid-Holland Zuid wordt momenteel door een werkgroep van ambtenaren, de GGD, Rivas en Opmaat voor de komende jaren ingevuld.

De GGD sluit de notitie 'Speerpunten voor 2003 en 2004' aan bij de ambitie van de gemeenten wat betreft de doelgroep jeugd met hun programma's voor gezondheidsvoorlichting en preventie. Een tweede GVO-medewerker, hoofdzakelijk ten behoeve van de doelgroep jeugd, zal augustus 2003 beginnen.

Ook wordt binnen een werkgroep van ambtenaren en DeltaBouman bekeken wat de komende jaren de mogelijkheden zijn (binnen het huidige budget voor verslavingszorg van de centrumgemeente Dordrecht) om extra preventieve activiteiten voor de jeugd in de regio uit te voeren. Hierbij wordt gedacht aan preventie m.b.t. verslavingen en voorlichting aan

intermediairen, ouders, docenten bijvoorbeeld over signaalgedrag voor middelengebruik van jongeren van lagere scholen en voortgezet onderwijs.

In het schooljaar van 2004-2005 zal een pilot-project 'Respectopschool.nl'; gericht op leefstijl van de jeugd (d.m.v. participatie van meer dan 50% van de basisscholen en voortgezet onderwijs) starten met als doel: waarden en normen, wederzijds respect en sociale veiligheid in de belangstelling zetten.

Het is duidelijk dat het een en ander op elkaar moet worden afgestemd.

Project:

De projectaanpak moet nog uitgewerkt worden. De plannen zijn via het BRAVO-concept de jeugd verleiden tot gezond gedrag en ongezond gedrag ontmoedigen. Als het gaat om gezondheidsbevordering bij jongeren zal vooral gestreefd moeten worden naar een bewustwordingsproces uit eigen vrije wil. Pas als ze zelf aan den lijve ondervinden dat ze er wat aan hebben om gezond gedrag te gaan vertonen, ontstaat er veranderingsbereidheid. Projecten moeten zich niet op een enkel aspect van hun leefstijl richten. Hun leefstijl als geheel moet aan bod komen.

Daarnaast is een integrale aanpak en afstemming tussen de verschillende initiatieven nodig. Alle mogelijke instanties zullen met elkaar moeten samenwerken om jongeren in zoveel mogelijk settings en omstandigheden eenduidig aan te spreken en te zorgen dat gezonde keuzes ook gemakkelijke keuzes worden.

In een regionale aanpak is de school vaak het juiste vertrekpunt, terwijl vanuit de lokale aanpak de vrijetijdsbesteding het vertrekpunt kan zijn. Het is belangrijk om in te zetten op een beleid waarin meerdere risicofactoren worden aangepakt.

Plan van aanpak:

Werkgroep 'jeugd' samenstellen in samenwerking met de verschillende betrokken instellingen en organisaties. Wellicht kan gebruik worden gemaakt al bestaande netwerken als de Stuurgroep Opvoedingsondersteuning en de Plangroep Brede School. Participatie van jeugd en hun omgeving bij bedenken en uitvoeren van tot gezond gedrag verleidende activiteiten. Het handhaven van rook- en alcoholvrije zones bijvoorbeeld in sportkantines (NB: sportverenigingen kunnen hiervan nadelige financiële gevolgen van ondervinden) en scholen. De V in Bravo van Voeding uitbreiden met interventies t.b.v. de V van Veiligheid en de V van Veilig Vrijen. Relaties leggen met gemeentelijk jeugd- en onderwijs(achterstanden)beleid. Deskundigheidsbevordering intermediairen. Regionale uitwerking van de landelijk ontwikkelde jeugdmonitor.

Partijen:

Scholen (incl. ouder- en medezeggenschapsraden) sportverenigingen, gemeente, GGD Zuid-Holland Zuid en DeltaBouman, Rivas (schoolmaatschappelijk werk), Arkelstad, Breedtesport, intermediairen.

Evaluatie:

Monitoren aantallen jeugd met ongezond gedrag. Aantallen verenigingen en scholen met beleid ten aanzien van rook- en alcoholvrije omgeving bij activiteiten voor de jeugd. Aantallen activiteiten ter beïnvloeding van gezond gedrag.

5.6 Bewegingsstimulering en sportbevordering ¹¹

'Sport is niet alleen van grote waarde voor de ontspanning, maar ook voor het plezierig samenleven van verschillende mensen en bevolkingsgroepen. Sportverenigingen kunnen rekenen op extra subsidies om de jeugdsport te stimuleren onder andere via het project

¹¹ Gebruik gemaakt van nota Sport, bewegen en gezondheid van het ministerie van VWS, juni 2001

Breedtesport. Het Caribabad moet 'in de markt' kunnen blijven' (uit Coalitieprogramma 2002-2006, punt 9.4)

Regionale Ambitie / Lokale ambitie

Vergroten van de gezondheid door sport en beweging / en het huidige aanbod van het Breedtesportproject van Gorinchem binnen de bestaande faciliteiten doorvertalen naar nieuwe doelgroepen uit het lokaal gezondheidsbeleid, zoals: ouderen, chronisch zieken/gehandicapten, jeugd met overgewicht, allochtonen en mensen in ongunstige sociaal-economische omstandigheden (SES).

Doelgroep

De bewoners van de gemeente Gorinchem en in het bijzonder uit de hierboven genoemde doelgroepen.

Doelstelling op lange termijn

Een breed publiek ziet het belang van gezond bewegen en een actieve leefstijl in en neemt naar gelang belangstelling deel aan sport- en bewegingsactiviteiten hetzij binnen of buiten verenigingsverband.

Toelichting

Sport en beweging kunnen een positieve invloed hebben op de gezondheid, de fitheid en het welbevinden van mensen. Door sport en beweging kunnen ziekten worden voorkomen, kan het herstel van ziekten worden versneld en de reïntegratie van mensen in de samenleving worden bevorderd. Sport kan een uitstekend middel zijn om mensen te activeren en aan het sociale verkeer deel te nemen. Sport kan grensverleggend werken met betrekking tot gezondheid en omgangsvormen (normen en waarden). Bovendien kan sport een belangrijke functie vervullen bij het verbeteren van de leefbaarheid in de stad. De landelijke praktijk leert dat de gezondheidswinst van sport en beweging onvoldoende wordt benut.

Breedtesportproject

In de gemeente Gorinchem is het Breedtesportproject in 2002 van start gegaan en eindigt op 31 december 2007. Het project zal daarna structureel zijn. De doelgroep is de jeugd. Een korte samenvatting van de huidige activiteiten staat in paragraaf 3.2 beschreven. In het "projectplan Breedtesport" uit 2001 staan diverse activiteiten en doelen met directe raakvlakken met lokaal gezondheidsbeleid, bijvoorbeeld:

- *'Na en buitenschoolse activiteiten, met name gericht op kinderen in achterstandsituaties. Deze basisschoolleerlingen komen veelal te weinig in aanraking met sport. Achterstandsbestrijding moet niet alleen gericht zijn op het wegwerken van tekortkomingen op het cognitieve vlak. Sociaal-economisch welbevinden is een voorwaarde voor het welslagen van het wegwerken van cognitieve achterstanden (hoofdstuk 2.2, p. 2).'*
- *'Betrokkenen (GGD-medewerkers, huisartsen en fysiotherapeuten) kunnen, mits goed bekend met de mogelijkheden die de breedtesport biedt, de jeugd toeleiden of doorverwijzen naar de diverse deelprojecten (hoofdstuk 2.2, p. 2).'*
- *'Uitdagingen, nieuwe initiatieven stimuleren onder meer door ontwikkelen van andere/nieuwe sportclubs, zoals ...gehandicaptensportclubs...(hoofdstuk 4b, p. 5).'*
- *'De doelstellingen van de verenigingen gaan veranderen. Sport is niet alleen leuk en gezond, er wordt nadrukkelijk gevraagd om de doelgroepen –jeugd, waarvan specifiek de allochtone en gehandicapte jeugd- anders te benaderen (hoofdstuk 5.3, p. 6).'*
- *'Team "Extra" is opgericht op begeleiding van moeilijk bewegende kinderen naar een vereniging toe. Het sportaanbod van deze is in de regel niet toegesneden op kinderen met een motorische achterstand. Doel is om deze kinderen uiteindelijk terug te laten keren naar een "gewone" vereniging (hoofdstuk 4.1, p. 4).'*

NB: een nieuwe nota Sportbeleid zal tussen nu en 2006 worden geschreven.

Momenteel zijn er wachtlijsten van ongeveer 1 jaar voor zwembles in Gorinchem en omgeving wegens capaciteitsproblemen van het zwembad 'Caribabad' te Gorinchem.

Project

Er zijn reeds door de ambtenaar Sport projecten (uitvoering 2004) ingediend voor 'Meer bewegen voor ouderen' (ook raakvlakken met ouderenbeleid) en uitbreiding van het

zwembad 'Caribabad'. Projecten uit de Breedtesport vertalen naar de nieuwe doelgroepen (ouderen, chronisch zieken/gehandicapten, jeugd met overgewicht, allochtonen en mensen uit de groep met sociaal-economische gezondheidsverschillen (SES)) en/of met huidige Breedtesport activiteiten ook de nieuwe doelgroepen proberen te bereiken.

Plan van aanpak

Participatie van partijen bij bedenken en uitvoeren van acties om sportdeelname/beweging van bovengenoemde nieuwe doelgroepen te vergroten.

Aanhaken met lokaal gezondheidsbeleid bij huidige sportbeleid dan wel tot nieuw beleid komen voor een laagdrempelig sportaanbod en (her)inrichting van speel- en sportruimten.

Partijen

Breedtesport, gemeenten, GGD, sportverenigingen, Gehandicaptenplatform, SOG, Patiëntenraad, intermediairen, migrantenorganisaties, scholen, huisartsen, fysiotherapeuten, Arkelstad.

Evaluatie

Toename van sport- en bewegingsactiviteiten, afname wachtlijsten van zwemles.

5.7 Toegankelijkheid eerste lijngezondheidszorg

'De gemeente neemt initiatieven voor gezondheidscentra, waarin ten behoeve van de patiënt meerdere disciplines, zoals huisartsen, verloskundigen, verpleegkundigen, een apotheek en fysiotherapeuten, worden ondergebracht. Voor deze disciplines wordt een positief vestigingsklimaat geschapen. Allereerst wordt bevorderd dat in Gorinchem-West een eerstelijns gezondheidscentrum wordt gevestigd. Hoewel de plaatselijke overheid de regie in de gezondheidszorg niet in handen heeft, kan de gemeente dankzij nieuwe wetgeving in samenspraak met belangenorganisaties een grotere rol spelen. Gehandicapten moeten zelfstandig kunnen functioneren en actief kunnen deelnemen aan maatschappelijke activiteiten. Wie daarbij hulp nodig treft in de gemeente een bondgenoot.' (uit Coalitieprogramma 2002-2006, punt 9.5)

Ambitie:

De eerstelijnszorg als basisvoorziening op een voor een ieder bereikbaar niveau in de regio behouden.

Doelgroep:

Alle inwoners van de gemeenten in de regio Zuid-Holland Zuid en de inwoners van Gorinchem in het bijzonder.

Doelstelling korte en lange termijn:

Vanuit gezondheidsperspectief een gezamenlijke modus zien te vinden zodat het niveau van de eerste lijn in de regio Zuid-Holland Zuid op peil blijft.

De gemeente Gorinchem heeft hierbij een faciliterende rol en gaat actief op zoek naar lokaties voor eerstelijns samenwerkingsverbanden (gezondheidscentra) en HOED-constructies (HOED staat voor Huisartsen Onder Een Dak). Allereerst wordt bevorderd dat in Gorinchem-West een eerstelijns gezondheidscentrum of HOED wordt gevestigd. In het kader van het ISV zal in de (her)ontwikkeling van wijken rekening worden gehouden met lokaties voor eerstelijns gezondheidszorg. Visie en uitwerking van deze doelen vindt plaats in ISV-verband.

Toelichting:

In toenemende mate doen zich problemen voor wat betreft de beschikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen in de eerste lijn. Daarbij kan gedacht worden aan de aanwezigheid van voldoende huisartsen, tandartsen en verloskundigen. Ontwikkelingen in

deze beroepsgroep (scheiding wonen/werken, parttime werk, voorkeuren voor standplaatsen, invulling taak huisarts, samenwerking onder één dak) geven aanleiding om gerichte actie te ondernemen om er voor te zorgen dat niveau van deze zorg op peil blijft. De beroepsgroep en de zorgverzekeraar zijn primair verantwoordelijk voor de eerstelijnszorg, maar de gemeente Gorinchem zal daar waar nodig faciliterend optreden. De gemeente is reeds in overleg met de beroepsgroep, de Patiëntenraad en het regionale zorgverzekeraar (Trias) om te bekijken wat er gedaan kan worden aan het huisartsentekort en andere tekorten binnen de beroepsgroep van de eerste lijn. Het Trias zal inventariseren welke tekorten bestaan c.q. ontstaan binnen de verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn in de gemeente Gorinchem. Tevens zal het Trias in kaart brengen bij welke beroepsbeoefenaren de huisvesting te kort schiet en niet meer aan de landelijke kwaliteitseisen kan worden voldaan. Bij de (her)inrichting van wijken (ISV) zal de gemeente de desbetreffende beroepsbeoefenaren uit de eerste lijn betrekken in de nieuwe plannen. Daarnaast laat de fysieke toegankelijkheid te wensen over. Veel apotheken, tandartsen, huisartsen en verloskundigen zijn voor mensen in een rolstoel niet toegankelijk, er is geen informatiemateriaal voor mensen die blind of slechtziend zijn en er zijn geen voorzieningen voor doven en slechthorenden.

Project

Integrale beleidsuitgangspunten vaststellen en omzetten in werkbare processen gericht op realisatie van de doelen en ambitie en zodanig dat in 2005 reeds tot zichtbare producten kan worden gekomen.

Plan van aanpak:

Inventarisatie van huidige ondersteuning aan huisartsen, tandartsen en verloskundigen door GGD Zuid-Holland Zuid (praktijkauto's, forensische geneeskunde, opleiding verpleegkundigen). Het inventariseren van wensen en ideeën zowel bij beroepsgroepen als bij patiënten.

Komen tot een gezamenlijk plan van aanpak, alsmede adviezen bij locaties en planvorming

Partijen

Eerstelijnsvoorzieningen, zorgverzekeraars, zorgkantoor, gemeenten, huisartsenvereniging, Gehandicaptenplatform, Patiëntenraad, SOG.

Evaluatie:

Inzicht in de huidige situatie en in die van de komende vijf jaar. Het bijstellen van het gezamenlijk plan van aanpak. Een gezondheidscentrum/HOED in Gorinchem-West. Meer fysiek toegankelijke eerstelijnsinstellingen.

5.8 Bekendheid blijven geven aan Algemeen maatschappelijk werk voor ouderen

Ambitie

Voorkomen dat problematische situaties van ouderen complexer worden of escaleren door de toegang van het Algemeen maatschappelijk werk (AMW) te vergroten.

Doelgroep

Oudere inwoners van de gemeente Gorinchem met een 'lichte' hulpvraag bijv. op het gebied van schulden, het ervaren van eenzaamheidsgevoelens en diverse andere psychosociale problematiek.

Doelstelling

Het bieden van een vorm van laagdrempelige hulpverlening in de vorm van AMW; waarbij het AMW de sociale zelfredzaamheid kan versterken van mensen met psychosociale problemen.

Toelichting

Tijdig hulpverlening inschakelen kan voorkomen dat problematische situaties steeds complexer worden en in een uiterst geval zelfs escaleren. Personen die tijdig hulp vragen behouden vaak de regie over hun eigen leven waardoor de zelfredzaamheid wordt bevorderd en doen geen beroep op veel duurdere vormen van hulpverlening.

Uit de jaarcijfers van 2002 van het Algemeen maatschappelijk werk (AMW) van Rivas Zorggroep blijkt dat het bereik van cliënten ouder dan 55 jaar in Gorinchem aandacht verdient. Deze groep wordt in verhouding tot het aandeel van deze groep in de bevolking onvoldoende bereikt in de gemeente Gorinchem. Het percentage voor behandelde cliënten AMW ouder dan 55 jaar is 21% , voor cliënten ouder dan 65 jaar is het percentage 10 %.

In hoofdstuk 3 is de huidige 'Stimuleringsregeling Algemeen Maatschappelijk Werk' reeds toegelicht. Deze Stimuleringsregeling eindigt op 31 december 2003; middelen (€ 25.000) voor de Stimuleringsregeling zullen vanaf 2004 worden toegevoegd aan het gemeentefonds.

Project

Voor zover mogelijk de succesvolle activiteiten van de Stimuleringsregeling AMW voortzetten om het AMW van Rivas Zorggroep onder de aandacht te brengen bij de doelgroep ouderen en de verwijzers.

Plan van aanpak

De huidige activiteiten van de Stimuleringsregeling AMW bestaan uit:

- Contact leggen met andere instellingen en hulpverleners om in beeld te brengen wat het huidige aanbod aan psychosociale ondersteuning en/of activiteiten is.
- Deelnemen aan het zorgafstemmingsoverleg.
- Het in kaart brengen van informele netwerken en de behoefte aan een ondersteuningsstructuur (mantelzorgers) (pilot Gildenwijk).
- Het ontwikkelen van een methode om het zicht te krijgen op het aantal kwetsbare ouderen (pilot Gildenwijk)
- Het houden van spreekuren op locaties waar veel ouderen komen (Bannehof)

Partijen

Gemeente Gorinchem, Rivas Zorggroep (AMW), huisartsen en de SOG.

Evaluatie

- Toename gebruik van AMW door de doelgroep door de jaarcijfers (m.n. het kengetal: 'Bereik naar leeftijdscategorie') van de voorafgaande jaren te vergelijken met het jaar waarin de inspanningen zijn verricht.
- Minder eenzaamheid en hogere waardering gezondheidsbeleving onder de ouderen (te toetsen bij de volgende gezondheidsmonitoren).

5.9 Financieel kader lokaal gezondheidsbeleid

Op diverse plaatsen in deze nota is gerefereerd aan de opdracht die in de nieuwe WCPV bij gemeenten is neergelegd. Doordat deze opdracht niet vergezeld is gegaan van specifieke middelen lijkt het erop dat de gemeente een aantal nieuwe verantwoordelijkheden krijgt, zonder dat daarvoor ook het benodigde geld beschikbaar wordt gesteld.

Het is evident dat concretisering van alle genoemde projecten geld gaat kosten. Hoeveel valt op dit moment nog nauwelijks te overzien. Een klein aantal taken zit verweven in het basistakenpakket van de GGD (zie hoofdstuk 2), waardoor er geen extra middelen behoeven te worden vrijgemaakt om ze te kunnen realiseren.

Bij het jaarlijks uitwerken van de projecten zal geprobeerd worden om ook de kosten te temporiseren. Er is inmiddels via 'nieuw beleid' voor de meerjarenbegroting 2004-2007 extra geld (jaarlijks € 50.000,-) aangevraagd om te reserveren voor lokaal gezondheidsbeleid. Het college van burgemeester en wethouders zal jaarlijks een afweging maken waarvoor de financiële middelen, die door de raad beschikbaar worden gesteld middels de programmabegroting vanaf 2004, ingezet zullen worden teneinde uitvoering te kunnen geven

aan de beleidsvoornemens zoals genoemd in de nota. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in een algemeen werkbudget en/of het bijstellen van bestaande budgetten.

5.10 Conclusie

Deze nota Lokaal Gezondheidsbeleid heeft een looptijd van 4 jaar, dus tot en medio 2007. Aan de nota worden vanaf de tweede helft van 2003 projectplannen gekoppeld. Participatie van de doelgroep is van groot belang bij het uitwerken van de ambities en streefdoelen. Ook worden in de diverse fasen andere beleidsterreinen en sectoren betrokken.

Vanaf medio 2007 dient er een nieuwe nota Lokaal Gezondheidsbeleid gereed te zijn. Om deze te kunnen ontwikkelen dient de eerste nota geëvalueerd te zijn. In het jaar 2006 zal er gewerkt moeten worden aan het ontwikkelen van een nieuwe nota.

Vanuit de Gezondheidsmonitor van de GGD kan geconcludeerd worden dat het redelijk gesteld is met de gezondheid van haar inwoners. Toch worden er nog tal van gezondheidsproblemen geconstateerd.

Voor het gezondheidsbeleid zijn diverse maatschappelijke en demografische ontwikkelingen van belang. Zo levert de dubbele vergrijzing een grote bijdrage aan de toename van het aantal chronisch zieken; vraagt de multiculturalisering om aanpassing van het aanbod van de welzijn- en gezondheidsinstellingen; en betekent de sociaal-economische tweedeling dat we onze specifieke aandacht moeten richten op het gebied van kansen aan risicogroepen.

Een belangrijke ontwikkeling is de regierol die de gemeente toebedeeld krijgt op de diverse terreinen die een relatie hebben met haar burgers. De gemeente Gorinchem kan bij het uitoefenen van al die taken gebruik maken van de kennis en expertise van vele instellingen. In het kader van die regierol is het van belang jaarlijks te rapporteren aan de gemeenteraad.

Met het verschijnen van deze nota en door de uitwerking van de gestelde ambities en streefdoelen in plannen, realiseert de gemeente de doelstelling van lokaal gezondheidsbeleid en voldoet zij aan de vereisten die de WCPV stelt.

5.11 Samenvatting van de ambities met tijdspad

Inleiding

In deze paragraaf worden nogmaals de ambities van de gemeente Gorinchem en de regio Zuid-Holland Zuid genoemd. Bij elke ambitie is getracht per onderwerp, activiteit of project aan te geven wanneer het wordt uitgevoerd, de (in)directe financiering en wanneer de evaluatie gepland is, voor zover dit bekend is. De meeste projectplannen moeten in de tweede helft van 2003 samen met de verschillende partijen (instellingen, belangengroepen, ambtenaren uit de regio) onder andere in de vorm van werkgroepen worden uitgewerkt en kunnen dus in dit stadium nog niet in al te concrete vorm worden beschreven. Datzelfde geldt voor de financiering.

Ook zullen projecten plaatsvinden en worden uitgewerkt binnen andere beleidsterreinen dan volksgezondheid zoals bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, sport- of jeugdbeleid etc., zodat ook bij deze projecten concrete activiteiten en een tijdspad momenteel moeilijk zijn te beschrijven. Voor een aantal activiteiten is via 'Nieuw Beleid' financiering aangevraagd. Indien dit niet wordt gehonoreerd, zullen deze projecten niet opgestart kunnen worden.

1. Een beschrijving maken van de manier waarop Gorinchem vorm geeft aan de basistaken van de WCPV, zoals die door de GGD Zuid-Holland Zuid wordt uitgevoerd (zie 5.2).

Onderwerp / Activiteit	Uitvoering	Financiën	Evaluatie
Invulling Maatwerk-gedeelte JGZ voor 0-4 jarigen	Jaarlijks m.b.v. werkgroep van Rivas, GGD en de ambtenaren uit de regio	TRV-gelden € 33.000 (2003) (vanaf 2003 toegevoegd aan het gemeentefonds)	Uitvoer Maatwerk-gedeelte JGZ jaarlijks NB: Uitvoer JGZ 0-19 jaar door Rivas en GGD in 2006
Beschrijving Infectieziektebestrijding en Bevorderingstaken	2003 en 2004	Binnen regulier budget GGD	Vaststelling eind 2004
Beschrijving Medische Milieutaken	2005	Binnen regulier budget GGD	Vaststelling eind 2005
Beschrijving Hygiënezorg	2006	Binnen regulier budget GGD	Vaststelling eind 2006

2. Het vanuit gezondheidsbeleid leveren van een bijdrage om woongebieden zodanig in te laten richten dat het voor iedereen mogelijk is daar te blijven wonen en een toereikend aanbod ook indien de levensomstandigheden zich wijzigen (zie 5.3).

Onderwerp / Activiteit	Uitvoering	Financiën	Evaluatie
In beeld brengen van totale behoefte aan levensloopbestendige woningen in Gorinchem.	2003-2004 binnen ISV-project	Binnen formatie uit ISV-budget	Eind 2004
Uitwerken van 'woonzorgzones' (lichtkringmodel)	2003-2004 binnen ISV-project	Binnen formatie uit ISV-budget	Eind 2004
Uitwerken bijdrage vanuit invalshoek 'gezondheid' van GGD en ambtenaren	Start werkgroep 2003-2004	Binnen regulier budget GGD en met inzet van ambtenaren uit de regio	2005

3. De voorzieningen die in de directe omgeving van mensen kunnen bijdragen aan het gezond gedrag, zijn zodanig (actueel) geregistreerd en bekendgemaakt dat deze informatie op een voor de gebruiker geschikte wijze tot zijn beschikking staat (zie 5.4).

Onderwerp / Activiteit	Uitvoering	Financiën	Evaluatie
Inventariseren behoeften van belangengroepen in Gorinchem	Begin 2004 door ambtenaar volksgezondheid	Binnen reguliere formatie ambtenaar	2005
Realiseren sociale kaart (website, foldermateriaal etc.)	2004 m.b.v. werkgroep van ambtenaren en GGD	Nieuw beleid, kosten afhankelijk van uitwerking.	2005

4. Het bevorderen van een meer gezonde jeugd door extra in te zetten op preventie gericht op een meer gezonde leefstijl en het verminderen van risicogedrag bij jongeren (zie 5.5).

Onderwerp / Activiteit	Uitvoering	Financiën	Evaluatie
Project: 'The way out' (zes VO-scholen) dmv. lespakketten	Schooljaar 2003/2004 (politie, HALT en DeltaBouman)	Deels subsidie via Sociale Leefbaarheid en deels via budget Jeugdbeleid en Bijzondere wetten	Eind 2004 NB: project kan doorloop hebben tot 2007, afhankelijk van de scholen
Uitwerken 'Bravo concept' met GGD waarna uitvoering door afdeling GVO	Eind 2003-2004 door werkgroep 'Jeugd' van ambtenaren en GGD	Activiteiten GGD zo mogelijk binnen reguliere budget en reguliere formatie van ambtenaren, anders via Nieuw Beleid	Monitoren jeugd met ongezond gedrag 2005-2006
Uitwerken preventie m.b.t. gebruik van middelen en signaleren van risicogedrag voor intermediairen	Jaarlijks, vanaf 2004 door DeltaBouman	Mogelijkheden benutten binnen budget Verslavingszorg van de centrum-gemeente Dordrecht	Jaarlijks, vanaf 2005
Project: 'Respectopschool.nl' (VO- en basisscholen)	Pilot in schooljaar 2004-2005 door Arkelstad	Financiering via Gemeentelijk Onderwijs en Achterstanden (GOA) Beleid	2006
Uitwerken aanpak van 'handhaven van rook- en alcohol-vrije' zones	2005, door ambtenaar Volksgezondheid	Reguliere ambtelijke capaciteit Gorinchem	2006

5. Vergroten van de gezondheid door sport en beweging / en het huidige aanbod van het Breedtesportproject van Gorinchem binnen de bestaande faciliteiten doorvertalen naar nieuwe doelgroepen uit het lokaal gezondheidsbeleid, zoals: ouderen, chronisch zieken/gehandicapten, jeugd met overgewicht, allochtonen en mensen uit de groep met sociaal-economische gezondheidsverschillen (SES) (zie 5.6).

Onderwerp / Activiteit	Uitvoering	Financiën	Evaluatie
Sportstimulering voor ouderen (Project: 'Meer bewegen voor ouderen' binnen sportbeleid)	Jaarlijks, vanaf 2004, uitvoering door Breedtesport team te Gorinchem	Nieuw beleid is aangevraagd om € 10.000 in de begroting op te nemen	Jaarlijks, vanaf 2005
Uitbreiding Caribabad (sportbeleid)	2004 of 2005 (mits het in de begroting van 2003 kan worden opgenomen)	Nieuw beleid is aangevraagd (Noodzakelijke voorzieningen €1.257.500,- / Totale uitbreiding € 5.393.834,-)	2006
Projecten uit Breedtesport vertalen naar nieuwe doelgroepen uit lokaal gezondheidsbeleid (zie boven)	2004 ontwikkelen, 2005 uitvoering door Breedtesport team	Ontwikkelen binnen reguliere ambtelijke capaciteit, uitvoering project via aangevraagde gelden 'Nieuw beleid'	2006

6. De eerstelijnszorg als basisvoorziening op een voor een ieder bereikbaar niveau in de regio behouden (zie 5.7)

Onderwerp / Activiteit	Uitvoering	Financiën	Evaluatie
Faciliteren van ontwikkeling HOED of gezondheidscentrum in Gorinchem en overleg met partners	Binnen planvorming ISV-project 2003-2006 en overleg met partners (beroepsgroepen, TRIAS, belangengroepen) is doorlopend	Binnen formatie van ISV-budget en ambtelijke capaciteit van Gorinchem	2006
Inventarisatie TRIAS benodigde huisvesting eerstelijnsgezondheidszorg in Gorinchem	2003	Binnen formatie van TRIAS en ambtelijke capaciteit van Gorinchem	2004
Uitwerken plan van aanpak voor regio wat betreft eerstelijnsgezondheidszorg	Start werkgroep najaar 2003-2004 (o.a. ambtenaren en GGD ZHZ)	Binnen formatie van ambtenaren en GGD ZHZ	2005

7. Voorkomen dat problematische situaties van ouderen complexer worden of escaleren door de toegang van het Algemeen maatschappelijk werk (AMW) te blijven vergroten (zie 5.8).

Onderwerp / Activiteit	Uitvoering	Financiën	Evaluatie
Bereik van doelgroep ouderen voor Algemeen maatschappelijk werk vergroten	-2003 via tijdelijke capaciteitsuitbreiding Rivas Zorggroep -2004 voortzetting activiteiten binnen reguliere capaciteit	Tot 2004 door Stimuleringsgelden AMW (€25.000) Vanaf 2004 onbekend	-Jaarcijfers van 2003 en 2004 (bereik ouderen) -Gezondheidsmonitor 2004-2005 (criteria: eenzaamheid en gezondheidsbeleving onder ouderen)

Bijlage 1 Wettelijk kader op het terrein van gezondheid

Grondwet

De minister van Volksgezondheid wijst er in haar brief van 20 mei 1997 aan de Tweede Kamer op dat de Nederlandse Grondwet in artikel 22 een verantwoordelijkheid geeft aan de overheid voor de gezondheid van de burgers.

'Gemeenten hebben van oudsher gedeeld in die zorg voor de gezondheid, zowel op eigen initiatief als op grond van een aantal specifieke wetten, die taken in medebewind aan gemeenten opdragen.'

Gemeenten hebben, aldus deze brief, verantwoordelijkheden op het brede volksgezondheidssterrein: preventie, Care, Cure en Geestelijke gezondheidszorg (w.o. maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid, vrouwenopvang)

Bovendien hebben gemeenten taken op terreinen die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloeden: welzijn, volkshuisvesting, milieu, onderwijs, openbare orde.

Rechten van het kind

Het VN-Verdrag inzake de Rechten van het Kind verplicht de overheid maatregelen te nemen om de rechten van kinderen en jongeren te realiseren. Het regelt bovendien dat bij maatregelen die kinderen betreffen het belang van het kind voorop moet staan. Kinderrechten zijn kortom een belangrijke inspiratiebron voor jeugdbeleid.

In de tien rechten van het kind zijn drie basisrechten richtinggevend:

Het *recht op voorzieningen* (op onderwijs, voedsel en gezondheidszorg, op speelmogelijkheden en op sociale zekerheid);

het *recht op bescherming* (tegen mishandeling en verwaarlozing, tegen seksueel misbruik en seksuele exploitatie, tegen kinderarbeid en tegen drugs) en

het *recht op participatie* (het recht op informatie, vrijheid van meningsuiting, recht om mee te praten over alles wat de jeugd aangaat, vrijheid van vereniging en vergadering, vrijheid van godsdienst).

De gemeentewet

In de *oude* gemeentewet werd gezondheid expliciet genoemd als een van de taken van de gemeenteraad. Letterlijk luidde de tekst als volgt: 'Aan hem (de gemeenteraad) behoort het maken van verordeningen, die in het belang van de openbare orde, zedelijkheid en gezondheid worden vereist en van andere betreffende de huishouding der gemeente'. In de *nieuwe* (2001) gemeentewet is alleen sprake van 'de huishouding der gemeente' en wordt het aan de gemeenten zelf overgelaten daar invulling aan te geven.

De Welzijnswet

In de Welzijnswet wordt bepaald dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor het welzijn van hun burgers. Welzijnsbeleid is de gezamenlijke inspanning van de overheden op maatschappelijk en sociaal-cultureel terrein, die tot doel heeft, in samenwerking met andere betrokkenen:

de ontplooiingsmogelijkheden van mensen te vergroten en hun zelfredzaamheid en hun deelname aan de samenleving te stimuleren, mede om te voorkomen dat mensen in een achterstandspositie geraken;

de personen die in een achterstandspositie zijn geraakt mogelijkheden te bieden hun positie te verbeteren;

het welbevinden van personen in de samenleving op andere wijze te bevorderen.

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid WCPV (WCPV)

Met de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (25 mei 1990) is de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie expliciet aan gemeenten opgedragen.

In de WCPV wordt een aantal taken genoemd, zoals bijvoorbeeld infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg, maar de wijze van uitvoering en de benodigde omvang werden niet nader gespecificeerd. Een onderzoek van de inspectie voor de volksgezondheid in 1995 gaf aan dat er grote verschillen zijn in de uitvoering van de WCPV, gemeenten zelden op eigen initiatief gezondheidsbeleid formuleren en bestuurlijke betrokkenheid gering is.

De minister van Volksgezondheid installeerde als reactie daarop de commissie Lemstra die het advies gaf de structuur niet te wijzigen maar de openbare gezondheidszorg te versterken, hetgeen in 1997 leidde tot het traject versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid. Naast de instelling van een platform openbare gezondheidszorg en voorstellen voor wijziging van de WCPV basistaken hield dit een discussie over de jeugdgezondheidszorg in.

Op 11 april 2002 heeft de Tweede kamer ingestemd met de wijziging van de Wet Collectieve Preventie volksgezondheid met als ingangsdatum 1 januari 2003.

De Eerste Kamer heeft op 9 juli 2002 hiermee ingestemd waarmee de wettelijke verankering van het basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg voor de 0 tot 19 jarigen een feit is. Dit betekent een belangrijke kwaliteitsimpuls voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Een ander belangrijk aspect voor de JGZ is dat de zorg voor de 0-4 jarigen vanaf 1 januari 2003 onder gemeentelijke regie valt.

De wet geeft aan dat de basistaken (bevorderingstaken, infectieziektebestrijding, openbare geestelijke gezondheidszorg, medische milieutaken, technische hygiëne, jeugdgezondheidszorg) nader kunnen worden uitgewerkt bij algemene maatregel van bestuur. Inmiddels is een dergelijke specifieke omschrijving voor het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jaar vastgesteld.

De gemeenten dienen op grond van de wet een gemeentelijke gezondheidsdienst in te stellen en in stand te houden. Ook dient de gemeenteraad elke vier jaar (voor het eerst voor 1 juli 2003) een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen.

Wet voorzieningen gehandicapten (WVG)

Vanaf 1 april 1994 heeft de gemeente de plicht zorg te dragen voor de verlening van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen voor de deelneming aan het maatschappelijk verkeer van in de gemeente woonachtige gehandicapten. De gemeente heeft de regels voor het verstrekken van voorzieningen vastgelegd in een verordening voorzieningen gehandicapten. De zorgplicht houdt in dat de gemeente toereikende hulp biedt in verband met de beperkingen van de gehandicapten. De voorzieningen die worden verstrekt dienen doeltreffend, doelmatig en efficiënt te zijn.

Wet bijzondere opnemng in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)

Deze wet regelt opname in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis (PAAZ) voor iemand die gestoord is in zijn of haar geestesvermogens. De Bopz geeft de burgemeester de bevoegdheid om mensen die een gevaar zijn voor zichzelf, hun omgeving of de openbare orde met een inbewaringstelling acuut verplicht te laten opnemen.

Leerplichtwet

Het college van burgemeester en wethouders kan vrijstelling van leerplicht verlenen in een situatie waarin een leerplichtige ongeschikt wordt bevonden om volledig onderwijs te volgen. Het college geeft deze vrijstelling, nadat een onafhankelijk arts de leerplichtige ongeschikt bevonden heeft tot het volgen van dagonderwijs. Deze onafhankelijke functie wordt uitgevoerd door de GGD.

Wegenverkeerswet 1994 (WVV) en Besluit administratieve bepalingen inzake het wegverkeer (BABW)

Op grond van het Besluit administratieve bepalingen inzake het wegverkeer, gebaseerd op de Wegenverkeerswet 1994, kan de raad of, krachtens besluit van de raad, burgemeester en wethouders aan een invalide, die als ingezetene in de basisadministratie persoonsgegevens van die gemeente is ingeschreven en zich niet of nauwelijks te voet kan voortbewegen, een invalidenparkeerkaart vertrekken. Bij ministeriële regeling (=besluit invalidenparkeerkaart) worden voorschriften gesteld omtrent de afgifte van invalidenparkeerkaarten.

Wet op de openluchtrecreatie en besluit hygiëne, gezondheid en veiligheid kampeerterreinen
Burgemeester en wethouders hebben op grond van de Wet op de openluchtrecreatie en het besluit hygiëne, gezondheid en veiligheid kampeerterreinen in het belang van de gezondheid en hygiëne ten aanzien van het kamperen bepaalde taken en bevoegdheden.

Algemene bijstandswet (ABW)

Volgens artikel 119 in de Algemene bijstandswet dragen burgemeester en wethouders zorg voor een doeltreffende voorlichting in de gemeente aangaande de verlening van bijstand. Binnen artikel 144 van deze wet wordt een gemeente de mogelijkheid gegeven om mensen met een uitkering te stimuleren weer mee te doen in de maatschappij met als uiteindelijke doel het vinden van betaald werk. Op deze wijze wordt sociaal isolement en sociale uitsluiting voorkomen en het sociaal welbevinden van mensen bevorderd.

Kwaliteitswet zorginstellingen

Zorgaanbieders worden op grond van deze wet een aantal eisen opgelegd ten aanzien van het aanbieden van verantwoorde zorg. De wet is van toepassing op alle zorginstellingen, ongeacht of ze uit particuliere of collectieve middelen worden gefinancierd. Wel geldt als criterium of de zorg van het

bepaalde type is at bij of krachtens de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is omschreven.

Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)

Iedereen die in Nederland woont is via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerd tegen de kosten van moeilijk te verzekeren risico's zoals langdurige ziekte of handicaps. De AWBZ, die in 1968 is ingesteld, is een verplichte verzekering voor de gehele bevolking tegen ziektekosten die niet via het ziekenfonds of de particuliere verzekering worden gedekt.

Zorgindicatiebesluit

De gemeenten zijn op grond van het Zorgindicatiebesluit verantwoordelijk voor de organisatie van onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling voor thuiszorg, verzorging en verpleging, de GGD en de gehandicaptensector. Hiertoe zijn in het hele land regionale indicatieorganen (RIO's) opgericht. De RIO kan worden gezien als een soort onafhankelijke poortwachter, belast met de indicatiestelling. Hij definieert het probleem van de cliënt en stelt vast welke zorg nodig is. Om een hoogwaardige uitvoering van de AWBZ te waarborgen is een zogenaamd concessiestelsel ingevoerd. Dit houdt in dat een zorgverzekeraar slechts voor een periode van vier jaar een concessie voor een zorgkantoor krijgt toegewezen. Na afloop van deze periode kan bezien worden of een concessie verlengd wordt.

Het zorgkantoor zal zich dan niet alleen dienen te verantwoorden middels jaarplan en jaarverslag, maar ook door een inhoudelijke toetsing uit te laten voeren door een visitatiecommissie.

Hieronder volgt een selectie van overige relevante wetgeving op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid:

Wet ambulancevervoer

Verantwoordelijkheid uitvoering ambulancevervoer en voor instandhouding Centrale Post Ambulancevervoer.

Wet Infectieziektenbestrijding

Verantwoordelijkheid voor preventie en bestrijding van infectieziekten.

Wet op de lijkbezorging

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij overlijden, begraven en cremieren.

Quarantainewet

Wettelijke bevoegdheden en voorschriften in geval van besmettelijke ziekten bij immigranten.

Destructiewet

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

Waterleidingwet

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aanpreventie van infectieziekten.

Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen

Voorschriften voor het geneeskundig handelen bij ongevallen en rampen.

Wet tarieven gezondheidszorg

Het ambulancevervoer wordt hier mede uit bekostigd.

Kwaliteitswet zorginstellingen

De wet bevat regels omtrent de wijze waarop de kwaliteit van zorg, verleend door zorginstellingen, wordt gewaarborgd. Gemeenten moeten toezicht houden op de kwaliteitszorg van de eigen zorginstellingen.

Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen

Op 26 maart 1997 is de algemene maatregel van bestuur ter uitvoering van de Wet op de gevaarlijke werktuigen, het Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen (ook genoemd Attractiebesluit) in werking getreden. Deze landelijke regeling is bedoeld om de veiligheid van attractie- en speeltoestellen in attractieparken, op kermissen en speelgelegenheden te waarborgen en het aantal ongevallen terug te dringen.

Wet Basisvoorziening Kinderopvang

Zoals het er nu naar uitziet, gaat per 1 januari 2004 de Wet Basisvoorziening Kinderopvang van start. Op dit moment wordt de Kinderopvang per gemeentelijke verordening getoetst. Per 2004 geeft de WBK richtlijnen en eisen waaraan zij moeten voldoen op het gebied van hygiëne, veiligheid en pedagogisch beleid.

Arbeidsomstandighedenwet

De gemeente moet onder bepaalde voorwaarden ervoor zorgen dat gebruik kan worden gemaakt van de diensten van een Arbodienst. Daarin is ook de bedrijfsgezondheidszorg aanwezig.

Bijlage 2 Prioriteiten van de zorgvragers voor het lokaal gezondheidsbeleid

Inleiding

In het kader van het lokaal gezondheidsbeleid is aan het RPCP Dordrecht e.o. gevraagd een overzicht te geven van de prioriteiten met betrekking tot het lokaal gezondheidsbeleid vanuit zorgvragersperspectief.

Het RPCP is een vereniging van 74 patiënten- en consumentenorganisaties in de regio Zuid-Holland Zuid. De kerntaak is collectieve belangenbehartiging op regionaal niveau.

Binnen het RPCP zijn de volgende zorgvragerssectoren¹² vertegenwoordigd:

- Ouderen;
- Lichamelijk en verstandelijke gehandicapten;
- Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ);
- Chronisch zieken;
- Allochtonen.

Wensen van de zorgvragers

De wensen van de zorgvragers zijn, in de afgelopen jaren, in verschillende zorgvisies en rapporten¹³ verwoord:

- De mens centraal. Regionale zorgvisie ouderen Zuid-Holland Zuid (2000);
- De visie op toekomstige verpleging en verzorging in de regio Zuid-Holland Zuid (2000);
- Zorgvisie van mensen met een lichamelijke handicap in Zuid-Holland (2000);
- Zorgvisie GGZ Cliënten (2000) en Zorgvisie GGZ Familie (2000);
- Actieplan Verstandelijke Gehandicapten (2001)¹⁴;
- Kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit zorgvragersperspectief (2002);
- Meldweek Regionale Indicatie Organen (2002);
- Meldweek huisartsenposten Dordrecht en Gorinchem (2002);
- Komt het goed dokter? Wederzijdse ervaringen van allochtone patiënten en huisartsen (2002).

Op basis van deze wensen kunnen prioriteiten voor bepaalde thema's voor het lokaal gezondheidsbeleid worden vastgesteld.

Prioriteiten van de zorgvragers

Deze paragraaf is geschreven aan de hand van de lijst van thema's ter illustratie voor mogelijke projecten lokaal gezondheidsbeleid. Waar nodig zijn er thema's toegevoegd. Het uitgangspunt, de basis, is *het welzijn van de zorgvrager*. Alle thema's hangen hiermee samen.

1. Algemeen

Vestigingsklimaat eerste lijnsgezondheidszorg.

Steeds meer mensen hebben geen huisarts (meer) of kunnen niet van huisarts veranderen omdat er niet voldoende artsen zijn. Hetzelfde beeld tekent zich af voor wat betreft de tandartsen. Het vestigingsklimaat voor eerste lijnsgezondheidszorg zou daarom verbeterd moeten worden.

Binnen alle sectoren van het RPCP is er een roep om goede huisartsenzorg, óók in de avond, de nacht én in het weekend. Toegankelijkheid en bereikbaarheid spelen daarbij een belangrijke rol.

Transmurale zorg

Wanneer een patiënt het ziekenhuis verlaat, is er vaak nog (aanvullende) hulp thuis nodig. Helaas sluit deze zorg niet naadloos op elkaar aan. Er moet meer en beter samengewerkt worden rond patiënten met een complexe zorgvraag. De zorg die de verschillende gezondheidszorginstellingen, zoals huisarts, ziekenhuis, verzorgings- en verpleeghuis, thuiszorg, revalidatie e.d. aan een patiënt verlenen, moet beter op elkaar afgestemd zijn (transmurale zorg).

Participatie

Participatie is noodzakelijk op alle terreinen die van belang zijn voor zorgvragers. De doelgroep wil graag vooraf betrokken worden bij besluitvorming, de besluiten worden dan niet *voor* maar *samen met* de betrokkenen genomen. Bijvoorbeeld het succes van preventieactiviteiten wordt bevorderd wanneer de mensen om wie het gaat daar een belangrijke rol in spelen (zie ook 3.4).

Informatievoorziening

Bevorderen van communicatie in de wijk/dorp/buurt. Het gaat met name om goede informatievoorziening (afgestemd op de doelgroep). Bijvoorbeeld mensen die zorg nodig hebben, weten vaak niet wat hun mogelijkheden zijn en waar zij recht op hebben.

Bejegening

¹² Deze sectoren sluiten elkaar niet uit.

¹³ Deze visies zijn te verkrijgen bij het RPCP.

¹⁴ Dit actieplan is niet opgesteld door het RPCP.

De zorgvrager moet met respect worden behandeld. De volgende elementen spelen daarbij een belangrijke rol: privacy (zowel thuis als in een van de gezondheidszorginstellingen), aandacht, goede sociale vaardigheden van de zorgverlener en een vaste hulpverlener voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

2. Allochtonen

Met name de eerste generatie allochtonen beheersen de Nederlandse taal onvoldoende. Daardoor kunnen zij hun klachten niet goed duidelijk maken. Zorgconsulenten kunnen bemiddelen ter algehele verbetering van de communicatie tussen de allochtone patiënt en de arts.

Daarnaast moet er voorlichting gegeven worden over de gezondheidszorg (indien nodig in de eigen taal) over:

1. de rechten en plichten van de patiënt en de arts;
2. ziekten die bij allochtonen veel voorkomen, zoals diabetes;

Met betrekking tot de hulpverlening:

1. beter inzicht in de psychosociale problemen van allochtonen;
2. deskundigheid vergroten met betrekking tot gewoonten en ziektebeleving van allochtonen en interculturele communicatie;

3. Ouderen, gehandicapten en chronisch zieken

Ouderen, maar zeker ook gehandicapten en chronisch zieken, willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. De volgende elementen spelen daarbij een rol:

1. Levensloopbestendig bouwen (domotica);
2. Wensen van (toekomstige) bewoners meenemen bij het aanpassen van de woning;
3. Goede woonomgeving d.w.z. goede bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen en voorzieningen met een publieke functie, zoals winkels, onderwijsinstellingen, banken, sport-recreatie- en uitgaansmogelijkheden;
4. Goed openbaar vervoer met een hoge mate van bereikbaarheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid;
5. Verkeersveiligheid: veiligheid in de woonomgeving (straat, vrije stoepen, verlichting, overzichtelijke verkeerssituaties, voldoende aandacht voor kwetsbare verkeersdeelnemers);
6. Valpreventie en preventie van eenzaamheid, depressie en mishandeling;
7. Maaltijdencluster, boodschappen- en bezorgdienst, vrijwillige hulpdienst voor klussen in huis;
8. Ondersteuning van de mantelzorgers om te voorkomen dat zij overbelast raken en zelf zorgvrager worden;
9. Registratie van aangepaste woningen per gemeente, zodat de woningen ook beschikbaar blijven voor de doelgroep.

4 Vermaatschappelijking van de zorg/community care

Alle burgers moeten deel kunnen nemen aan én leven in de samenleving. De punten die onder 3 genoemd worden spelen daarbij natuurlijk een belangrijke rol. Andere elementen zijn:

1. De beeldvorming over mensen met een functiebeperking en GGZ-cliënten bij werkgevers moet verbeterd worden;
2. Er moet een betere samenwerking komen tussen woningcorporaties, hulpverlenende instanties en gemeenten om meer woningen ter beschikking te stellen voor mensen die (terug) in de samenleving willen wonen (en ook ter voorkoming van overlast, vervuiling, huisuitzetting e.d.);
3. Er moeten meer (parttime) arbeidsplaatsen komen;
4. Indien nodig moeten werknemers begeleid worden;
5. Doorstroom van sociale werkvoorziening en werkervaringsplaats naar een reguliere arbeidsplaats moet bevorderd worden;
6. Er moet een betere samenwerking komen tussen werkgevers, Arbo-diensten en arbeidsbureaus;
7. De dagactiviteiten moeten aansluiten bij de wensen/behoefte van de doelgroep;
8. In het onderwijsbeleid moet meer aandacht besteed worden aan gehandicapten.

5 Geestelijke Gezondheidszorg

Naast het onder punt 4 genoemde spelen de volgende elementen een rol:

1. Case management voor randgroepen en zorgwekkende zorgmijders;
2. Opleiden van hulpverleners t.a.v. zorgwekkende zorgmijders, overlast, huiselijk geweld etc.;
3. Logeeropvang voor kinderen van kwetsbare groepen.

Bijlage 3 BRAVO

Inleiding

Bij het bevorderen van een gezonde leefstijl vormt BRAVO een belangrijk thema.

Het woord BRAVO wordt gevormd door de beginletters van Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, en Ontspanning. Niet of nauwelijks bewegen, roken, overmatig alcoholgebruik, ongezonde voeding en gebrek aan ontspanning worden algemeen als risicofactoren gezien voor het ontstaan van hart- en vaatziekten. Hart- en vaatziekten zijn nog steeds doodsoorzaak nummer 1 in Nederland en ook in Zuid-Holland Zuid.

In het vervolg worden enkele voorbeelden gegeven van preventie-activiteiten, zoals die door de afdeling Gezondheidsbevordering en Onderzoek van de GGD ZHZ vaak in samenwerking met andere organisaties zijn uitgevoerd.

Op grond van de laatste inzichten, die door landelijk onderzoek zijn verkregen, worden bij sommige onderwerpen wat nadere kanttekeningen gemaakt.

Bewegen

Landelijk gezien wordt voor de doelgroep ouderen steeds meer gebruik gemaakt van het GALM-project. GALM staat voor Groninger Actief Leven Model. Door middel van een aantal activiteiten gericht op ouderen in een bepaalde buurt, wijk of gemeente worden ouderen gestimuleerd om zelf meer te gaan bewegen. Uit evaluatieonderzoek blijkt dat deze aanpak op de lange duur positieve resultaten geeft.

In de praktijk vindt meestal een samenwerking plaats tussen ouderenorganisaties, gemeentelijke diensten, Sportraad en vaak ook een plaatselijke GGD. In de regio ZHZ is de GGD ZHZ bijvoorbeeld betrokken bij de opzet en start van het GALM-project in Zwijndrecht.

In het voorjaar van 2002 heeft de GGD ZHZ meegewerkt aan een gezondheidsmarkt voor ouderen.

Initiatiefnemer was het Bureau Sportstimulering van de Gemeente Dordrecht. Vertegenwoordigers van het Bureau Sportstimulering, de GGD ZHZ en DWO-Welzijn Ouderen vormden het organisatiecomité.

Belangrijke uitgangspunten voor preventieve activiteiten zijn: participatie bevolking, intersectorale samenwerking en beleidsinterventies.

Innovatieve richtingen, die ingeslagen kunnen worden, zijn:

1. bewegen integreren in het dagelijks leven
2. gebruiken van de sportsetting als kanaal
3. aanstellen bewegingsconsulenten
4. inrichten van "beweegvriendelijke" parken en pleinen

Roken

Diverse preventieprogramma's zijn al ontwikkeld, die de bedoeling hebben om mensen te laten overwegen om enerzijds nooit te beginnen met roken of anderzijds daadwerkelijk te stoppen met roken. Als er van één onderwerp bekend is dat dit schadelijke gevolgen heeft voor de gezondheid, dan is dat wel het roken. Toch blijft nog steeds 1/3 van de Nederlandse bevolking roken. Dit geeft al aan dat het beslist niet eenvoudig is om effectieve preventieprogramma's uit te voeren. Toch blijft het noodzakelijk om enerzijds de doelgroep jeugd via het onderwijs te benaderen met aantrekkelijke programma's. Een voorbeeld hiervan is het laten vormen van zgn. Smoke-free teams op scholen. De deelnemers aan zo'n team beloven dat zij een bepaalde periode niet zullen roken. Zij maken daarover afspraken. Er is vaak ook een wedstrijd aan verbonden, waarin de teams worden gevraagd om op een creatieve wijze te verbeelden hoe zij de strijd tegen het roken aangaan.

Overigens worden er in de regio door de thuiszorginstanties cursussen "Stoppen met roken" aangeboden. Zoals de titel al zegt gaat het hierbij om hulp aan mensen die willen stoppen met roken.

Zoals in het verleden al meerdere keren is gebeurd, kan de GGD ZHZ gezamenlijk met de thuiszorginstanties in speciale acties de mogelijkheden van het stoppen met roken onder de aandacht brengen van de inwoners van Zuid-Holland Zuid.

Voor jongeren zijn de volgende kanttekeningen te maken:

- het is wenselijk om al in het basisonderwijs te beginnen met preventieve activiteiten.
- in het kader van participatie moeten ouders actief betrokken worden
- gekozen moet worden voor een intersectorale aanpak
- samenwerking tussen overheid en private sector moet meer vorm krijgen
- activiteiten dienen "community-based" te zijn, d.w.z. er moet voldoende draagvlak zijn in de gemeenschap
- persoonlijke benadering verdient de voorkeur

Alcohol

Ook de landelijke overheid wil door het voeren van voorlichtingscampagnes de Nederlandse bevolking attenderen op het feit dat het beter is om het alcoholgebruik te matigen. Het lijkt er soms op dat alcoholvoorlichting beschouwd kan worden als het spreekwoordelijke "dweilen met de kraan open". Hiervan zou wellicht sprake zijn als voorlichting geïsoleerd als instrument voor preventie wordt gebruikt, terwijl andere instrumenten zoals beperking van de beschikbaarheid en vroegtijdige signalering onbenut blijven. De GGD ZHZ werkt vaak mee om landelijke voorlichtingscampagnes op lokaal regionaal niveau te ondersteunen

Een belangrijke doelgroep is de jeugd. In samenwerking met Bouman Verslavingszorg wordt vaak actief via aparte projecten aandacht gevraagd voor verslavingspreventie. Hierbij wordt niet alleen aandacht besteed aan alcohol. Ook de andere verslavende middelen zoals drugs, alcohol en gokken komen hierbij aan bod. Overigens kunnen de scholen zelf ook actief aan de gang met een project "De Gezonde School en Genotmiddelen". Uit evaluatieonderzoek is gebleken dat de gekozen aanpak positieve gevolgen heeft. Ook hier gaat het niet alleen om het lesgeven. Het is belangrijk om in het totale systeem van de school aandacht te besteden aan zowel lesgeven, regelgeving en vroegtijdige signalering.

Belangrijke aandachtspunten:

- interventies gericht op kennisoverdracht leiden nauwelijks tot gedragsverandering
- preventieprojecten moeten zich meer gaan richten op de drinkomgeving
- samenwerking met horeca, detailhandel en lokale overheden
- voorkeur voor lokale communityprojecten waaraan iedere partij zich committeert

Voeding

Het is overduidelijk dat steeds meer mensen in Nederland, en dus ook in Zuid-Holland Zuid, overgewicht hebben. De cijfers van de Gezondheidsmonitor wijzen hier ook op. Dit betekent dat ook de GGD ZHZ actief meewerkt aan projecten om de bevolking te attenderen op het gebruik van gezonde voeding. In het verleden zijn op ruime schaal supermarktvoorlichtingen georganiseerd. Vaak wordt in de algemene voorlichting over gezond gedrag, gericht op speciale doelgroepen, specifiek aandacht besteed aan gezonde voeding. Zo heeft op een gezondheidsmarkt voor ouderen in Dordrecht een diëtiste individuele voorlichting gegeven aan de aanwezigen.

Aandachtspunten:

- extra aandacht besteden aan specifieke groepen
- bij allochtonen gaat het vaak om behoud van goed gedrag
- bij overige groepen gaat het om verbetering van voedingsgedrag
- groepen met een lage sociaal-economische status eten minder groenten en fruit.

Aanbevelingen ten aanzien van activiteiten:

1. onderdeel van geïntegreerde leefstijlbenadering
2. positieve boodschap
3. stellen eigen doelen
4. voorlichting op maat door diëtist
5. meer omgevingsgericht werken

Ontspanning

Het onderwerp stress wordt steeds meer genoemd als risicofactor in verband met hart- en vaatziekten. Hoewel wetenschappelijk gezien de discussie over de grootte van het risico nog niet is afgerond heeft de GGD ZHZ het voortouw genomen om voor specifieke doelgroepen cursussen te organiseren, waarbij de vraag aan de orde kwam hoe om te gaan met werkdruk en stress. In eerste instantie waren dit eenmalige introductiebijeenkomsten om enigszins kennis te laten maken met het onderwerp. Het bleek al gauw dat het nodig was om gericht op de specifieke doelgroepen wat meer de diepte in te gaan. Voor mensen uit de gezondheidszorg, het onderwijs en ook uit de ambtelijke wereld werd daarom een vervolgcursus "Omgaan met jezelf en anderen" ontwikkeld. De ervaringen hiermee waren dusdanig positief dat op vraag van de gemeenten in Zuid-Holland Zuid deze cursus ook elders kan worden aangeboden.

Bijlage 4 Afkortingen

ABW	Algemene bijstandswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BABW	Besluit administratieve bepalingen inzake het wegverkeer
BANS	Bestuursakkoord nieuwe stijl
BOPZ	Bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen
BIG	(wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BRAVO	Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
DHV	Districtshuisartsenvereniging
GGD	Gemeenschappelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en rampen
HOED	Huisartsen onder een dak
HAGRO	Huisartsengroep
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JPT	Jeugdpreventieteam
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NRV	Nationale Raad voor Volksgezondheid
OGZ	Openbare gezondheidszorg
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
OL	Openbaar Lichaam
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor de volksgezondheid en milieuhygiëne
RPCP	Regionaal Patiënten en Consumentenplatform
ROVM	Ruimtelijke Ordening Volkshuisvesting en Milieu
SES	Sociaal economische status
SGB	Sociaal Geografisch Bureau (voor onderzoek en statistiek)
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VOEG	Vragenlijst voor Onderzoek naar de Ervaren Gezondheidstoestand
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBK	Wet basisvoorziening kinderopvang
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
WVV	Wegenverkeerswet 1994
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZHZ	Zuid-Holland Zuid