

*Nota*

*Volksgezondheidsbeleid*

*in*

*beweging*

*Sector Welzijn*  
*mei 2000*

***Voorwoord***

Volksgezondheidsbeleid in beweging: beleid, ook dat op het terrein van de volksgezondheid, dient mee te veranderen met ontwikkelingen in de samenleving en in de zorgvraag. Samenwerking van de gemeente met burgers & zorgconsumenten, zorgaanbieders en financiers wordt cruciaal voor beleidsontwikkeling. Epidemiologische en demografische gegevens zijn essentieel voor het inzicht in de (knelpunten in de) gezondheidssituatie. In hoofdstuk 1 staan de doelstellingen verwoord die het volksgezondheidsbeleid in de komende jaren richting zullen geven. In hoofdstuk 2 wordt de gezondheidssituatie in Maassluis beschreven. De nota verschaft in hoofdstuk 3 inzicht in de wetgeving, ingevolge waarvan de gemeente taken heeft op het gebied van de volksgezondheid. In hoofdstuk 4 staat het huidige gemeentelijk volksgezondheidsbeleid en budget weergegeven. Daarmee wordt in dit vierde hoofdstuk ingegaan op een belangrijk uitvoerend orgaan op het terrein van de volksgezondheid: de GGD-NWN. In hoofdstuk 5 geven wij onze beleidsvoornemens weer.

Voor deze nota is een aantal interviews met zorgaanbieders en zorgconsumenten gehouden; achterin de nota staan de geïnterviewden op een rij. Ook is dankbaar gebruik gemaakt van literatuur voor gegevens, ideeën en beleidsontwikkelingen: achterin de nota staan de gebruikte documenten.

Vroeg in het ontwikkelingsproces van de nota, in januari 1999 hebben de drie Nieuwe Waterweg Noord gemeenten Schiedam, Vlaardingen en Maassluis een regionale werkconferentie georganiseerd, waaraan de zorgaanbieders, -consumenten en -financiers hebben deelgenomen. De afbakening van het terrein van de volksgezondheid en de verantwoordelijkheid van de lokale overheid hebben hierin centraal gestaan. Op 22 november 1999 is vervolgens de concept- nota voorgelegd en bediscussieerd met het veld in een lokale werkconferentie. Tijdens de zware inspraakprocedure die gehouden is van 10 januari 2000 tot 7 februari 2000 zijn daarna de burgers en overige belanghebbenden in de gelegenheid gesteld om een reactie te leveren op de concept- nota. De reacties op de concept- nota zijn meegenomen bij de bijstelling van de concept- nota en hebben geleid tot deze nota "*Volksgezondheidsbeleid in beweging*".

De gezondheidssituatie en de doelstellingen maken duidelijk dat er veel werk aan de winkel is. Gezondheid is een belangrijk beleidsterrein, waarop de gemeente meer gericht en onderbouwd acties wil ondernemen. In deze nota worden een aantal grote lijnen vastgesteld, die de discussie en besluitvorming omtrent de vele beleidskwesties over gezondheid richting kunnen geven. Aldus kan consequent en consistent beleid worden gevoerd, gebaseerd op feiten en ontwikkelingen, met als uitgangspunt versterking van de positie van de zorgconsument, het realiseren van zorg-op-maat en speciale aandacht voor de gezondheid van burgers die in een achterstandspositie verkeren danwel een verhoogd risico op ongezondheid lopen.

Wij realiseren ons dat een groot aantal deelnemers beleid op het terrein van de volksgezondheid uitvoeren; door middel van deze nota, maar ook door een actieve deelname aan netwerken en intensievere contacten met de verschillende partijen doen wij een beroep op alle participanten.

In 1985 is de vorige nota volksgezondheid verschenen: *Intergemeentelijk beleid volksgezondheid Nieuwe Waterweg Noord*. In de tussenliggende tijd is de wereld van het volksgezondheidsbeleid een stuk minder simpel geworden. Veel verantwoordelijkheden zijn gedecentraliseerd naar gemeenten. Destijds was er daarnaast nog sprake van een simpele planningsgedachte voor WVG-regio's (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg) door de overheid. Tegenwoordig is ook in het volksgezondheidsbeleid het poldermodel doorgedrongen: in het

Zorgkantoor en in de Regionale Commissie Gezondheidszorg zijn de vier partijen in de gezondheidszorg vertegenwoordigd- de zorgaanbieders, de zorgvragers, de zorgfinanciers en de overheid. Omvatte het volksgezondheidsbeleid toen voornamelijk de zieken- en verpleeghuizen, tegenwoordig zijn er ook raakvlakken en overlap met aanpalende sectoren. Kortom het terrein is complex geworden en simpele uitvoeringsaanbevelingen kunnen niet zo gemakkelijk worden gedaan als destijds.

Hiermee kunnen wij tegelijkertijd de functie van deze nota aangeven: de nota dient als kader en richtlijn en veel minder als antwoordenboek op concrete vragen. Wij geven aan op welke *manier* wij het volksgezondheidsbeleid in de komende vier jaar willen ontwikkelen. Inhoudelijk geven wij globaal de koers aan; specifieke uitwerking en invulling van die globale koers zal in een jaarplan worden vormgegeven. Door de dynamiek die wij in het beleid willen brengen zullen wij jaarlijks de inhoudelijke keuzen evalueren en eventueel bijstellen in het jaarplan volksgezondheidsbeleid.

De raad heeft door middel van een motie op 4 november 1997 het college opdracht gegeven een nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid te schrijven. In het Programma op Hoofdzaken 1998- 2002 refereert het college aan deze motie. Een belangrijke aanleiding voor de raad om deze opdracht te geven is het rapport Lemstra van de landelijke overheid. Bovendien heeft de raad de wens om meer sturing te kunnen geven aan zijn GGD NWN. Ook hebben wij onvoldoende *feeling* met ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid en zijn daarmee minder goed in staat daarop in te spelen. Op 13 oktober 1998 hebben wij vervolgens door een startnotitie aangegeven op welke wijze en welke termijn wij het wenselijk vinden dat de nota volksgezondheid vormgegeven wordt.

Om inzicht te krijgen in de prijzen van de afzonderlijke producten van de GGD NWN is een traject ingezet waarin de vorm van een productbegroting centraal staat. Daarnaast is er het traject waarin de mogelijkheden tot bestuur- lijke vernieuwing worden bestudeerd. Tevens is er dit beleidsmatig traject dat momenteel voor de gemeente het meest in de aandacht staat.

De onderhavige nota gaat over de inhoud van het beleidsterrein: wat wil het gemeentebestuur bereiken met het volksgezondheidsbeleid in Maassluis. De drie trajecten worden onafhankelijk van elkaar vormgegeven.

Tot slot kunnen wij nog vermelden dat recentelijk het visiedocument “Spelen op de winst. Een visie op de openbare gezondheidszorg” (januari 2000) van het Platform Openbare Gezondheidszorg tot stand is gekomen. Het doet ons deugd te vernemen dat onze nota goed aansluit met de doelen die worden gesteld in dit visiedocument.

Bij deze nota “*Volksgezondheidsbeleid in beweging*” zijn in een apart pamflet de belangrijkste punten weergegeven.

Burgemeester en wethouders van Maassluis,  
25 april 2000

# 1 *Het kader*

Dit hoofdstuk geeft het algemene kader voor de nota aan: eerst wordt kort ingegaan op het begrip gezondheid, daarna -in de tweede paragraaf- komt aan de orde wat de rol van de lokale overheid is op het terrein van het volksgezondheidsbeleid. Hoewel paragraaf 1 en 2 algemeen van aard lijken, geven wij daarin als gemeente Maassluis aan welke betekenis wij aan algemene begrippen geven. In paragraaf 3 wordt kort aangegeven op welke manier wij momenteel beleid ontwikkelen en welke aanpassingen wij daarin noodzakelijk achten. De wijziging in beleidsontwikkeling, namelijk van statisch naar dynamisch is van belang: het dynamisch ontwikkelen van beleid wordt fundamenteel voor het gemeentelijk beleid in de toekomst. Beleidsontwikkeling waarin de burger centraal staat, krijgt hiermee vorm. Op andere beleidsterreinen wordt reeds op deze manier beleid ontwikkeld. Voor deze nota is de dialoog met het veld reeds door interviews en twee werkconferenties geïntensiveerd. Ook is voor inzicht in de gezondheidssituatie gebruik gemaakt van de epidemiologische gegevens van de GGD NWN, van onze eigen geaggregeerde demografische gegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens en landelijke gegevens.

Op basis van de gehouden interviews, statistische gegevens, twee werkconferenties, reacties uit de zware inspraakprocedure, de opdracht zoals door de raad geformuleerd in zijn motie<sup>1</sup>, het voornemen van het college zoals verwoord in het Programma Op Hoofdzaken en het collegebesluit van 13 oktober 1998, zijn in paragraaf 4 de doelstellingen van het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid in Maassluis geformuleerd. Deze doelstellingen zullen geen rigide keurslijf zijn voor de komende jaren. Het moet te allen tijde mogelijk zijn, dat als tijdens gesprekken met het veld blijkt dat er nieuwe ontwikkelingen zijn, wij onze prioriteiten heroverwegen.

## 1.1 GEZONDHEID

Mensen hebben een goede gezondheid nodig om een in sociaal en economisch opzicht productief leven te kunnen leiden. Dat is het belang van zowel het individu als de (lokale) gemeenschap. Wat antwoorden de meeste mensen immers als hen wordt gevraagd: wat is voor u het belangrijkste? *Gezondheid!* Het voorkómen van ziekten en beperken van de gevolgen ervan is voor een groot deel het domein van gemeenten, waarbij preventie bij uitstek een manier is om de kwaliteit van leven te bevorderen.

Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden<sup>2</sup> en is daarmee meer dan de afwezigheid van ziekte. De sociale dimensie van gezondheid wordt vaak over het hoofd gezien. Maatschappelijk welbevinden komt echter meer in de belangstelling te staan, wat blijkt uit nieuwe thema's binnen het gezondheidsbeleid als sociale veiligheid, vereenzaming en de invloed van sociaal-economische factoren op gezondheid. Terwijl gezondheid leidt tot productieve, participerende burgers, leidt ziekte tot uitval, armoede en verzwakking van sociale structuren.

Om de gezondheid voor iedereen op een hoog peil te houden, is een blijvend kwalitatief hoogwaardig zorgsysteem nodig, alsook een goede inrichting van de fysieke en sociale omgeving. In het gemeentelijk gezondheidsbeleid gaat het vooral om de rol en verantwoordelijkheden van de (lokale) overheid in het scheppen van gelijke kansen op gezondheid, waar preventie een wezenlijke bijdrage

---

<sup>1</sup> Motie 7, van 4 november 1997

<sup>2</sup> WHO definitie

kan leveren, en gelijke toegang tot voorzieningen voor iedereen. Voorop staat investeren in gezondheid en niet (alleen) investeren in weer gezond maken.

## 1.2 DE LOKALE OVERHEID

Het domein van de openbare gezondheidszorg (OGZ) bevindt zich op het snijvlak van gezondheidszorg en openbaar bestuur. De OGZ richt zich op gezondheidsbevordering, bescherming, ziektepreventie en acute hulpverlening. De OGZ is *algemeen* en gericht op alle mensen en mensen met een verhoogd risico op ziekte of ongezondheid en handicaps, bijvoorbeeld vanwege hun sociaal-economische situatie of leeftijd en omvat gezondheidsbevordering en preventie. De OGZ komt tot stand onder verantwoordelijkheid van de overheid en er ligt veelal geen individuele hulpvraag aan ten grondslag. Preventie is voor (verandering van) leefwijze, en bij de inrichting van de fysieke en sociale omgeving van groot belang. Het is doelmatiger om meer aandacht te besteden aan de factoren die mensen ziek maken dan de curatieve voorzieningen voortdurend uit te breiden. Preventiebeleid is bij uitstek het terrein waar wij mogelijkheden en taken hebben. Door facetbeleid kunnen gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen worden meegenomen: gemeentelijk terrein bij uitstek.

Daarnaast kunnen wij als gemeentelijke overheid invloed uitoefenen op factoren die liggen buiten het domein van de openbare gezondheidszorg, namelijk in de leefwijze en in de fysieke- en sociale omgevingsfactoren die voor een groot deel de gezondheidssituatie van een bevolking bepalen. Ook worden gemeenten geconfronteerd met de gevolgen van ziekten, handicaps of verslavingsproblemen van hun inwoners. Daarvoor kunnen zij oplossingen bieden in de trant van woningaanpassingen, sociale zekerheidsuitkeringen en ook door welzijnsvoorzieningen zoals maatschappelijk werk en flankerende voorzieningen.

Kenmerkend voor gezondheids- en welzijnsbeleid zijn de positieve benadering van gezondheid en het zoeken naar mogelijkheden om de gezondheid van de bevolking te stimuleren. Gemeenten krijgen een steeds dominantere rol bij zaken als het bevorderen van de sociale cohesie, het versterken van de zelfredzaamheid en het vinden van een goede mix van preventie, curatie en care.

De openbare gezondheidszorg, met zijn traditie van een populatiegerichte benadering op basis van epidemiologische kennis, kan hierbij een sterke professionele partner voor het lokale bestuur zijn. Tegelijkertijd is de openbare gezondheidszorg een domein waarin ook vele anderen actief zijn en dus altijd samenwerking geboden is- die samenwerking staan wij nadrukkelijk voor.

De invloed die een gemeente heeft op de volksgezondheid is afhankelijk van de wettelijke taken en bevoegdheden op de betreffende (deel)terreinen, maar natuurlijk ook van de door het gemeentebestuur gekozen doelstellingen en de ruimte die de andere betrokken partijen de gemeente laten om invloed uit te oefenen en een (regisserende) rol te spelen.

In deze nota “*Volksgezondheidsbeleid In Beweging*” verwoorden wij ons standpunt en onze beleidsvoornemens. Aldus kan deze nota als toetsingskader fungeren voor de keuze uit tal van voorstellen, samenwerkingspartners en projecten die de volksgezondheid betreffen, die ons worden voorgelegd.

De gezondheidszorg daarentegen is gericht op *individuele* mensen die ziek zijn of een handicap hebben. Dit is voornamelijk het terrein van zorgaanbieders en -verzekeraars. Wij kunnen hier slechts een (beperkte) regisserende rol invullen, waarbij onze instrumenten informatie en communicatie zijn.

### **1.3 GEMEENTE EN DE ZORGKETEN**

Al met al bestaat de totale zorg die in Nederland wordt aangeboden uit de gezondheidszorg en de openbare gezondheidszorg. De gezondheidszorg betreft het terrein van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De OGZ bevindt zich zoals vermeld op het snijvlak van gezondheidszorg en openbaar bestuur, en komt tot stand onder verantwoordelijkheid van de overheid.

Tezamen vormen zij de totale zorgketen. De zorgketen kan omschreven worden als het geheel aan activiteiten die ondernomen worden door de verschillende partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraar, overheid) om een cliënt de juiste zorg te leveren. Hierbij is van belang dat voorkomen wordt dat er lacunes optreden in de ketenzorg.

De gezondheidszorg wordt gefinancierd vanuit een ziektenkostenverzekeringstelsel dat sinds jaar en dag een gelaagde structuur kent. De eerste laag, ook wel compartiment genoemd, betreft de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de volksverzekering tegen de bijzondere ziektekosten waarin de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verpleeghuiszorg en thuiszorg zijn ondergebracht. De ziekenfondsverzekering (ZFW) en de particuliere publiekrechtelijke ziektenkostenverzekering vormen gezamenlijk de tweede laag. Het gaat hierbij in hoofdzaak om de curatieve zorg zoals huisartsenzorg, geneesmiddelen en medisch- specialistische ziekenhuiszorg.

De derde laag is in feite de vrije markt, dat wil zeggen: (“niet noodzakelijke”) zorg die niet in het eerste en tweede compartiment is ondergebracht. Deze “niet noodzakelijke” zorg kan in beginsel verzekerd worden<sup>3</sup>.

De laatste jaren heeft zich op dit brede terrein een aantal ontwikkelingen voorgedaan. Allereerst is er een toenemende mate sprake van extramuralisering van de zorg, ook wel vermaatschappelijking van de zorg genoemd. Dit houdt in dat zorg meer aan huis wordt geleverd en minder vanuit de instellingen; dit geldt voor alle sectoren. De tweede ontwikkeling betreft de behoefte van de cliënt aan zorg op maat, waarbij niet het aanbod maar de specifieke hulpvraag van de cliënt centraal staat. Tot slot is er als derde ontwikkeling een toenemende behoefte aan samenwerking tussen verschillende aanbieders en financiers. Om een sluitend zorgaanbod dat past op de hulpvraag te kunnen bieden is het belangrijk dat de verschillende werkwijzen tussen zorgaanbieders en hun financieringswijzen meer op elkaar worden afgestemd.

Het gemeentelijk beleid ten aanzien van de OGZ en het maatschappelijk welbevinden van het individu bestaat uit lokaal gezondheidsbeleid en welzijnsbeleid. Het gezondheidsbeleid concentreert zich op infectieziektenbestrijding en de uitvoering van de WCPV door voornamelijk de GGD NWN. Het welzijnsbeleid betreft de uitvoering van de Wvg en de AWBZ, uitgewerkt in het Zorgindicatiebesluit. De Wvg wordt uitgevoerd door de ROG NWN en het Zorgindicatiebesluit door het RIO NWN. Onder het welzijnsbeleid valt ook de subsidiëring aan de SOM voor activiteiten ter bevordering van het welzijn van ouderen en aan het MDNW voor het sociaal en psychisch welbevinden van mensen in hun omgeving. Daarnaast worden er waarderingssubsidies verleend aan organisaties ter behartiging van de belangen van verschillende groepen burgers in Maassluis. Al deze activiteiten die door de gemeente worden gefinancierd of uitgevoerd maken onderdeel uit van de totale zorgketen.

## **1.4 BELEIDSONTWIKKELING**

Het beleidsproces en de beleidsinstrumenten zijn de afgelopen decennia sterk veranderd. Er vond een verschuiving plaats van eenzijdig handelen naar tweezijdige communicatie. Het synoptisch model met centrale sturing werd vervangen door het marktmodel en het beleidsnetwerk model. Als wij beleid beschouwen als bestuurlijk handelen waarmee wordt ingespeeld op maatschappelijke ontwikkelingen dan is het markt- of netwerkmodel daarvoor geschikt.

### **Contacten met het veld**

Het beleidsontwikkelingsmodel dat in Maassluis wordt toegepast is het netwerkmodel: de gemeente Maassluis en de GGD NWN maken, waar het gezondheidsbeleid betreft, ieder voor zich deel uit van verschillende formele en informele netwerken. Voor ons geldt in ieder geval dat wij deel uitmaken van een *groot* aantal overlegstructuren.

Voor aard, samenstelling en doel van de netwerken wordt verwezen naar bijlage 1.1. Deze netwerken vormen een belangrijk contact met het veld en een belangrijke bron voor signalen over ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid. Het feit dat wij reeds deel uitmaken van veel overleggen, duidt erop dat de wijze van beleidsvoorbereiding, namelijk in dialoog met het veld niet vanaf nul hoeft te beginnen. Het bestaande circuit kan worden gebruikt en verder inhoud worden gegeven. Hoewel het netwerk reeds van grote omvang is, is uitbreiding gewenst op specifieke onderdelen, zoals een jaarlijks gesprek met de Patiënten Belangen Vereniging Maassluis (PBVM). Ook dient het volksgezondheidsaspect in bestaande overleggen met belangengroeperingen te worden ingebracht; daarmee kan de vertegenwoordigende rol van verschillende groepen burgers

---

<sup>3</sup> VNG nieuwsbrief 6 oktober 1998



worden verbeterd. Vooral de contacten met de zorggebruikers, doelgroepen en belangenverenigingen, kortom met de burger, zijn nu enigszins onderbelicht.

Jaarlijks overleg met instellingen die door de gemeente, al dan niet door middel van een subsidie of een gemeenschappelijke regeling, worden gefinancierd vindt reeds plaats.

Daarnaast zou jaarlijks overleg met lokale zorgverleners zoals de huisartsen(vereniging) en het maatschappelijk werk wenselijk zijn. Een jaarlijkse werkconferentie met alle deelnemers in het veld is hierbij een uitvoerings-suggestie.

(Hernieuwde) deelname van de gemeente in het Overlast-overleg (voorheen Knelpuntenoverleg) dient te worden overwogen. Hierbij dient wel in overweging te worden genomen de overeenkomsten met het platform OGGZ i.o.

Het Zorgkantoor heeft voor het jaar 2000 voor OGGZ- projecten f 200.000,- voor de gehele regio NWN ter beschikking gekregen (zie ook hoofdstuk 5 *te doen*).

Een groot aantal overleggen vindt plaats tussen de gemeente en regionale partners: de regionale netwerken. Deze overleggen kunnen daarmee niet alleen dienst doen als bron van informatie maar tegelijkertijd kan via deze netwerken invloed worden uitgeoefend op *regionaal* beleid. In dit verband zijn vooral de RCG NWN, het Zorgkantoor en het Wethoudersoverleg Volksgezondheids- beleid NWN van belang. Maar vooral binnen een gemeenschappelijke regeling, zoals die voor de GGD NWN, ROG NWN en het RIO NWN (aparte overeenkomst) is opgezet, is afstemming met de twee andere deelnemende gemeenten Schiedam en Vlaardingen van belang.

Naast de contacten met het veld vormen ook gegevens verkregen door onderzoek een belangrijke bron voor de ontwikkeling van volksgezondheidsbeleid. Het verdient aanbeveling dat de gegevens waarover vooral de GGD NWN beschikt beter gebruikt worden en toegankelijker worden (voor de gemeente). Daarnaast is het wenselijk dat er meer gegevens verzameld worden.

Alle gegevens zouden jaarlijks -met analyse- moeten worden gepresenteerd, zodat een helder beeld ontstaat van de situatie en ontwikkelingen van de volksgezondheid van de inwoners van Maassluis (zie ook het hoofdstuk 2 *demografie en gezondheid*).

### **Beleidsvoorstellen voor het bestuur**

Vanuit deze bronnen worden signalen doorgegeven aan ons als gemeentebestuur. Idealiter beoordeelt de sector welzijn de signalen op hun merites. Financiële, juridische en politieke haalbaarheid spelen hierbij een rol; voor de inhoudelijke haalbaarheid vindt eventueel overleg plaats met de intergemeentelijke beleidsadviseur: voor lokale aangelegenheden rechtstreeks, voor regionale aangelegenheden via het Intergemeentelijke BeleidsAdvies-overleg (IBA-overleg).

Ook de GGD NWN ontvangt natuurlijk regelmatig signalen uit de samenleving over knelpunten op volksgezondheidsgebied; dus ook de GGD NWN komt frequent met beleidssuggesties bij de gemeente.

De deskundigen van de GGD NWN en de ambtelijke vertegenwoordiging staan via de IBA-functionaris met elkaar in contact. Door beleidsvoorstellen door ons ambtelijk apparaat te laten beoordelen willen wij eenduidiger beleid voeren, en ook de GGD NWN gericht inzetten bij het te lijf gaan van gezondheidsproblemen van de Maassluise bevolking.

Al met al: volksgezondheidsbeleid is geen statisch geheel, maar staat in contact met en beweegt mee met ontwikkelingen in de samenleving. Dit houdt echter niet in dat wij elke wens van elke individuele burger of instelling (kunnen) honoreren. Wel is het zo dat doordat het bestuur meer kennis heeft van de lokale volksgezondheidssituatie, het beter in staat is keuzen tussen beleidsvelden te maken.

## **1.5 DOELSTELLINGEN VOLKSGEZONDHEIDSBELEID MAASSLUIS**

In de motie van 4 november 1997 heeft de raad de volgende overwegingen gegeven om te komen tot een nota volksgezondheid:

- 1. dat bij de toekomstige bestuurlijke ontwikkelingen van de Geneeskundige en Gezondheidsdienst Nieuwe Waterweg Noord (GGD NWN) het afnemen van vooraf overeengekomen producten centraal staat;*
- 2. dat dit noopt tot een actief gezondheidsbeleid, op grond waarvan door de Raad besluiten over de uit te voeren taken kunnen worden genomen;*
- 3. dat, gelet op het feit dat het hier om een basisvoorziening gaat, de burgers in de gelegenheid worden gesteld hun wensen te dien aanzien kenbaar te maken.*

In het Programma op Hoofdzaken (POH) 1998- 2002 refereert de raad vervolgens aan deze motie. In het POH geeft de raad aan dat *de gemeente erop moet toezien dat de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van lokale en regionale eerste- en tweedelijns gezondheidszorg worden gewaarborgd. In dat verband zal worden onderzocht in hoeverre de polikliniekfunctie in het Gezondheidsgebouw kan worden versterkt*

Het college heeft een aantal redenen aangegeven om deze nota Volksgezondheidsbeleid in beweging te schrijven<sup>4</sup>:

- 1. de gemeente is onvoldoende bekend met de gezondheidssituatie van haar inwoners en is daardoor niet in staat te bepalen wat nodig is aan producten en voorzieningen;*
- 2. de gemeente heeft de manier waarop zij haar (wettelijke) verantwoordelijkheden op de verschillende terreinen van volksgezondheid vorm kan geven onvoldoende in kaart gebracht;*
- 3. de gemeente heeft onvoldoende 'feeling' met ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid en is dus onvoldoende in staat adequaat daarop in te spelen.*

Het college heeft in de startnotitie reeds een drietal globale doelstellingen geformuleerd, te weten:

- 1. de gemeente wil voor zover dat binnen haar mogelijkheden ligt, een goed voorzieningenniveau handhaven/ creëren, en waar nodig daarin prioriteiten kunnen stellen;*
- 2. de gemeente wil meer sturing geven aan de kwaliteit en kwantiteit van de producten die door de GGD NWN aangeleverd worden;*
- 3. de gemeente wil een duidelijkere rol vervullen in bestaande en eventueel op te richten netwerken en overlegvormen op het terrein van de volksgezondheid waarin zorggebruikers (patiëntenbelangenbehartiging), zorgverleners, financiers en andere overheden participeren. Op deze manier kan het veld het volksgezondheidsbeleid beïnvloeden.*

Op grond van de opdracht van de raad en de globale doelstellingen uit de startnotitie zijn onder invloed van discussie met het veld de volgende doelstellingen voor het gemeentelijk

---

<sup>4</sup> B&W besluit startnotitie nota volksgezondheid d.d. 13 oktober 1998

volksgezondheidsbeleid geformuleerd:

### **Algemene doelstellingen**

1. De gemeente hecht speciaal aan het voorkómen van ongezondheid en ziekte, waarvoor de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) als kader dient;
2. Een volksgezondheidsbeleid dat wordt vormgegeven in dialoog met het veld en adequaat reagerend op veranderingen in de gezondheidssituatie en ontwikkelingen in de maatschappij;
3. gemeente bevordert een optimale afstemming van vraag en aanbod met aandacht voor vraag, gezondheidssituatie en aanbod;

### **Doelstellingen voor doelgroepen**

4. De gemeente heeft gericht aandacht voor de gezondheid en het welzijn van burgers die zich in een (dreigende) achterstandspositie bevinden, of een verhoogd risico op ongezondheid lopen. In dit kader wordt onder burgers met zo'n (dreigende) gezondheidsachterstand of verhoogd risico op ongezondheid verstaan ouderen, allochtonen, sociaal- economisch zwakkeren en jongeren<sup>5</sup>;

### **Doelstellingen voor voorzieningen**

5. De gemeente houdt, voorzover het instellingen betreft waarvan zij financier is, een breed scala aan instellingen en voorzieningen in stand die de gezondheid van haar burgers bevorderen en waarborgen. Voor de overige instellingen geldt dat de gemeente die stimuleert voor zover dat binnen haar mogelijkheden ligt, om een goed voorzieningenniveau te bewerkstelligen;

---

<sup>5</sup> over de situatie van gehandicapten is nog onvoldoende bekend om deze inwoners hierbij te kunnen noemen. Landelijke gegevens geven aan dat veel gehandicapten een minimum inkomen hebben. Daarmee vallen zij al in de doelgroepen. In Maassluis is bijna tweederde van de cliënten van het ROG NWN bovendien ouder dan 65: ook ouderen zijn als doelgroep aangemerkt.

6. De gemeente ziet toe op de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen, in fysiek, psychologisch, financieel en intercultureel opzicht en in termen van nabijheid en bekendheid. Ook waakt de gemeente ervoor dat de sociale kaart bij haar burgers bekend is;
7. De gemeente draagt een verantwoordelijkheid voor de ondersteunende voorzieningen die de vermaatschappelijking van de zorg (waarbij zorg minder in instellingen en meer ambulant wordt gegeven) op een goede manier mogelijk maken, zoals aangepaste woningen en welzijnsvoorzieningen;
8. De gemeente gaat uit van het principe van integrale zorg en dienstverlening; daarbij is de gemeente verantwoordelijk voor de instandhouding van de geïntegreerde indicatiestelling voor wonen, zorg en welzijn en stimuleert instellingen op het terrein van wonen, zorg, welzijn en werk om samen te werken voor hen die kwetsbaar zijn en dat nodig hebben. Dit alles met als doel de burgers zorg op maat te leveren;
9. De gemeente vervult een belangrijke rol in de zorgketen. Allerlei instellingen, diensten en activiteiten vormen deze keten. De gemeente kan op basis van de dialoog met burgers en instellingen, en op basis van statistische gegevens knelpunten in de keten signaleren. Als er verbeteringen wenselijk zijn, neemt de gemeente actie om de verbeteringen, correcties of aanvullingen te bewerkstelligen (de zogenaamde regierol); Bij de ontwikkeling van het gemeentelijke beleid wordt gezondheid altijd in de overwegingen meegenomen.

## 2 Demografie en gezondheid

In dit hoofdstuk staat de gezondheidssituatie van de inwoners van Maassluis centraal: één van de uitgangspunten van het beleid in onze gemeente<sup>6</sup>. De gezondheidssituatie wordt beïnvloed door de samenstelling van de bevolking. Oude mensen bijvoorbeeld gebruiken immers meer zorg dan jonge. Mensen met een laag inkomens-, opleidings- en beroepsniveau hebben een slechtere gezondheid dan mensen met een hoger inkomens-, opleidings-, en beroepsniveau. De sociaal-demografische en sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn de afgelopen decennia vergroot. Vandaar dat er in paragraaf 2.1 een beschrijving van de samenstelling van de bevolking wordt gegeven. Daarna komt in paragraaf 2.2 de gezondheidssituatie van de inwoners van Maassluis aan de orde. In paragraaf 2.3 wordt aandacht besteed aan de factoren die de gezondheid van de Maassluisbevolking beïnvloeden: determinanten van gezondheid.

Bij de beschrijving van de gezondheidssituatie en van de determinanten van gezondheid in Maassluis wordt voor zover mogelijk, vooral aandacht besteed aan kwetsbare groepen<sup>7</sup>. Collectieve preventie is, zoals de term al zegt en in tegenstelling tot curatie, gericht op *groepen*. Vandaar dat het zinvol is de gezondheidssituatie van specifieke groepen te kennen zodat preventie programma's effectief ingevuld kunnen worden. Aangezien de gezondheidssituatie van kwetsbare groepen veelal minder gunstig is en deze groepen bovendien minder mogelijkheden hebben om hun gezondheid positief te beïnvloeden, richt de gemeente zich vooral op *maatschappelijk kwetsbare groepen*.

Om enigszins een *oordeel* te kunnen geven over de gezondheidssituatie in Maassluis worden vergelijkingen gemaakt met de gezondheidssituatie in Nederland als geheel of met die in Vlaardingen en Schiedam. De drie Waterweg Noord gemeenten bevinden zich in vergelijkbare fysische omstandigheden; vergelijking kan daarmee inzicht geven in de specifieke gezondheidssituatie van de Maassluisbevolking. Daarnaast nemen Maassluis, Vlaardingen en Schiedam deel aan één GGD: de GGD NWN. Inzicht in de verschillen in gezondheidssituatie is van belang om goed tot keuzen van producten te kunnen komen: afhankelijk van de situatie kan die keuze een individueel gemeentelijke zijn of een gezamenlijk regionale.

### 2.1 DEMOGRAFIE

Programma's die gedrag beïnvloeden en de ontwikkeling van betere behandel-methoden en medicijnen hebben ertoe geleid, dat de levensverwachting aanzienlijk verbeterd is.

---

<sup>6</sup> Zie de doelstellingen van beleid in de inleiding van de nota

<sup>7</sup> Zie de doelstellingen van beleid in de inleiding van de nota

In de periode 1970 - 1996 is de levensverwachting van zowel mannen als vrouwen met bijna vier jaar gestegen. In dezelfde periode daalde bovendien voor bijna alle leeftijdscategorieën de sterfte. Bij deze hogere levensverwachting moeten wij ons overigens wel de vraag stellen van welke kwaliteit de gewonnen jaren zijn. Het gaat om *gezonde* jaren.

Hoewel het algemene beeld er één is van toegenomen levensverwachting en kwaliteit van leven zijn er grote gezondheidsverschillen tussen mensen uit verschillende sociaal-demografische en sociaal-economische categorieën. De gezondheidstoestand van gehuwden is beter dan die van personen die nooit gehuwd zijn geweest, verweduwd of gescheiden zijn. Arbeidsongeschikten en (langdurig) werklozen hebben een slechtere gezondheid dan werkenden of niet- werkenden die in het gezin voor het huishouden verantwoordelijk zijn. De gezondheidstoestand van allochtonen en vluchtelingen is slechter dan die van autochtonen. De omvang van deze groepen met een minder goede gezondheid is in de afgelopen 25 jaar in omvang toegenomen: de sociaal-demografische en sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn vergroot.

Op basis van cijfers van de gemeente, het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de provincie Zuid-Holland volgt hierna een demografisch overzicht.

## Leeftijd

Hoewel het percentage ouderen in Maassluis lager ligt dan het landelijk niveau, is het percentage ouderen in Maassluis sinds begin jaren 90 sterker gestegen dan Nederland als geheel<sup>8</sup>. De bevolking in Vlaardingen en Schiedam vergrijst en vergrijst dubbel<sup>9</sup> aanzienlijk meer dan in heel Nederland. De meeste ouderen<sup>10</sup> in Maassluis wonen in de Sluispolder (De Vliet, Schuurhof, Zonneweelde en Zonneburcht), in de Burgemeesterswijk en Dijkpolder (jongere ouderen<sup>11</sup>) en de Kapelpolder (oudere ouderen<sup>12</sup> in De Vloot en De Schutsluis) (zie voor de wijkindeling bijlage 2.2). Van de mensen die ouder zijn dan 55 jaar woont 12% in een verzorgingshuis, verpleeghuis, aanleunwoning of complex van ouderenwoningen; van de mensen die in een verzorgingshuis wonen is meer dan de helft ouder dan 80 jaar.

In Maassluis nemen mensen in de leeftijd van 50-55 jaar en van 55-60 jaar een groter aandeel in in de totale bevolking dan het landelijk gemiddelde; een vergrijzing tussen nu en vijf jaar is daarmee onderweg. In de periode 1989 - 1998 is de bevolkingsgroep 55+ met 19% toegenomen. Binnen deze groep is vooral het aantal *oudere* ouderen in omvang toegenomen.

Een algemene tendens is dat ouderen meer en langer zelfstandig thuis blijven wonen. Daarnaast is het zo dat de zorg meer extramuraal wordt geleverd dan voorheen. Een verwacht gevolg hiervan is dat meer mensen een beroep zullen gaan doen op de flankerende voorzieningen en de Wvg-voorzieningen.

De vergrijzing van de bevolking van Maassluis zal verder doorzetten als de omvang van de jonge leeftijdsgroepen, tot 25 jaar, niet groeit. Maassluis vertoont een positief beeld in de groei van de inwoners met een jonge leeftijd.

Er worden in Maassluis problematische ouder-kind relaties gesignaleerd, met schooluitval en criminaliteit als mogelijke gevolgen. Op school blijkt dat er kinderen zijn met problemen, waar docenten niet mee uit de voeten kunnen en die ongunstige gevolgen hebben voor kinderen op andere vlakken. Het betreft onder andere problemen waar de logopedie een oplossing voor zou kunnen bieden.

---

<sup>8</sup> Vergrijzing: (toename van het) percentage ouderen op de gehele bevolking

<sup>9</sup> Dubbele vergrijzing: (toename van het) percentage oudere ouderen op de gehele bevolking

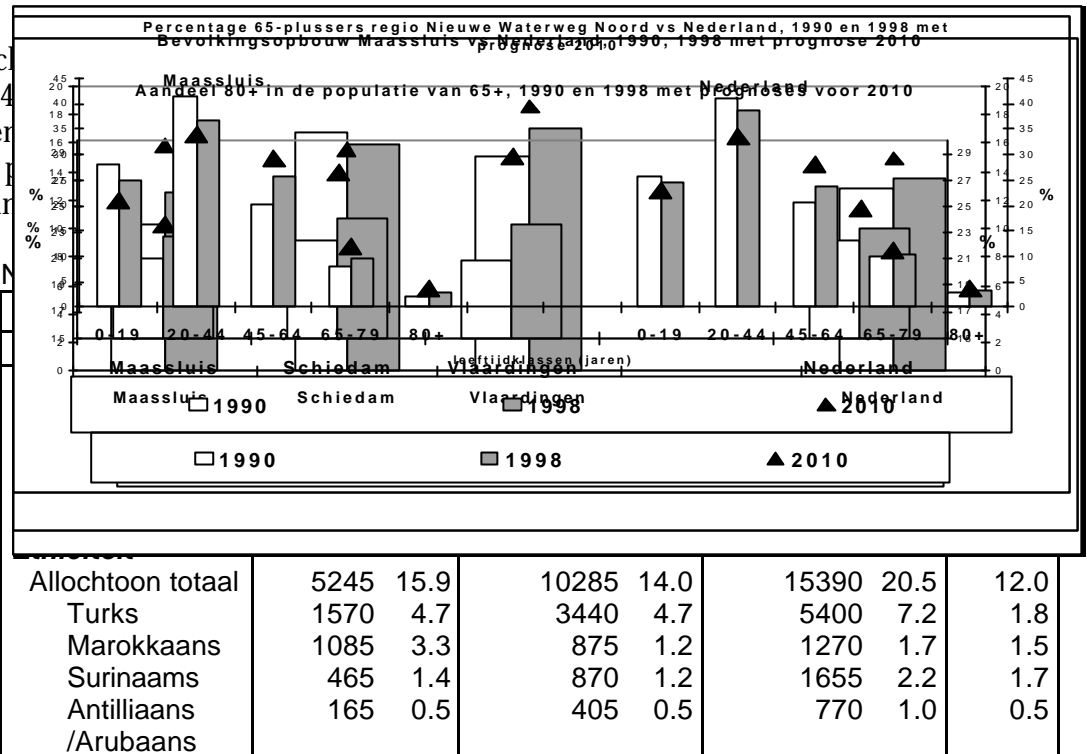
<sup>10</sup> ouderen: mensen ouder dan 55 jaar- criterium zoals gehanteerd in de nota lokaal ouderenbeleid

<sup>11</sup> jongere ouderen: mensen tussen de 55 en 60 jaar

<sup>12</sup> oudere ouderen: mensen tussen de 86 en 90 jaar

## Etniciteit

In Vlaardingen, Schiedam en Nederland heeft Maassluis een hoger percentage allochtonen ligt lager.



a) Bronvermelding: Getallen gebaseerd op CBS gegevens

b) Nationaliteit: bij een dubbele nationaliteit waarvan er een de Nederlandse is wordt de persoon als Nederlander gerekend. Bronvermelding: getallen gebaseerd op gegevens van de 3 afzonderlijke gemeenten.

Deze bevolkingsgroep bevat relatief veel jongeren: daarmee valt te verwachten dat het percentage allochtonen in Maassluis de komende jaren verder toeneemt.

<sup>13</sup> Allochtoon is iemand waarvan beide ouders in het buitenland zijn geboren (tweede generatie) of wanneer de persoon zelf en een van beide ouders in het buitenland zijn geboren (eerste generatie). (Bepaalde definitie CBS zoals gehanteerd in statistisch jaarboek CBS 2000)



Het percentage Marokkaanse (3,3%) en Turkse allochtonen (4,7%) ligt in Maassluis ruim twee keer zo hoog als landelijk. In Maassluis wonen allochtonen voornamelijk in de Burgemeesterswijk, Kapelpolder en Sluispolder. Allochtonen zijn over het algemeen ongezonder en moeilijker te bereiken voor preventie dan autochtonen. In de praktijk blijkt dat vooral allochtone vrouwen moeilijk bereikbaar zijn. Nieuwkomers vormen op gezondheidsgebied een risicogroep vanwege hun soms traumatische ervaringen.

Op landelijk niveau blijkt dat de sterfte onder de meeste groepen allochtonen verhoogd is; dit is het duidelijkst te zien op jonge leeftijd.

### **Gehandicapten<sup>14</sup>**

Van alle cliënten van de ROG NWN komt 14% uit Maassluis; dit is iets minder dan gezien het totale inwonertal verwacht zou worden (nl 18%). Bijna de helft van de cliënten is ouder dan 75 jaar, bijna 40% is tussen de 45 en 74 jaar. In Maassluis (en de hele regio NWN) wordt in 1998 de helft van het aantal aanvragen gehonoreerd. Behalve deze ROG NWN gegevens weten wij weinig over gehandicapten en hun gezondheid: verzameling van aanvullende gegevens is gewenst. In het algemeen kan worden vastgesteld dat mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap minder in instellingen en meer in een reguliere woonomgeving wonen dan voorheen<sup>15</sup>.

### **Opleiding en inkomen**

In 1996 heeft meer dan de helft van de Maassluisse beroepsbevolking een middelbaar onderwijsniveau (HAVO/VWO/MBO).

Het besteedbaar inkomen per hoofd is het laagst in de Burgemeesterswijk. Het bereiken van sociaal-economische achterstandsgroepen kan op effectieve wijze plaatsvinden door gemeentelijk beleid te richten op een dergelijke wijk waarin relatief veel mensen met een lagere sociaal-economische status wonen. Huisartsen hebben (meerdere malen) kenbaar gemaakt graag een HOED (Huisartsen Onder Een Dak) op te willen zetten. In een HOED kunnen huisartsen en andere zorgaanbieders gezamenlijk hun diensten aanbieden. Mogelijkerwijze kunnen er een tandarts, een fysiotherapeut, consultatiebureau, een maatschappelijk werker, een gezondheidsinformatiepunt (een GezondheidsWijzer) worden toegevoegd en misschien ook een spreekuur van het CAD. De sociaal raadslieden-in-de-wijk zijn nu in de Burgemeesterswijk reeds gehuisvest in het wijkgebouw van De Flat. Overwogen zou kunnen worden dat zij zich bij de HOED voegen.

## **2.2 GEZONDHEIDSSITUATIE**

Om zicht te krijgen op de gezondheidssituatie is een aantal zaken in kaart gebracht die als basis kunnen dienen voor het volksgezondheidsbeleid: waar liggen de knelpunten, en daarmee: waar moeten accenten in het beleid worden gelegd? Verder zijn er gegevens beschikbaar over de gezondheid van de bevolking.

### **Gegevensverzameling**

Eenmaal per vijf jaar -en voor het laatst in 1995- houdt de GGD-NWN onder de bevolking van de regio NWN een enquête om inzicht te verkrijgen in haar gezondheidssituatie. In de enquête, en

---

<sup>14</sup> een gehandicapte (volgens de Wet voorzieningen gehandicapten): een persoon die ten gevolge van ziekte of gebrek aantoonbare beperkingen ondervindt op het gebied van wonen, of van het zich binnen of buiten de woning verplaatsen. Vooralsnog hanteren wij als gemeente deze definitie zonder de toespitsing op wonen of verplaatsing.

<sup>15</sup> Dit geldt overigens ook voor mensen uit de psychiatrie en met een verslaving.

daarmee in dit hoofdstuk, komen de volgende zaken aan de orde: gezondheidservaring, psychische situatie, chronische aandoeningen, allergieën en ongevallen. Dit zijn onderwerpen die, als het gezondheid betreft algemeen gangbaar zijn en waarover ook het CBS jaarlijks in haar rapporten verslag legt.

### **De GGD NWN en gegevens**

De GGD NWN neemt de gezondheidsenquête alleen af onder mensen die de Nederlandse nationaliteit hebben en ouder zijn dan 18 jaar. Veel allochtonen hebben niet de Nederlandse nationaliteit. Aangezien juist onder allochtonen ongezondheid een rol speelt is inzicht in hun gezondheidssituatie gewenst. Vanwege taalbarrières en verschillen in culturele achtergrond, is een gezondheidsenquête echter geen geschikt instrument voor deze doelgroep.

Over allochtonen en over de schoolgaande jeugd verzamelt de GGD NWN wel via andere wegen informatie. Zo zien de GGD NWN-artsen en -verpleegkundigen kinderen in de klassen 2, 5 en 8 van de basisschool. Behalve als bron van informatie is het een goede zaak dat de gezondheid van de kinderen in deze leeftijdsgroep in de gaten wordt gehouden. Ook ontmoet de GGD NWN alle leerlingen van de derde klas voortgezet onderwijs door het project *Meten aan jezelf*. Deze gegevens kunnen inzicht in de gezondheidssituatie van de jeugd bieden. Systematischer en breder inzicht is echter gewenst: aan de in het kader van het Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid uit te voeren jeugdmonitor zou gezondheid moeten worden toegevoegd. Voor allochtonen (Turken) krijgt de GGD NWN inzicht in de gezondheidssituatie door de contacten met deze groep tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten in *Eigen Taal*. Bovendien zijn er landelijke gegevens over de gezondheidssituatie van allochtonen waaruit de GGD NWN conclusies trekt voor de eigen regio.

De schets van de gezondheidssituatie in Maassluis is dus gebaseerd op gegevens uit 1995. Het verhogen van de frequentie van de gezondheidsenquête is weliswaar niet aan de orde maar het schrijven van een nota op basis van gegevens van vijf jaar oud is ook ongewenst. Frequente actualisering van gegevens gebaseerd op andere bronnen dan een grootschalige enquête is daarom wenselijk. Verder is het noodzakelijk dat de gegevens die de GGD NWN, de gemeente en andere instellingen in huis hebben meer toegankelijk worden gemaakt.

Dit betreft onder andere de volgende bronnen: jeugdartsen die veel jongeren zien, keuringsartsen die veel arbeidsongeschikten zien, de RCG NWN plannen waar veel gegevens over de regio in staan.

### **Kennis over kwetsbare groepen**

Ook is meer inzicht wenselijk in de feitelijke gezondheidssituatie van kwetsbare groepen: van gehandicapten weten wij niet meer dan de aanvragen bij de ROG NWN en de indicaties door het RIO NWN, de specifieke gezondheidsproblemen van allochtonen in Maassluis zijn niet duidelijk, het drugs en drankgebruik van jongeren is slechts bij benadering bekend, en ook het aantal mensen dat onder de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) zou vallen (zoals geïsoleerde ex-psiatrie patiënten, mishandelde vrouwen, zwaar depressieve mensen etcetera) is in Maassluis niet bekend. Er zijn her en der al veel gegevens beschikbaar, maar het is van belang dat de verzameling beter wordt gecoördineerd. Met de daarmee verworven kennis kunnen beter ondersteunende maatregelen worden genomen om de (gezondheids)situatie te verbeteren.

Van de landelijke overheid kunnen wij op dit vlak op termijn ondersteuning verwachten aangezien het ministerie van VWS samen met de VNG gaat onderzoeken of er een monitor ontwikkeld kan worden voor een integraal lokaal volksgezondheids- en welzijnsbeleid. Daarbij zal een verbinding worden gezocht met initiatieven op het terrein van lokaal sociaal beleid. In ieder geval zullen de gemeenten voor de *gegevens* moeten zorgen. Wenselijk is dat er een monitor komt voor het gehele domein van de sociale infrastructuur. In Maassluis zijn de eerste aanzetten voor de jeugdmonitor reeds gemaakt<sup>16</sup>.

### **Gezondheidssituatie: de feiten**

Algemeen wordt ervan uitgegaan dat voor elke vier burgers die gezond zijn er één is die dat niet is. Voor Maassluis, met een inwonertal van 33.044 op 1 januari 1998 houdt dat in dat er 26.435 burgers gezond zijn en 6.608 burgers niet of minder. Aangezien de gemeentelijke overheid vooral op het terrein van de preventie verantwoordelijkheden heeft, richt het volksgezondheidsbeleid zich op *alle* burgers, gezond en ongezond, van Maassluis. Het sterftecijfer in de regio NWN<sup>17</sup> is vergelijkbaar met dat in de rest van Nederland. Hart- en vaatziekten en kanker zijn ook in onze regio de belangrijkste doodsoorzaken.

### **Gezondheidservaring**

Allereerst wat zaken over de lichamelijke en psychische gezondheid van de bevolking in Maassluis.

---

<sup>16</sup> zie ook de paragraaf over de jeugdgezondheidszorg in het hoofdstuk wettelijke taken

<sup>17</sup> deze gegevens zijn niet beschikbaar voor Maassluis; er is geen reden aan te nemen dat er grote verschillen zijn tussen Vlaardingen, Schiedam en Maassluis

Viervijfde van de volwassen inwoners<sup>18</sup> van Maassluis ervaren hun gezondheid als goed; in vergelijking met Vlaardingen en Schiedam is de gezondheidsbeleving in Maassluis aanzienlijk beter. De feitelijke gezondheidstoestand van de volwassenen van Schiedam is minder gunstig dan die in Maassluis en

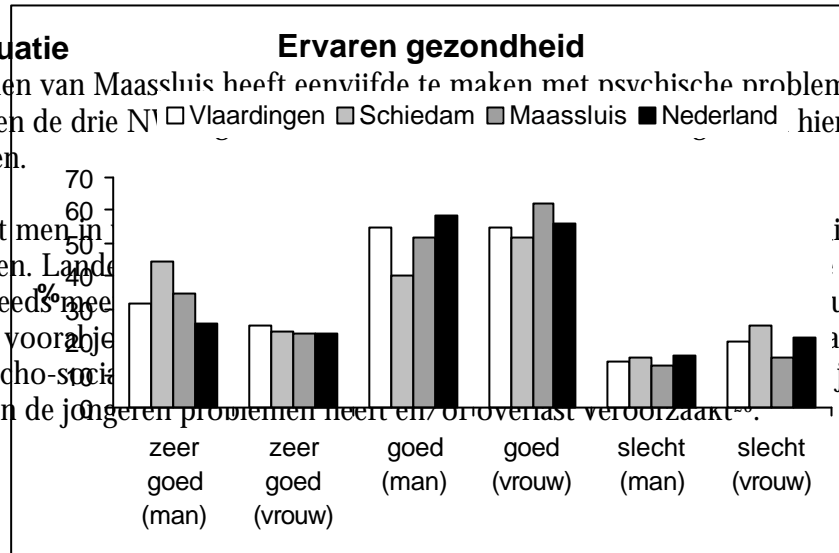
Vlaardingen. Verder blijkt dat mannen in het algemeen positiever over hun gezondheid zijn dan vrouwen en jongeren positiever over hun gezondheid dan ouderen.

### Psychische situatie

Van de volwassenen van Maassluis heeft een vijfde te maken met psychische problemen<sup>19</sup>; hierin is geen verschil tussen de drie N<sup>20</sup> Vlaardingen, Schiedam, Maassluis, Nederland. Hiermee meer te maken dan mannen.

In Schiedam komt men in psychische klachten. Land voorspellen dat steeds meer Maassluis melden voorzie psychische en psychosociale problemen heeft en/of overlast veroorzaakt.

isarts met problematiek en ullen doen. In ume van jaar). Het blijkt



<sup>18</sup> Als er in dit hoofdstuk wordt gesproken over volwassen burgers of volwassenen, wordt daarmee bedoeld: iemand met de Nederlandse nationaliteit die ouder is dan 18 jaar. Kortom de mensen onder wie de GGD de steekproef heeft gehouden voor de Gezondheidsenquête.

<sup>19</sup> voor de beoordeling van de geestelijke gezondheidstoestand is de General Health Questionnaire gebruikt.

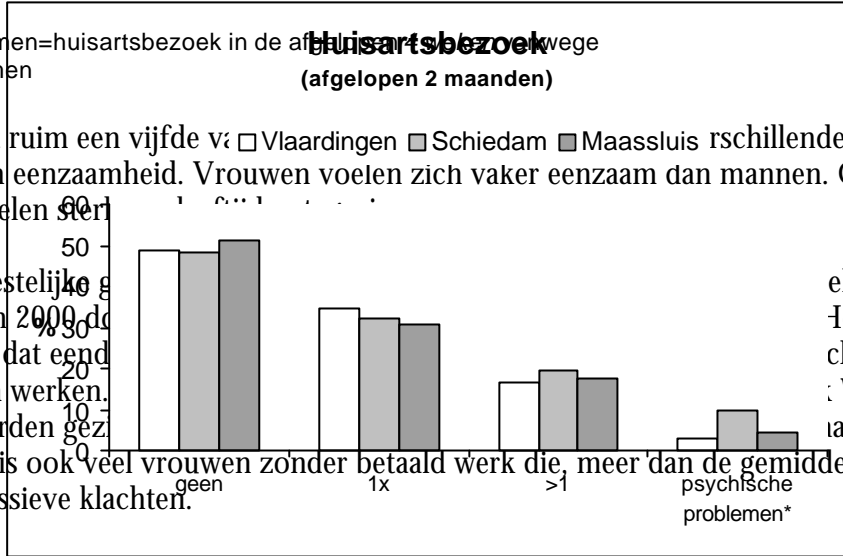
<sup>20</sup> Rapportage Jeugd 1997, Sociaal Cultureel Planbureau, 1998

\* Psychische problemen = huisartsbezoek in de afgelopen 2 maanden vanwege psychische problemen

**huisartsbezoek  
(afgelopen 2 maanden)**

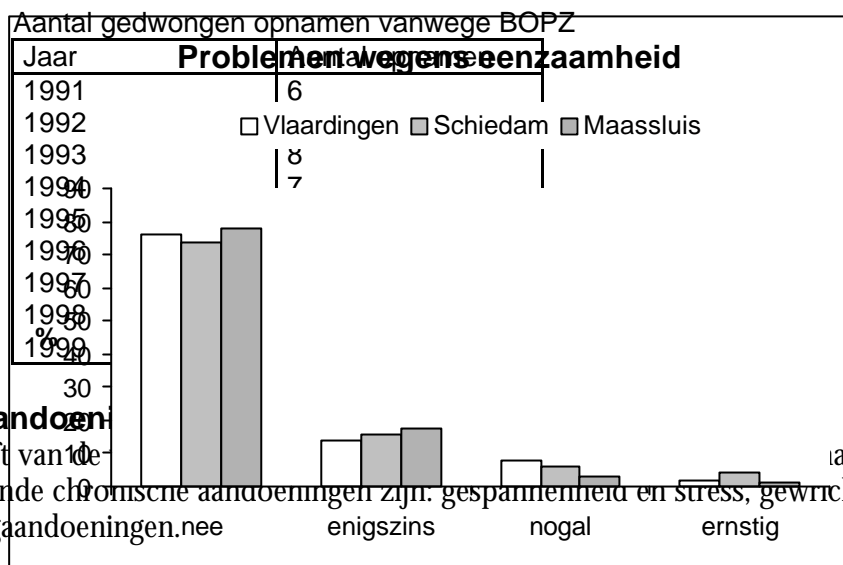
In Maassluis heeft ruim een vijfde van de vrouwen en een derde van de mannen met gevoelens van eenzaamheid. Vrouwen voelen zich vaker eenzaam dan mannen. Gevoelens van eenzaamheid wisselen sterk.

Wat betreft de geestelijke gezondheidszorg wekkend is: in 2009 de landelijk gegeven, dat eend om niet te kunnen werken kan als signaal worden gezien. Er zijn in Maassluis ook veel vrouwen zonder betaald werk die, meer dan de gemiddelde burger, last hebben van depressieve klachten.



In gevolge de Wet Bijzondere Opnemng in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) kan de burgemeester mensen die gestoord zijn in hun geestesvermogen en daarmee een gevaar zijn voor zichzelf, hun omgeving of de openbare orde met een “inbewaringstelling” acuut verplicht laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Er is altijd contact tussen politie en een RIAGG-arts. Soms is iemand echter moeilijk plaatsbaar en het kan dan voorkomen dat de politie genoodzaakt is een oneigenlijke taak uit te oefenen. In het geval degene die gedwongen wordt opgenomen verantwoordelijk is voor bijvoorbeeld kinderen, is het de politie die hiervoor meestal een oplossing moet zoeken.

Ook kan het voorkomen dat iemand zeer snel weer terug naar huis wordt gestuurd, waarmee de kans aanwezig is dat het oorspronkelijke probleem zich snel weer voordoet.



### Chronische aandoening

Meer dan de helft van de meest voorkomende chronische aandoeningen zijn gespannenheid en stress, gewrichtsslijtage, hoge bloeddruk en rugaandoeningen.

Niet alleen hebben veel inwoners van Maassluis last van gewrichtsslijtage, maar zij hebben dat *aanzienlijk* vaker dan de gemiddelde Nederlander. Ook de andere chronische aandoeningen komen in Maassluis meer voor dan landelijk. Dit gegeven vraagt om aandacht. Meer vrouwen dan mannen hebben een chronische aandoening, ouderen meer dan jongeren. Gevoelens van depressiviteit en stress komen vaker bij vrouwen voor dan bij mannen. Daarnaast hebben vrouwen vaker te maken met gewrichtsslijtage en migraine.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat vrouwen meer dan mannen gebruik maken van het ziekenhuis, de fysiotherapeut, de ergotherapeut en de Thuiszorg.

Met het stijgen van de leeftijd komen de volgende aandoeningen vaker voor: hoge bloeddruk, gewrichtsslijtage, ernstige hartkwaal, maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm, langdurige rugaandoening en suikerziekte.

<sup>21</sup> onder chronische aandoeningen worden aandoeningen in de afgelopen 12 maanden verstaan die zijn vastgesteld door de huisarts of specialist.

Ouderen maken dan ook meer gebruik van de diverse hulpverleners dan jongeren. Gezien de vergrijzing van de bevolking is dit van belang om in gedachten te houden.

#### Chronische aandoeningen Nieuwe Waterweg Noord vs. Nederland

		Maassluis	Schieda	Vlaardingen	Nederland
		%	%	%	%
Gespannenheid/stres	man	8,0	16,7	15,5	-
	vrouw	21,5	26,2	21,1	-
Gewrichtsslijtage	man	12,2	9,1	8,6	4,6
	vrouw	23,1	22,6	18,9	9,6
Hoge bloeddruk	man	7,4	8,0	13,2	6,1
	vrouw	10,8	14,5	12,0	8,7
Rugaandoening	man	8,9	6,9	10,9	7,0
	vrouw	11,5	12,4	8,6	8,0

#### Medische consumptie \* Nieuwe Waterweg Noord vs. Nederland

	Maassluis	Schiedam	Vlaardingen	Nederland
	%	%	%	%
Specialist	36,5	43,5	36,2	37,5
Ziekenhuisopname	9,6	13,0	11,9	6,3
EHBO	5,5	10,5	8,4	-
Fysio-/ergotherapie	16,3	15,3	16,5	-
Alternatieve geneeswijzen	7,1	4,3	5,5	-
RIAGG	1,2	5,1	3,2	-
GGD	6,7	4,2	3,5	-
CAD	3,6	1,4	0,9	-
Maatschappelijk werk	0,4	0,6	1,2	-
Gezinszorg	2,8	4,5	4,3	-
Wijkverpleging	4,8	2,0	1,7	-
Patiëntenorganisaties	0,8	1,4	1,7	-

\* Medische consumptie = 1 of meerdere malen contact in de afgelopen 12 maanden

## Allergieën

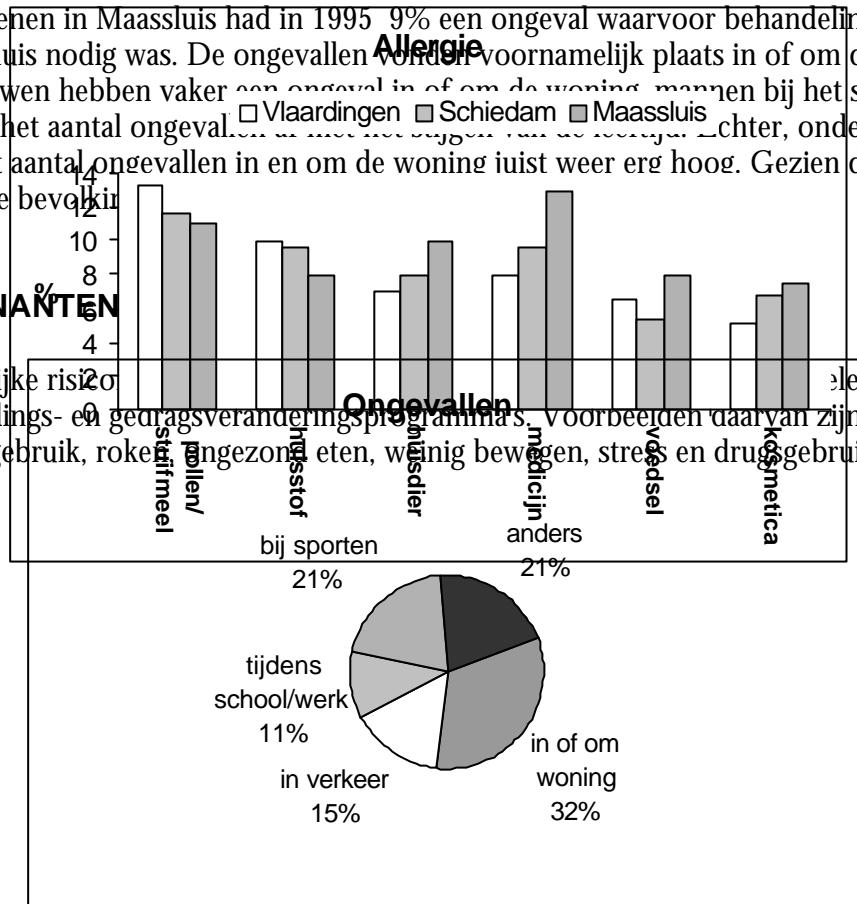
Allergieën komen in Maassluis evenveel voor als in Vlaardingen en Schiedam. Vrouwen hebben meer last van allergie dan mannen. Oudere mensen hebben meer last van allergie voor bepaalde medicijnen. Bovendien constateren huisartsen steeds meer allergieën onder jongeren.

## Ongevallen

Van alle volwassenen in Maassluis had in 1995 9% een ongeval waarvoor behandeling door een arts of in een ziekenhuis nodig was. De ongevallen vonden voornamelijk plaats in of om de woning (eenderde). Vrouwen hebben vaker een ongeval in of om de woning, mannen bij het sporten. In het algemeen neemt het aantal ongevallen af met het ouder worden van de bevolking. Bij de 85-plussers is het aantal ongevallen in en om de woning juist weer erg hoog. Gezien de dubbele vergrijzing van de bevolking

## 2.3 DETERMINANTEN

Leefstijlafhankelijke risico's op ongevallen zijn vertaald in gedragsbeïnvloedings- en gedragsveranderingsprogramma's, voorbeelden daarvan zijn programma's rondom alcoholgebruik, roken, ongezond eten, weinig bewegen, stress en drugsgebruik.





Factoren die de gezondheid beïnvloeden worden determinanten van gezondheid genoemd. Lalonde, oud minister van Volksgezondheid in Canada, heeft deze factoren in vier velden gerangschikt: leefstijl, endogene situatie (biologische/ genetische factoren), exogene situatie (omgevingsfactoren) en gezondheidszorg (waaronder preventie). De exogene factoren zijn te onderscheiden in fysieke en sociale factoren. De endogene determinanten zijn niet te beïnvloeden door gemeentelijk beleid en blijven daarom buiten beschouwing. Als een determinant een ongunstig niveau vertoont is het een risicofactor.

In deze paragraaf staan gegevens over de determinanten van Lalonde in Maassluis. In het hoofdstuk staat een globale beschrijving van demografie en gezondheid in Maassluis en worden voor zover mogelijk conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

### **Leefstijl**

Leefstijl is bij uitstek een terrein dat geschikt is voor preventie activiteiten en gemeentelijk facetbeleid. Een voorbeeld van het laatste is het beperken van gokautomaten in laagdrempelige gelegenheden om te voorkomen dat jongeren voor de verleiding te gaan gokken bezwijken. Hierna zetten wij een aantal zaken op een rij over roken, drinken, drugsgebruik, medicijnen gebruik, gokken, eten, bewegen. Daarbij worden die situaties benadrukt voorzover die afwijken van die in de regio of voor zover het specifiek meer kwetsbare groepen betreft (jongeren, ouderen, allochtonen, sociaal-economisch zwakkeren). Vooral over kwetsbare groepen is echter betrekkelijk weinig bekend. Daarom gaan wij ervan uit dat voor Maassluis geldt wat voor heel Nederland geldt: de gezondheid van mensen met een lage sociaal-economisch status (SES) is fundamenteel slechter dan die van de gemiddelde bevolking. Landelijk gezien leven mensen met een lage sociaal- economische status 3,5 jaar korter en brengen 12 jaar in minder goede gezondheid door dan mensen met een hogere status. De allochtone bevolkingsgroep heeft een achterstand ten opzichte van de autochtone bevolking, ook als er vergeleken is met de autochtone bevolking met een lage SES.

### **Rookgedrag**

Een derde van de volwassen inwoners rookt; meer mannen dan vrouwen roken. Het aantal sigaretten dat men per dag rookt, neemt af met de leeftijd. In vergelijking met 1989 roken er in Maassluis weer meer mensen, wat overeenkomt met het landelijk beeld. Vooral onder jongeren neemt het roken toe, wat eveneens overeenkomt met het landelijk beeld. In Maassluis wordt evenveel gerookt (percentage rokers, aantal sigaretten) als in Vlaardingen en Schiedam.

In Maassluis wordt wat minder gerookt dan landelijk. Roken heeft negatieve effecten op de gezondheid; aangezien een aanzienlijk deel van de bevolking rookt blijft terugdringing van het roken belangrijk.

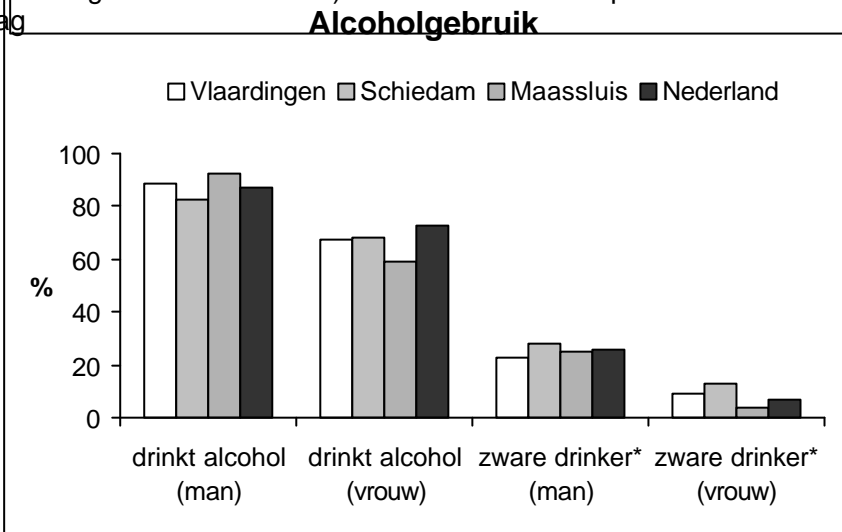
\* Zware roker (percentage van alle rokers) = rookt minstens 20 sigaretten per dag

### Drankgebruik

Bijna driekwart van de volwassen (zeer) excessieve drinker is. Er zijn meer mannen dan vrouwen die alcohol drinken. In 1995 is het aantal zwaardere drinkers gedronken wordt. Juist 60k gedronken; een situatie die Nederland. In Maassluis is dat in Vlaardingen en Schiedam alcohol-probleem hulp baart. Extra aandacht van het CAD voor jeugdige drinkers is daarom gewenst aangezien jongeren de weg naar het CAD



\* Zware drinker (percentage van alle drinkers) = drinkt minstens 1x per week 6 of meer glazen alcohol op één dag



## Drugsgebruik

Voor Maassluis zijn geen gegevens over drugsgebruik door jongeren beschikbaar; wel voor Nederland. Er is geen reden om aan te nemen dat de situatie in Maassluis sterk afwijkt van die in Nederland als geheel; vandaar dat de landelijke gegevens vooralsnog worden gebruikt om inzicht te krijgen in de Maassluisse situatie. Het gebruik van harddrugs door jongeren is relatief gering, maar is in enkele jaren tijd wel verdubbeld! Ook het gebruik van softdrugs is toegenomen. Voorlichting over verslaving blijft daarom (versterkt) noodzaak.

## Medicijngebruik

Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat gemeten over een periode van drie maanden bijna driekwart van de bevolking medicijnen slikt, waarvan 16% slaap- en kalmeringsmiddelen. Vrouwen maken meer dan mannen gebruik van pijn- en koortswerende middelen, versterkende middelen en slaap- en kalmeringsmiddelen. Ouderen nemen meer medicijnen in voor maag- en darmklachten, en voor slaap en kalmering. Bij ouderen leidt medicijn-gebruik vaak tot valongelukken. Een veel voorkomende bijwerking van medicijnen is sufheid: ouderen letten minder goed op en vallen dan over kleine obstakels. Ook hebben veel medicijnen een vochtafdrijvende werking waardoor ouderen 's nachts vaker uit bed moeten en dan in het half donker en slaapdronken struikelen. Er lijken te veel vrouwen zonder betaald werk te zijn die, zo signaleren de huisartsen in Maassluis, meer en vaker slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken dan wellicht wenselijk is.

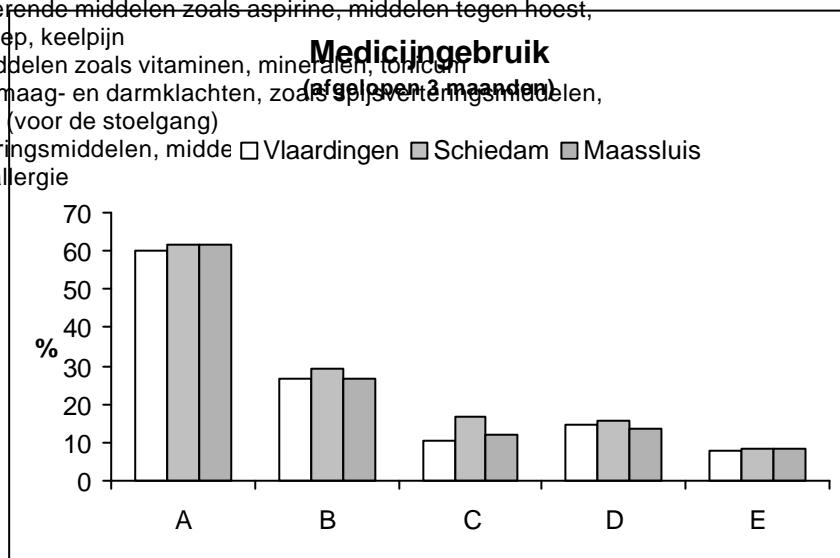
A = Pijn- en koortswerende middelen zoals aspirine, middelen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn

B = Versterkende middelen zoals vitamines, mineralen, tonics

C = Medicijnen voor maag- en darmklachten, zoals spijsverteringsmiddelen, laxemiddelen (voor de stoelgang)

D = Slaap- en kalmeringsmiddelen, midde

E = Middelen tegen allergie



## Gokgedrag

Ruim de helft van de inwoners doet wel eens aan een kansspel van welke aard dan ook (loterij, toto, fruitautomaat, bingo, casino). Niet verassend is het dat het vooral jongens en mannen in de leeftijd van 18 tot 34 jaar zijn die op een fruitautomaat spelen. Dat doen ze vooral in een cafetaria, snackbar of koffiehuis. De GGD NWN heeft een onderzoek gedaan waaruit bleek dat jongeren in forse problemen kunnen raken door het spelen op fruitautomaten.

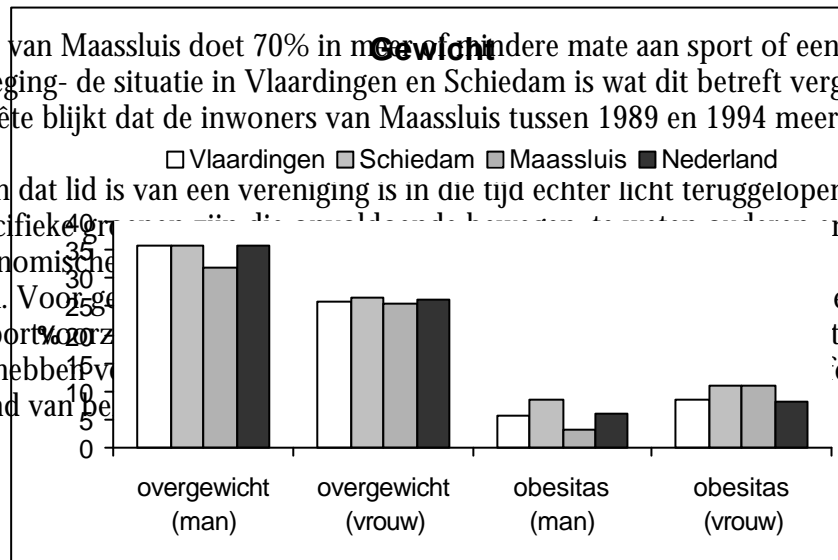
## Eetgedrag

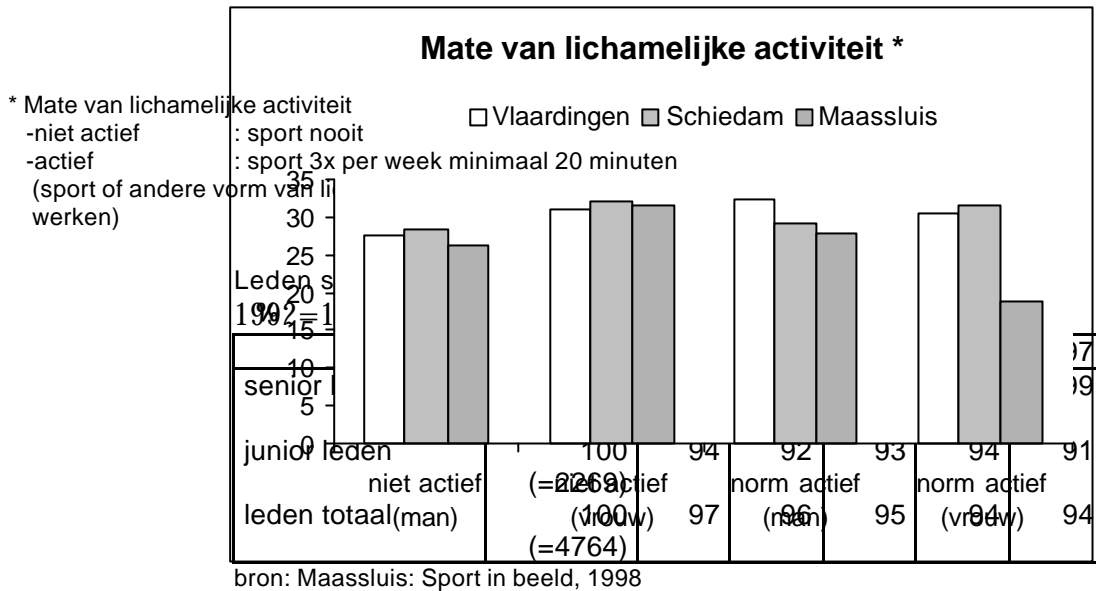
Meer dan de helft van de inwoners heeft een zogenaamd *normaal* gewicht. Bijna 40 procent heeft een te hoog gewicht: 31% heeft overgewicht en bij 8% van de respondenten kan worden gesproken van obesitas. In vergelijking met vrouwen hebben mannen vaker een hoog gewicht maar minder vaak een te hoog of te laag gewicht. Ouderen hebben vaker een (te) hoog gewicht dan jongeren. Vanwege de gezondheidsrisico's van overgewicht en het feit dat overgewicht in Maassluis veel voorkomt, is het belangrijk om (meer) aandacht te blijven besteden aan voorlichting over goede voedingsgewoonten en mogelijkheden voor beweging.

## Beweging

Van alle inwoners van Maassluis doet 70% in een mindere mate aan sport of een andere vorm van lichaamsbeweging - de situatie in Vlaardingen en Schiedam is wat dit betreft vergelijkbaar. Uit de gezondheidsenquête blijkt dat de inwoners van Maassluis tussen 1989 en 1994 meer zijn gaan bewegen.

Het aantal mensen dat lid is van een vereniging is in die tijd echter licht teruggelopen. De indruk bestaat dat er specifiek in de lagere sociaal-economische laag daarom belangrijk. Voor de (gemeentelijke) sportverenigingen is de gezondheid; ook hebben de verenigingsverbanden van belang voor de cohesie.





### Sociale omgevingsfactoren

Zoals gezegd, is ook de sociale omgeving een factor die de gezondheid beïnvloedt. Ook hierover zijn gegevens verkregen uit de gezondheidsenquête. Onder de sociale omgeving wordt hier verstaan het sociaal netwerk waarvan men deel uitmaakt.

### Sociaal netwerk

In vergelijking met Vlaardingen en Schiedam is het sociaal netwerk van de bevolking van Maassluis het beste ontwikkeld. Een belangrijk onderdeel van het sociaal netwerk is de mantelzorg. In Maassluis, alsook in Vlaardingen en Schiedam, neemt bijna een vijfde van de bevolking (gedeeltelijk) de zorg op zich voor een zieke, meestal een gezins- of familielid. Meer vrouwen dan mannen verzorgen iemand. In dit verband is het opmerkelijk dat inwoners uit Maassluis in vergelijking met inwoners uit Vlaardingen en Schiedam vaker een beroep doen op de wijkverpleegkundige.

## Fysieke omgevingsfactoren

In Maassluis ervaren de bewoners vergeleken met Vlaardingen en Schiedam betrekkelijk weinig directe hinder van zaken als lawaai, vuil en onveiligheid.

Ook wat andere milieu-overlast betreft kan worden geconstateerd dat er in Maassluis een positief beeld is (milieurapport DCMR/gemeente).

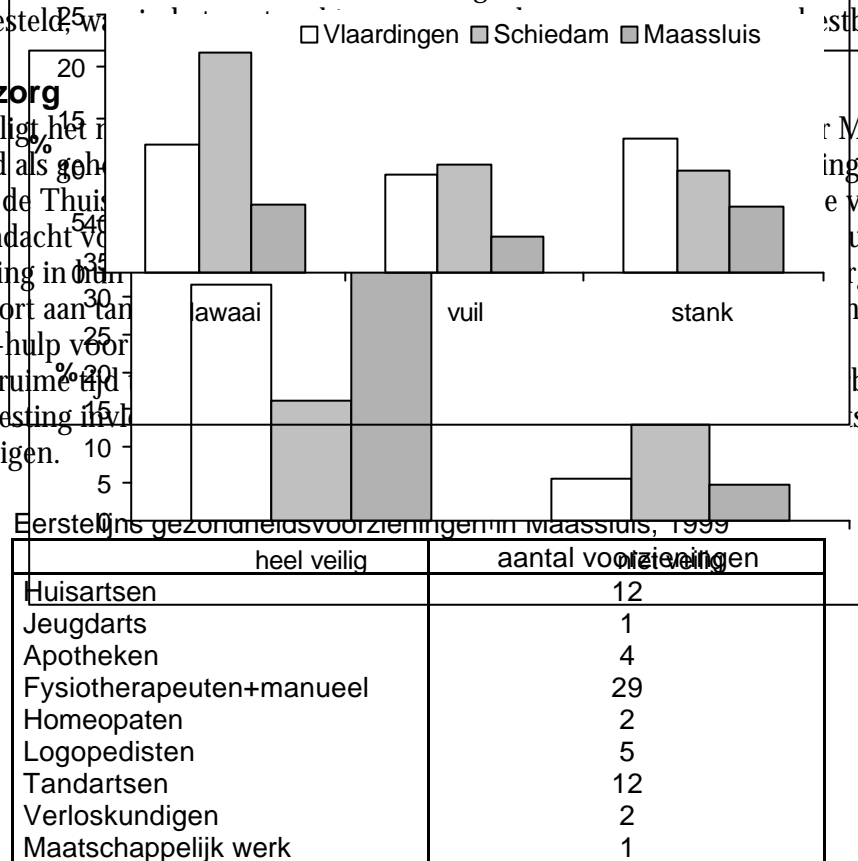
Hoewel er in Maassluis een aantal lokaties is waar ernstige vervuiling was, is niet door onderzoek aangetoond dat dat type vervuiling invloed heeft op de gezondheidssituatie van mensen.

Voor rampen die in of in de directe omgeving van Maassluis plaatsvinden is er natuurlijk een rampenplan; voor rampen-op-afstand wordt hetzelfde rampenplan gebruikt. Een ramp-op-afstand kan een busongeluk in Duitsland zijn waar veel inwoners van Maassluis bij betrokken zijn. Deze inwoners moeten door hun eigen gemeente goed worden opgevangen. Voor incidenten<sup>22</sup> is de algemeen coördinator tegelijkertijd verantwoordelijk voor de zorg voor de gezondheid.

Daarnaast wordt vermoed dat er in Maassluis (nog) een aantal grotere complexen is waarin asbest is verwerkt. Bij sloop is dat geen probleem, zoals blijkt bij de flats van de Schubertlaan. De GGD NWN en gemeente werken dan intensief samen en lossen problemen adequaat op. Voor brand in objecten waarbij wordt vermoed dat er asbest aanwezig is, is in 1998 het draaiboek *Stappenplan asbestbrand* vastgesteld.

## Gezondheidszorg

Landelijk gezien ligt het in Nederland als geheel Waterweg als bij de Thuiswachtlijsten. Aandacht voor patiëntenvereniging in korte termijn tekort aan bereikbare CAD-hulp voor behoort reeds geruime tijd terrein van huisvesting in Maassluis te vestigen.



bron: Welzijn in statistieken, Maassluis

<sup>22</sup> een incident: een ongeluk dat op een groot aantal mensen *indirect* effect heeft, maar dat geen ramp is. Een voorbeeld is de brand in de Vliet

In deze nota wordt verder niet ingegaan op de aard en omvang van het voorzieningenniveau. Ook de vraag naar voorzieningen wordt niet gekwantificeerd.

De RCG NWN is namelijk bezig met een regiovisie. De regiovisie is een integrale, globale visie op de gewenste kwaliteit, samenstelling, organisatie en samenhang van de zorg in het Nieuwe Waterweg Noord gebied. De primaire functie van de regiovisie is vanuit het perspectief van de zorgvrager te komen tot een passende afstemming van het schaarse zorgaanbod<sup>23</sup>. Door deze thematiek aan de RCG NWN en haar regiovisie over te laten worden doublures voorkomen.

---

<sup>23</sup> Concept Regiovisie Zorg NWN 09-03-00

### 3 De wetten

De Grondwet en de Gemeentewet geven de gemeentelijke overheid een belangrijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welbevinden van de burger. De verantwoordelijkheid van de gemeente voor de volksgezondheid is vastgelegd in een groot aantal wetten. Ten behoeve van het overzicht, zijn deze onderverdeeld in vier categorieën: wetten die direct betrekking hebben op de (volks)gezondheid(szorg), onderdelen van de welzijnswet, de wet collectieve preventie volksgezondheid en wetten die slechts indirect gerelateerd zijn aan het terrein van de volksgezondheid.

In bijlagen 3.1, 3.2, 3.3 en 3.4 staan de wetten (verkort) weergegeven. Over de uitvoering van sommige wetten vindt momenteel intensieve discussie plaats. Andere wetten bieden gemeentelijke beleidsvrijheid en daarmee de mogelijkheid om een lokaal volksgezondheidsbeleid verder vorm te geven. En natuurlijk is er bij het overgrote deel van de wetten sprake van “simpele” uitvoering. In de bijlage staat aangegeven voor welke wetten de gemeente vrijheid van handelen heeft en voor welke zij uitvoerder is.

De laatste jaren zijn er veel veranderingen opgetreden in de wettelijke taken en bevoegdheden van gemeenten op het terrein van het gezondheids- en welzijnsbeleid. Zo is de betrokkenheid van de gemeenten bij de (AWBZ) zorg de afgelopen jaren toegenomen: voor de uitvoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) is in de regio Nieuwe Waterweg Noord (NWN) de Regionale Organisatie Gehandicapten Voorzieningen Nieuwe Waterweg Noord (ROG NWN) opgericht en voor de integrale indicatiestelling voor wonen, welzijn en zorg is het Regionaal Indicatie Orgaan Nieuwe Waterweg Noord (RIO NWN) per 1 juni 1999 van start gegaan.

Op het gebied van wonen, welzijn, zorg(voorzieningen), collectieve preventie, vervoer, en materiële bijstand zijn de afgelopen jaren taken en financiële middelen naar de gemeenten gedecentraliseerd. Via de Welzijnswet, hebben de gemeenten de zorg voor bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, maar ook voor maatschappelijke opvang en ambulante verslavingszorg gekregen. Ook hebben gemeenten in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) de taak gekregen een GGD in stand te houden. Niet alleen zijn de taken uitgebreid, ook de zeggenschap van gemeenten is toegenomen. Zo hebben gemeenten wettelijk adviesrecht gekregen in de Raad van Advies van het Zorgkantoor. Daarnaast vindt er nu ook afstemmingsoverleg plaats binnen de RCG NWN tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgconsumenten. De gemeente neemt sinds medio 1999 deel aan de RCG NWN. Al met al worden gemeenten een steeds belangrijker partner in het beleid voor mensen die zijn aangewezen op zorg- en hulpverlening.



Tegelijkertijd zijn, door de vermaatschappelijking van de zorg, voorzieningen in de sfeer van wonen, werken, onderwijs, inkomen en sociale contacten van groter belang geworden voor het volksgezondheids- en welzijnsbeleid: zorg en deze andere voorzieningen kunnen als communicerende vaten worden beschouwd.

Het was de bedoeling dat de wetten duidelijkheid en uitsluitel zouden verschaffen over welke produkten een gemeente van haar GGD moet afnemen.

Er is echter een *groot aantal* wetten die ingaan op de verplichtingen van de gemeente. Bepaalde taken *moet* de gemeente uitvoeren, en die voert zij ook uit. Voor andere taken bieden de wetten mogelijkheden: op die terreinen *kan* de gemeente een verantwoordelijkheid op zich nemen. Voor veel wetten geldt dat de gemeente verantwoordelijk is voor de beleidsontwikkeling en planning, en voor de uitvoering. Vooral voor de WCPV geldt dat de verantwoordelijkheden niet eenduidig zijn. De discussie over wat wettelijk is en wat niet op basis van deze huidige *vage* WCPV is een vrijwel onmogelijke.

Landelijk vindt momenteel een debat plaats over de invulling van de WCPV: de zogenaamde discussie basistaken. Vandaar dat als de gemeente toch zou besluiten over te gaan tot een discussie over hoe de WCPV zich verhoudt tot de produkten van haar GGD, de gemeente toch op korte termijn zal worden ingehaald door de veranderingen in de wet als gevolg van de bevindingen van de commissie *Versterking Collectieve Preventie* (commissie Lemstra) (zie paragraaf 3). Voldoende reden om de discussie over welke taken van de GGD wettelijk zijn en welke niet, te laten rusten tot de landelijke overheid op naar te verwachten korte termijn meer duidelijkheid heeft gegeven.

Minister Borst stuurde in juni 1999 een brief met notitie waarin zij bevestigt met een aantal zaken bezig te zijn. De belangrijkste thema's uit haar notitie zijn:

- stimuleren van gemeenten om gezondheidsbeleid op de politieke agenda te plaatsen en een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid te ontwikkelen;
- de voorstellen van de stuurgroep basistaken collectieve preventie worden in grote lijnen overgenomen. De financiële consequenties worden onderzocht;
- instelling van het Platform Openbare Gezondheidszorg ter verdere visie-ontwikkeling;
- de Inspectie Gezondheidszorg zal gegevens over GGD' en gestandaardiseerd verzamelen;
- rijksverantwoordelijkheden worden geëxpliciteerd;
- de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zal ingaan op de relatie tussen openbare gezondheidszorg en curatieve zorg.

Van wachten en uitstellen van beleidskeuzen hoeft ondanks de landelijke onduidelijkheden geen sprake te zijn. De richting van het lokale beleid met betrekking tot de preventieve activiteiten zal vooraleerst worden bepaald door andere zaken dan de wet, namelijk de demografische en gezondheidssituatie, de problemen en verlangens zoals gesignaleerd door het veld.

### 3.1 WETTEN OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

In Maassluis zijn er geen wetten die direct betrekking hebben op de openbare gezondheidszorg die niet worden uitgevoerd. In bijlage 3.1 staan al deze wetten: van de wet ambulancevervoer tot de kwaliteitswet zorginstellingen. De wijze van uitvoering van de Wvg over de periode 1995-1998 is in 1999 uitgebreid geëvalueerd. De beleidswijzigingen die hieruit voortgekomen zijn, zijn met een enkele uitzondering daargelaten, in januari 2000 ingevoerd. Het takenpakket van het RIO NWN is in ontwikkeling in 2000/ 2001.

De Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) en de zorgvernieuwingsfondsen bieden de gemeente extra mogelijkheden om invloed uit te oefenen: delen van budgetten zijn afhankelijk gesteld van gemeentelijk advies. De rest van de wetten zijn betrekkelijk eenvoudige en eenduidige wetten die min of meer worden uitgevoerd.

### 3.2 WELZIJNSWET

In de Welzijnswet staat dat overheden gezamenlijke inspanning op maatschappelijk en sociaal-cultureel terrein moeten leveren, in samenwerking met het particulier initiatief.

De gemeente is vrij initiatieven op dit gebied te nemen dan wel te ondersteunen (IPSO 1996). Er zijn geen onderdelen van de welzijnswet die in Maassluis niet worden uitgevoerd. Beleidsterreinen van de welzijnswet die betrekking hebben op de volksgezondheid zijn:

- sociaal-cultureel werk<sup>24</sup>
- (preventief) jeugdbeleid
- ouderenbeleid<sup>25</sup>
- minderheden beleid
- sport en recreatie
- Algemeen Maatschappelijk Werk

Over het beleidsterrein binnen de welzijnswet dat betrekking heeft op het Algemeen Maatschappelijk Werk is momenteel veel discussie. Vooral de wachtlijstproblematiek staat centraal. Beleidsterreinen die onder deze wet vallen en die mogelijkheden bieden om het volksgezondheidsbeleid uit te breiden zijn flankerende voorzieningen voor chronisch zieken en de mantelzorg. Deze welzijnsactiviteiten kunnen gericht worden ingezet op bevordering van de volksgezondheid.

Onder de welzijnswet vallen sinds 1 januari 1998 drie specifieke uitkeringen, één voor:

- maatschappelijke opvang
- vrouwenopvang
- ambulante verslavingszorg<sup>26</sup>

Voor Maassluis vervult Rotterdam de rol van centrumgemeente, Vlaardingen is hieraan toegevoegd voor de maatschappelijke (nood) opvang en de vrouwenopvang. De wethouder van Rotterdam heeft in januari 1999 toegezegd structureel overleg met de regiogemeenten te willen houden over maatschappelijke opvang.

Over de ambulante verslavingszorg is sinds begin 1997 overleg gaande met Rotterdam<sup>27</sup>. De doeluitkeringen zullen na drie jaar worden geëvalueerd. In principe worden de drie doeluitkeringen uitgevoerd door de centrumgemeenten. In het kader van versterking van de maatschappelijke opvang is per 1 januari 2000 voor de regio NWN het sociaal pension "Het Klooster" in Maassluis geopend. Wat betreft de verslavingszorg kan worden opgemerkt dat de stadsregio niet in staat is het

---

<sup>24</sup> Welzijnswerk voor gehandicapten, kinderopvang en emancipatie

<sup>25</sup> flankerende voorzieningen

<sup>26</sup> zie ook bijlage 3.2 over de OGGZ

<sup>27</sup> sinds eind 1997 is er ook een regionaal wethoudersoverleg over dit beleidsterrein

Boumanhuis aan te sturen op produktie van het CAD NWN in de regio NWN, laat staan in Maassluis.

Dit is wel gewenst. Het recent opgestarte overleg in regioverband biedt nieuwe mogelijkheden om het beleid op het terrein van maatschappelijke opvang en verslavingszorg te beïnvloeden. Mogelijk zal in de toekomst ook een dergelijk overleg in regioverband voor de vrouwenopvang worden opgestart.

De ziekenfondsraad heeft gelden ter beschikking gesteld voor initiatieven op het gebied van de openbare geestelijk gezondheidszorg en voor begeleiding door en in instellingen voor maatschappelijke opvang; gemeenten moeten hierin worden gekend<sup>28</sup>.

### **3.3 DE WET COLLECTIEVE PREVENTIE VOLKSGEZONDHEID**

In bijlage 3.3 staan de doelstelling en het takenpakket van de gemeente volgens de WCPV weergegeven. Deze wet is zeer vaag en biedt gemeenten zeer weinig houvast welke taken wel en welke niet (door hun GGD' en) moeten worden uitgevoerd. De gemeente moet volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zorg dragen voor de volgende taken:

1. het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking (op basis van epidemiologische analyses);
2. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu;
3. het bevorderen van de (psycho)hygiëne;
4. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventie programma's met in begrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding, o.a. door het zorgdragen voor de totstandkoming van een structuur waarbinnen de samenwerking vorm krijgt tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
5. het zorgdragen voor de totstandkoming van een oproepsysteem van door de minister aangewezen bevolkingsonderzoeken;
6. collectieve preventie betreffende infectieziekten, w.o. TBC, SOA, Aids; collectieve preventie betreffende gezondheidsrisico's voor jeugdigen (vanaf 4 jaar).

De minister van Volksgezondheid heeft vanwege de vele vragen die de wet oproept, en naar aanleiding van de adviezen van de commissie Lemstra, besloten om de taken die in de WCPV zijn genoemd op een aantal punten te specificeren. Zij wil daarmee meer helderheid verschaffen in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen het rijk en de gemeente.

Naar aanleiding van de commissie Lemstra zijn vier werkgroepen en twee workshops gestart namelijk over:

1. Bevorderingstaken
2. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
3. Infectieziektenbestrijding
4. Technische Hygiëne Zorg
5. Jeugdgezondheidszorg
6. Medische Milieukunde

De werkgroepen en workshops hebben gerapporteerd over de inhoud en de kwaliteitsnormen van de basistaken collectieve preventie.

---

<sup>28</sup> zie brief ZiekenfondsRaad, d.d. 16 juni 1998

Het uitgangspunt van de minister is dat bestuurlijke verhoudingen in de openbare gezondheidszorg niet fundamenteel gewijzigd dienen te worden. Wel worden meer verplichtende elementen opgenomen in de WCPV, zowel voor het rijk als voor gemeenten. Vandaar dat zij er niet van uitgaat dat voor *deze* zaken additionele financiering nodig is. De taken zoals door de werkgroepen zijn geformuleerd, zijn echter nog niet vastgesteld of goedgekeurd; de discussie over de invulling van het takenpakket is nu nog volop in gang zoals ook blijkt uit de brief die wij in juni 1999 van de minister hebben ontvangen. Wij kunnen weliswaar meedoen aan deze discussie en een eigen invulling geven aan het takenpakket zoals voorgesteld door de werkgroepen, maar eind 2000 zullen de taken die de gemeente voor de collectieve preventie moet verrichten in een Algemene maatregel van Bestuur (AmvB) worden vastgelegd. Fundamentele richtingveranderingen zijn daarom nu niet op zijn plaats.

In bijlage 3.3.1 tot 3.3.4 staan de taken weergegeven, zoals de verschillende werkgroepen die hebben geformuleerd.

### **De werkgroepen**

1. De nadere invulling door de werkgroep *bevorderingstaken* van de taken en verantwoordelijkheden op dit terrein zal leiden tot intensivering van de inspanningen van de gemeente en haar GGD; de voorstellen passen daarmee niet binnen het beschikbare financiële kader;
2. De werkgroep OGGZ stelt dat de gemeente als regisseur vooral een netwerk manager zou moeten zijn die poogt complexe processen tussen organisaties op het gebied van de OGGZ te stimuleren, organiseren en begeleiden;
3. De voorstellen van de werkgroep *Infectieziektenbestrijding*, zoals weergegeven in de bijlage, zijn zeer concreet;
4. Onder *technische hygiëne* verstaat men dat deel van de preventieve gezondheidszorg dat met gebruikmaking van technische hulpmiddelen de gezondheid tracht te bevorderen en in stand te houden. Preventieve maatregelen voor technische hygiëne zorg vinden plaats in het kader van het kwaliteitsbeleid van instellingen. Controle op gezondheid, veiligheid en hygiëne van instellingen zijn instanties bij wet door de rijksoverheid verantwoordelijkheid gesteld. Deze instanties hebben een controlerende rol: de provincie controleert de zwembaden, de gemeente kindercentra en kampeerterrinen, de Inspectie GezondheidsBescherming (IGB<sup>29</sup>) hotels en de Inspectie Volksgezondheid instellingen voor gezondheidszorg. De inspectie treedt ook op als er zich een hygiënisch ongeval heeft voorgedaan. De adviesfunctie van de GGD voor de gemeente vindt momenteel in het kader van de te nemen maatregelen tegen legionella op uitstekende wijze plaats;
5. Wat betreft de *jeugdgezondheidszorg* merkt de werkgroep op dat de gemeente verantwoordelijk is voor de preventie- het preventief jeugdbeleid, de stadsregio voor de curatie- de jeugdhulpverlening. Waar preventie ophoudt begint zorg: vroegsignalering vindt plaats in het overgangsgebied. Er is een aantal velden die zich op het grensvlak bevinden van curatie en preventie, zie daarvoor de bijlage. Het is zaak dat de gemeente bepaalt of zij hierin mede wil investeren;
6. *Medische milieukunde* houdt zich bezig met de invloed van milieuverontreiniging op de gezondheid. Binnen de gemeente is veel discussie op het moment over de gezondheidsgevolgen van milieuverontreiniging. Van veel verontreiniging, zoals bodemverontreiniging en stedelijk-industriële verontreiniging waaronder verkeersuitstoot en geluid, is het niet aantoonbaar dat het feitelijk effecten heeft op de (volks)gezondheid. Wel is duidelijk dat asbest effect heeft op gezondheid. Wij hebben opdracht gegeven een startnotitie te schrijven over asbest. Vooral de acties die ondernomen moeten worden bij brand moeten daarbij aan de orde komen. De GGD NWN zal in dit traject worden betrokken. Bij de sloop van de Elementumflats (en de Caland-LTS) bleek daar asbest te zijn; de GGD NWN heeft de voorlichting aan de bewoners

---

<sup>29</sup> voorheen de Keuringsdienst van Waren

verzorgd in opdracht van de WSM. Het is de bedoeling dat voor vraagstukken over asbest er directe contacten zullen zijn tussen de gemeente en de GGD NWN.

### **3.4 OVERIGE WETTEN**

In bijlage 3.4 staan alle wetten die indirect betrekking hebben op de volksgezondheid: van de algemene bijstandswet tot de Wegenverkeerswet.  
Het zijn helder geformuleerde wetten die de gemeente uitvoert.

### **3.5 TAAK RIJKSOVERHEID**

Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het algemene preventiebeleid en stelt de landelijke prioriteiten vast. Het is van belang dat de rijksoverheid de totstandkoming en uitvoering van een aantal flankerende maatregelen bevordert, zoals:

- landelijke campagnes
- landelijke gegevensbronnen
- protocollen
- implementatie van het programma “versterking collectieve preventie”.

Voor veel landelijke campagnes vormt de gemeente en daarmee de GGD de poortwachter naar de regio. De afstemming tussen landelijke en lokale preventieprogramma's dient te worden verbeterd.

## 4 De uitvoering

In dit hoofdstuk komen kort de activiteiten op het terrein van het volks- gezondheidsbeleid en het welzijnsbeleid aan de orde, en de relatie met de overige zorgaanbieders in het veld. Eerst zal in paragraaf 4.1 de volksgezondheidsactiviteiten die wij in eigen huis en beheer uitvoeren en daarmee ook de financiering worden geschetst. Daarna komen in paragraaf 4.2 de activiteiten die uitgevoerd worden in het kader van het volksgezondheids- en het welzijns- beleid aan bod: deze activiteiten hebben wij uitbesteed aan andere organisaties. Tot slot wordt in paragraaf 4.3 de GGD NWN, als belangrijk uitvoeringsorgaan van de preventieve volksgezondheidszorg, en haar activiteiten behandeld. Alleen al uit de omvang van de paragrafen, maar al helemaal uit de omvang van de budgetten blijkt dat de activiteiten die direct betrekking hebben op volks- gezondheid en welzijn voornamelijk door andere dan gemeentelijke organisaties worden uitgevoerd.

### 4.1 GEMEENTELIJKE ACTIVITEITEN

Gemeentelijke activiteiten voor het lokaal gezondheidsbeleid zijn voor een groot deel basisvoorzieningen die bestrijding beogen van infectieziekten die via het water en voeding worden verspreid. Beleidsmaatregelen die daarvoor worden genomen zijn de instandhouding van begraafplaatsen, rioolgemalen, riolering, vuilnisophaal, ongediertebestrijding, bestrating, watervoorziening en de opvang van zwerfdieren. Rampenbestrijding, bodemsanering, verkeersvoorzieningen, openbare verlichting en sport kunnen ook als basisvoorziening ter bevordering van de volksgezondheid worden gezien. Wij voeren daarnaast een aantal activiteiten uit die directer betrekking hebben op volksgezondheid: verslavingspreventie, slachtofferhulp en geneeskundige kosten (i.c. parkeer- kaarten). In het verleden is uit de Sociale Vernieuwing een bedrag beschikbaar gesteld voor verslavingspreventie. Hiervan is nog een restant aanwezig. De werkgroep en het platform verslavingspreventie bereiden in gezamenlijkheid projecten voor; de werkgroep voert die gedeeltelijk ook uit. De gemeente Maassluis participeert in beide groepen, ondanks het feit dat de verslavings- preventie zich in de marge van ons takenpakket bevindt. De projecten die worden uitgevoerd zijn voornamelijk gebaseerd op ideeën en suggesties geopperd vanuit het platform. Om vast te stellen of een aanvrager voor een parkeerkaart ook in aanmerking komt voor een dergelijke kaart verricht de GGD NWN een medische keuring. Deze vallen onder de geneeskundige kosten.

Uitgaven aan volksgezondheid door de gemeentelijke organisatie<sup>30</sup>

	1998	1999
Verslavingspreventie	p.m.	15.603
slachtofferhulp	75.460	10.000
geneeskundige kosten (parkeerkaarten)	8.500	8.691

### 4.2 ACTIVITEITEN GEFINANCIERD DOOR DE GEMEENTE

Hierna volgen kort de activiteiten die wij uitbesteed hebben aan organisaties in het kader van het lokaal gezondheidsbeleid en het welzijnsbeleid.

Met twee organisaties, te weten de stichting Maatschappelijke Dienstverlening Vlaardingen/

<sup>30</sup> op basis van de productenbegroting 1999, en het subsidieverdeelplan; exclusief uitgaven aan: ambtelijke inzet, rente, afschrijvingen

Maassluis (MDNW) en de Stichting Ouderenwerk Maassluis (SOM) zijn uitvoeringsovereenkomsten gesloten waarin de producten omschreven staan die de gemeente van deze instellingen verlangt. Met het Regionaal Indicatie Orgaan NWN (RIO NWN) en de Regionale Organisatie Gehandicaptenvoorzieningen NWN (ROG NWN) en de Geneeskundige en GezondheidsDienst NWN (GGD NWN) zijn aparte overeenkomsten gesloten. Daarnaast wordt aan een aantal (belangen)organisaties een waarderingssubsidie verleend.

Naast de activiteiten die door de gemeente worden gesubsidieerd zijn er vele organisaties actief die tot doel hebben de bevordering en bescherming van de gezondheids- en leefsituatie van onze inwoners, zoals de Thuiszorg en de Holypoly.

De subsidies die wij besteden aan activiteiten in het kader van het lokaal gezondheidsbeleid en welzijnsbeleid, staan weergegeven in de volgende tabel.

Uitgaven (in gulden) aan volksgezondheids(gerelateerde) activiteiten via externe organisaties<sup>31</sup>

	1998	1999
aparte overeenkomst		
RIO NWN	---	230.226
ROG NWN <sup>32</sup>	2.683.090	2.944.361
GGD NWN	680.006	702.499
GGD NWN/ preventieve logopedie <sup>33</sup>		13.000
uitvoeringsovereenkomst		
SOM (flankerend ouderenwerk)	112.740	113.115
SOM (gecoördineerd ouderenwerk)	757.172	773.775
MDNW	519.441	518.160
waarderingssubsidie		
MOG	1.530	1.567
PBVM	1.529	1.567
Stichting Vrije Tijd en Vorming Zuid- Holland Noord (v.h. SPD)	419	429
ANBO	1.000	1.025
PCOB	1.000	1.025
KBO	1.000	1.025
ONM (v.h.MADIDO)	303	311
NVBS	506	519

<sup>31</sup> op basis van de productenbegroting 1999, en het subsidieverdeelplan

<sup>32</sup> op basis van begroting en rekening

<sup>33</sup> vanaf 2000 f30.000,- jaarlijks



Daarnaast is er nog een organisatie waar wij subsidie aan verstrekken, namelijk De Regenboog. De Regenboog is niet werkzaam op het terrein van de volksgezondheid maar is een belangenvereniging van allochtone vrouwen.

De contacten tussen gemeente en de allochtone doelgroep verlopen momenteel via de Stichting Samenlevingsopbouw Maassluis (SSM) -die een aantal zelforganisaties ondersteunt- en via het Project Interculturele Ontmoetingen (PICO). Daarnaast is er frequent overleg tussen gemeente en de stichting VluchtelingenWerk Maassluis (VWM). Ons beleidsvoornemen is om het volksgezondheidsaspect in te brengen bij zelforganisaties van allochtonen, rechtstreeks of via een ander overleg, zodat meer kennis van de gezondheidssituatie van allochtonen wordt verkregen en hierdoor beleid effectiever kan zijn. Ook de Stichting Stedelijk Jongerenwerk Maassluis (SSJM) kan een rol spelen bij de uitvoering van het volksgezondheidsbeleid, bijvoorbeeld via het jeugdbeleid.

De middelen kunnen niet vrijelijk herschikt worden. Wel kunnen wij accenten leggen door delen van budgetten anders te besteden; dit is vooral van toepassing voor organisaties waarmee wij een uitvoeringsovereenkomst hebben afgesloten. De omvang van de subsidies aan deze organisaties kan niet van het ene op het andere jaar drastisch worden gereduceerd. Wel kunnen wij van de instellingen vragen andere producten te leveren. De subsidies die in de vorm van waarderingssubsidies worden verleend kunnen niet worden gewijzigd. Een aanzienlijke bijdrage wordt besteed aan de ROG NWN voor de uitvoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). In deze bijdrage kan op vrijwel geen enkele wijze accenten worden gelegd wat betreft omvang of aard van de besteding, aangezien het een wettelijke gemeentelijke zorgplicht betreft.

De accenten voor de uitgaven in het kader van de Wvg worden gevormd door de hoogte van het voorzieningenniveau. Dit niveau wordt vastgesteld door de gemeenteraden van de afzonderlijke gemeenten.

### **RIO NWN/ ROG NWN/ GGD NWN**

In de regio Nieuwe Waterweg Noord indiceert sinds 1 juni 1998 het RIO NWN voor onder andere de wettelijke AWBZ- voorzieningen:

- verzorging
  - verpleging
  - thuiszorg en
  - flankerende voorzieningen
  - ouderenhuisvesting
- en op termijn
- Wvg voorziening<sup>34</sup>

Uitgangspunten zijn een integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling.

In beleidsdoelstellingen in hoofdstuk 1 is verwoord dat de gemeente uitgaat van het principe van integrale zorg en dienstverlening. Hierbij is de gemeente verantwoordelijk voor de instandhouding van de geïntegreerde indicatiestelling voor wonen, zorg en welzijn via een indicatieorgaan.

---

<sup>34</sup> Sinds de start van de stichting RIO NWN worden Wvg- aanvragen, via de stichting RIO NWN, doorgesluisd naar de ROG NWN, waar de afhandeling plaatsvindt. Voor verbreding van het RIO NWN in de toekomst met de indicatiestelling Wvg en de gehandicaptenzorg worden nadere afspraken gemaakt met de verschillende betrokken partijen.

Het doel van de geïntegreerde indicatiestelling is om de burger zorg op maat te leveren om de schaarste in de zorg zo adequaat mogelijk te verdelen.

De staatssecretaris geeft - in de zomer van 1999 - aan dat de indicatiestelling “nieuwe stijl” een belangrijk moment is voor de cliënt binnen de zorgketen. Voor de genoemde onafhankelijk, objectieve en integrale indicatiestelling is de hulpvraag van de cliënt het vertrekpunt in de zorgketen. Daartoe moet de zorgbehoefte onafhankelijk van het zorgaanbod in beeld komen. Alleen dan kan het aanbod daarop worden afgestemd.

Ook de Tweede Kamer signaleerde dat de RIO's essentieel zijn bij het in kaart brengen van de daadwerkelijke zorgvraag van de cliënten, omdat alleen op die manier de discrepantie tussen vraag en aanbod in beeld kan komen. In 2000 zal de stichting RIO NWN een evaluatie houden, waarbij tevens een inschatting zal worden gemaakt van de efficiency winst die de geïntegreerde indicatiestelling met zich meebrengt. Momenteel is er een multi-disciplinair team, waarin tevens een arts van de GGD NWN zitting heeft, die de meervoudige complexe aanvragen behandelt. Indien er sprake is van een (enkelvoudige) Wvg-aanvraag wordt deze doorgesluist naar de ROG NWN waar de primaire afhandeling plaatsvindt.

Per 1 april 2000 is in de Wvg een zogenaamd kapstokartikel opgenomen, dat het mogelijk maakt om op termijn (streefdatum 2001) de indicatiestelling voor de Wvg- voorzieningen onder te brengen bij het indicatieorgaan. Het is de bedoeling dat ook de indicatiestellingen van de gehandicaptensector<sup>35</sup> op termijn worden ondergebracht bij het indicatieorgaan. Dit geldt ook voor de indicatiestellingen GGZ; hierover bestaat echter nog geen duidelijkheid.

Het RIO NWN speelt een belangrijke rol in de zorgketen. In paragraaf 3.1 is ingegaan op de zorgketen. De zorgketen is daar omschreven als het geheel aan activiteiten dat ondernomen wordt door de verschillende partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraar, overheid) om een cliënt de juiste zorg te leveren. Hierbij is van belang te voorkomen dat er lacunes optreden in de ketenzorg. Door middel van het zorgindicatiebesluit, dat afgegeven wordt door het RIO NWN, krijgen cliënten toegang tot de hierboven vormen van zorg zoals aangegeven aan het begin van de paragraaf. Deze zorg wordt aangeboden door de diverse zorgaanbieders in de regio NWN.

Door de vermaatschappelijking van de zorg (zorg minder vanuit de instellingen en meer aan huis) en de vergrijzing zullen meer burgers gebruik gaan maken van het RIO NWN, om de benodigde zorg te kunnen verkrijgen.

Ook zal om die reden meer gebruik worden gemaakt van eerstelijnsvoorzieningen (zoals huisartsen), de curatieve zorg en (welzijns)voorzieningen van de gemeente. Teneinde de zorg waarvoor een indicatie via het RIO NWN is vereist zo goed mogelijk in de regio NWN aan te kunnen bieden is de Regionale Commissie Gezondheidszorg NWN (RCG NWN) gestart met het project “Centrale Zorgtoewijzing Regio Nieuwe Waterweg Noord”. Hierin staat de uitvoering van de nieuwe uitgangspunten wachtlijstbeheer en zorgtoewijzing voor de regio Nieuwe Waterweg Noord centraal, waarin ook aandacht wordt besteed aan “second- best oplossingen” van urgenten op de wachtlijsten.

---

<sup>35</sup> Onder de gehandicaptensector valt de zorg- en hulpverlening aan verstandelijk, lichamenlijk en zintuiglijk gehandicapten

De uitvoering zal mogelijk plaatsvinden door een stuurgroep waarin wij namens het RIO NWN samen met diverse partijen zitting hebben.

Uitvoering van de *Wet voorzieningen gehandicapten* gebeurt door de ROG NWN, waarin Maassluis, Vlaardingen en Schiedam samenwerken via een gemeenschappelijke regeling. Vanaf 1 april 1994 heeft de gemeente de wettelijke plicht te zorgen voor verstrekkingen voor wonen, vervoer en rol-hulpmiddelen aan gehandicapten die in de gemeente wonen, ter verbetering van de leefsituatie en opdat zij aan het maatschappelijk verkeer kunnen deelnemen. Met de invoering van de Wvg is de doelgroep uitgebreid met inwoners ouder dan 65 jaar. De gemeente kan, binnen de wettelijke kaders, het voorzieningenpakket afstemmen op de lokale omstandigheden. De voorzieningen die worden verstrekt dienen doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te zijn. Begin 1999 is het Wvg- beleid geëvalueerd. De verschillende aanbevelingen uit het evaluatie rapport 1995-1998 zijn uitgewerkt in financiële en verstrekkingen besluiten. De beleidswijzigingen zijn, met een enkele uitzondering daargelaten, per 1 januari 2000 ingevoerd.

Uitgaven aan de *GGD NWN*: De gemeente heeft volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) de plicht een GGD in stand te houden die uitvoering kan geven aan die WCPV. Taken, uitvoering en ontwikkelingen van de GGD NWN staan beschreven in paragraaf 4.4. Additioneel voert de GGD NWN een activiteit in het kader van het Gemeentelijk Onderwijs- achterstanden beleid uit: ontwikkeling preventieve logopedie. Hiervoor betalen wij aan de GGD NWN in het aanloopjaar 1999 apart f 13.000,- en voor 2000 f 30.000,-.

### **SOM/ MDNW**

Het *flankerend ouderenwerk* wordt uitgevoerd door de SOM. Volgens de uitvoeringsovereenkomst die wij met de SOM hebben afgesloten hebben de producten die de SOM aan de gemeente levert als doel het verrichten van werkzaamheden ter bevordering van het welzijn van ouderen binnen de gemeente Maassluis om hen mede hierdoor in staat te stellen een zelfstandige leefwijze te voeren. Doel van de uit te voeren activiteiten is ouderen door praktische ondersteuning mogelijk te maken lang(er) zelfstandig te kunnen blijven wonen. Daarvoor worden de volgende activiteiten ingezet: alarmering, dagverzorging, nachtverzorging, kortdurende opname, inclusief het voor deze verzorging en noodzakelijke vervoer, warme maaltijden en centraal meldpunt. Dit flankerend ouderenwerk kan als aanvullende zorg worden gezien om zorg - op - maat mogelijk te maken en betreft daarmee zeer direct de volksgezondheid.

Ook het *gecoördineerd ouderenwerk* voert de SOM uit. Onder het gecoördineerd ouderenwerk vallen ontmoetingsactiviteiten, activiteiten op het gebied van sport en recreatie, en op het gebied van vorming en educatie. Deze activiteiten hebben tot doel dat ouderen worden geactiveerd op sociaal, lichamelijk, creatief en intellectueel gebied waardoor hun situatie gunstig wordt beïnvloed en zij langer zelfstandig kunnen blijven wonen, sociaal isolement wordt voorkomen en hun leven aan kwaliteit wint.

De activiteiten die vallen onder het gecoördineerd ouderenwerk hebben voor de volksgezondheid een tweeledige functie. Ze fungeren zowel als sluitstuk van het substitutiebeleid als voor preventie. Het substitutiebeleid houdt in dat goedkope(re) zorg dure zorg vervangt wat onder andere resulteert in zorg aan huis, door Thuiszorg, in plaats van zorg in een verzorgingshuis. Ouderen die nu thuis worden verzorgd, kunnen behoefte hebben aan ontmoetings-, ontspannings- of ontplooiingsactiviteiten: het gecoördineerd ouderenwerk kan aan die behoefte tegemoet komen. De activiteiten van het gecoördineerd ouderenwerk hebben daarnaast, voor die ouderen die (nog lang) geen professionele zorg nodig hebben, een preventieve functie. Het project Meer Bewegen voor Ouderen (MbvO) is daarvan een goed voorbeeld, maar ook het project Ouderen en Veiligheid is als zodanig te betitelen.

*MDNW* verricht activiteiten die gericht zijn op het verbeteren van het persoonlijk en sociaal functioneren van het individu. Hiertoe worden diensten aangeboden aan mensen die in een situatie verkeren die hun draagkracht te boven gaat en waarbij onvoldoende steun in hun omgeving voorhanden is. Dit kan enerzijds door het bieden van oplossingsgerichte activiteiten, of anderzijds door het toeleiden naar of het realiseren van voorzieningen. *MDNW* is een van de organisaties in de geestelijke gezondheidszorg.

### **Overige instellingen**

Wij verlenen een waarderingssubsidie aan het Maassluis Overleg Gehandicapten (MOG), de Patiënten Belangen Vereniging Maassluis (PBVM), de Stichting Vrije Tijd en Vorming Zuid- Holland Noord (voorheen SPD), de Algemene Nederlandse Bond van Ouderen (ANBO), de Protestants Christelijke Ouderen Bond (PCOB), de Katholieke Ouderen Bond (KBO), Bureau Opleiding en Maatschappelijk Werk voor Doven (voorheen MADIDO), de Nederlandse Vereniging voor Blinden en Slechtzienenden (NVBS).

Een waarderingssubsidie is een geldelijke bijdrage voor de activiteiten van een organisatie waarbij in beginsel geen verband bestaat tussen de kosten die de organisatie maakt en de subsidie die zij ontvangt.

De PBVM en het MOG (platform) behartigen de belangen van zorgconsumenten: de eerste van zorgconsumenten in het algemeen, de tweede specifiek van gehandicapten.

De PBVM ontvangt sinds 1987 subsidie, de MOG sinds 1991. Bij de doelstellingen van het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid zoals geformuleerd in hoofdstuk 1.4 van deze nota staat onder andere dat de vraag naar zorg mede richtinggevend moet zijn voor het beleid. Om op de hoogte te zijn van die vraag is contact met belangenverenigingen en lokale platformen van cruciaal belang.

De Stichting Vrije Tijd en Vorming Zuid- Holland Noord (v.h.SPD) ontplooit activiteiten voor het jeugdwerk voor verstandelijk gehandicapten. De ANBO behartigt de belangen en rechten van ouderen. De PCOB richt haar activiteiten op het voorkomen van eenzaamheid onder ouderen.

De KBO heeft als centrale thema het behoud van zelfstandigheid van ouderen. Het Bureau ONM (voorheen MADIDO) biedt algemeen maatschappelijk werk voor auditief gehandicapten. De NVBS ontvangt een subsidie voor de blindenbibliotheek.

#### 4.3 DE GGD NWN

Op het terrein van de openbare gezondheidszorg, en met name op het gebied van de preventie spelen wij een cruciale rol. De GGD NWN is een zeer belangrijke uitvoerder op dit gebied, en aan de GGD NWN wordt dan ook jaarlijks veel geld besteed.

Voor de raad is, zoals ook in het kader is aangegeven, één van de overwegingen om te komen tot een nota volksgezondheid *dat bij de toekomstige bestuurlijke ontwikkelingen van de Geneeskundige en Gezondheidsdienst Nieuwe Waterweg Noord (GGD NWN) het afnemen van vooraf overeengekomen producten centraal staat*. De raad wil duidelijkheid welke producten wij wel en welke niet *moeten* aanschaffen bij de GGD NWN. Om inzicht te krijgen in de verplichtingen wordt in deze paragraaf vooral ingegaan op de (veranderingen in de) taak van de GGD NWN. Hoe de producten zich verhouden tot de wet is samengevat in de tabel aan het einde van dit hoofdstuk.

Wij zijn vanwege de decentralisatie van de financiering in een bijzondere positie komen te verkeren: het geeft ons de dubbelrol van financier en uitvoerder. Wij zijn zowel verantwoordelijk voor de financiering als voor de kwaliteit van de geleverde voorzieningen. De beleidsmatige sturing vindt plaats door het bestuur van de Gemeenschappelijke Regeling, waarin de gemeentebesturen van Maassluis, Schiedam en Vlaardingen deelnemen. Ons eigen gemeentebestuur heeft invloed op de beleidsvorming van het bestuur van de Gemeenschappelijke Regeling door middel van vertegenwoordiging in het Algemeen Bestuur en het Dagelijks Bestuur. Van de Maassluisse gemeenteraad maken vier leden deel uit van het Algemeen Bestuur van de GGD NWN (totaal 14 leden); de wethouder volksgezondheid is lid van het Dagelijks Bestuur van de GGD NWN. Daarnaast heeft de gemeenteraad budgetrecht.

Het management van de GGD NWN is verantwoordelijk voor de feitelijke bedrijfsuitvoering en voor het leveren van producten. Ook wordt het takenpakket van de GGD NWN beïnvloed door de zogenaamde *workload*, die wordt bepaald door factoren zoals de demografie van het gebied, de verstedelijking, de sociaal economische situatie van de bevolking andere epidemiologische grootheden en de plaats in en relatie met andere zorgpartijen.

Tussen gemeente en GGD NWN zijn er vele verbanden: overlegstructuren en bestuursverbanden<sup>36</sup>. Voor de aanpassingen die in de beleidsontwikkeling gewenst zijn, wordt verwezen naar het hoofdstuk 1 *Het kader*.

---

<sup>36</sup> zie bijlage 1.1 met alle netwerken

## Omvang

Als gevolg van de decentralisatie van de financiering richting gemeenten worden bij de uitvoering van de taken knelpunten<sup>37</sup> ervaren. Gezien een spanningsveld tussen bestuurlijke context enerzijds en uitvoering van taken anderzijds heeft de werkgroep infectieziekten een discussie gevoerd over de schaalgrootte van GGD's. Om de ervaren knelpunten bij de uitvoering te kunnen oplossen c.q. te verminderen is volgens deze werkgroep een bepaalde schaalgrootte van GGD's gewenst.

Ook is volgens de richtlijnen van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten/Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten (VNG/VDB) de gemiddelde omvang per GGD van 0,3 formatieplaats voor de eerstelijns functie medische milieukunde, ontoereikend voor een adequate taakuitoefening.

De deelnemers aan de workshop medische milieukunde geven aan dat het, met name ook vanwege het in hoofdzaak proactieve karakter van de medische milieukunde, noodzakelijk is een minimum norm vast te stellen voor de formatie. De GGD NWN maakt voor de uitvoering van de medische milieukunde gebruik van de medische milieukundige van de GGD Rotterdam.

### 4.3.1. DE TAAK VAN DE GGD NWN

De taak van het lichaam zoals geformuleerd in artikel 4 van *Gemeenschappelijke regeling geneeskundige- en gezondheidsdienst nieuwe waterweg noord* (aangepast in 1989) is:

I. Het lichaam heeft tot taak zorg te dragen voor de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de collectieve preventie, de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg, en voorts alle werkzaamheden te verrichten op het gebied van de gezondheidszorg die naar aard of gewoonte tot de taak van een geneeskundige- en gezondheidsdienst behoren, zulks ten behoeve van de gemeenten. Deze taak omvat onder meer:

A. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;

B. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu;

C. het bevorderen van de hygiëne en de psycho-hygiëne;

D. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventie programma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;

E. zorgdragen voor de totstandkoming van samenwerking tussen

instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;

F. bijdragen aan de opzet en uitvoering van bevolkingsonderzoeken;

G. de uitvoering van collectieve preventie betreffende infectieziekten, waaronder seksueel overdraagbare aandoeningen, AIDS en tuberculose;

H. de uitvoering van collectieve preventie betreffende jeugdigen;

I. het verstrekken van medische adviezen, hetzij op verzoek hetzij uit eigen beweging;

J. het uitbrengen van adviezen, hetzij op verzoek hetzij uit eigen beweging aan de gemeenten, terzake van voorbereiding en uitvoering van gemeentelijke taken, voor zover zich daarbij vraagstukken van gezondheid respectievelijk gezondheidszorg voordoen;

K. het verlenen van medewerking en ondersteuning bij de uitvoering en handhaving van wetten, regelingen en voorschriften op het gebied van de gezondheidszorg ten behoeven van de gemeenten;

---

<sup>37</sup> De werkgroep infectieziekten geeft aan dat door verduidelijking van de WCPV verschillen tussen gemeenten kunnen verminderen en daarmee sommige knelpunten opgelost worden. Andere knelpunten vereisen aparte oplossingen. De werkgroep infectieziekten noemt daarbij bijvoorbeeld de soms onduidelijke landelijke regievoering, het ontbreken van een formele relatie tussen laboratorium en GGD en de beperking van het aantal infectieziekten in de WCPV.

L.het uitoefenen van bedrijfsgezondheidszorg ten behoeve van het gemeentepersoneel;  
M.het adviseren en verlenen van geneeskundige hulp en bijstand ten behoeve van politie en justitie;  
N.het verlenen van medewerking en ondersteuning bij de voorbereiding en uitvoering van rampenplannen en rampenbestrijding;  
O.het verrichten van ambulancevervoer, c.q. het continu paraat hebben van een apparaat daartoe;  
P.het opsporen en bestrijden van infectieziekten.

II.Het algemeen bestuur is bevoegd te bepalen dat het lichaam één of meer van de aan hem toevertrouwde taken behartigt ten behoeve van derden, mits daardoor de dienstverlening aan de gemeenten niet wordt geschaad;

III.Het algemeen bestuur is bevoegd te besluiten dat het lichaam taken van gezondheidszorg, welke niet zijn genoemd in het eerste lid, ter hand zal nemen ten behoeve van en voor rekening van één of meer gemeenten. Het algemeen bestuur kan slechts daartoe een definitief besluit nemen indien de raden der gemeenten daartegen geen bezwaren hebben.  
Voorbeelden hiervan zijn de peergroepprojecten die wel in Maassluis en in eerste instantie niet in de andere gemeenten werden uitgevoerd, en het vangnet dat juist niet in Maassluis en wel in de andere gemeenten wordt uitgevoerd.

#### **4.3.2 RECENTE ONTWIKKELINGEN TAKEN GGD NWN**

##### **Arbo**

Het uitoefenen van bedrijfsgezondheidszorg ten behoeve van het gemeente- personeel, punt 1 l van de taakstellingen, is recentelijk veranderd: op 17 februari 1998 is namelijk de Stichting GGD ArboZorg opgericht en met terugwerkende kracht per 1 januari 1998 in werking getreden. Doel van GGD ArboZorg is de uitoefening van arbozorg in de meest ruime zin.

De stichting is een B-3 stichting, die is aangehaakt bij de Gemeenschappelijke Regeling met een samenwerkingsovereenkomst met de Gemeenschappelijke Regeling. Het dagelijks bestuur van de gemeenschappelijk regeling is de Raad van Toezicht van ArboZorg.

## **Ambulance**

Voor de ambulancedienst is er wetgeving in de maak waarin wordt voorgesteld om te voorzien in een regionale ambulancedienst. Reden daarvoor is dat de ambulancediensten van de GGD's en de commerciële ambulancediensten meer samen moeten werken. De rijksoverheid gaat er vanuit dat de nieuw te vormen Regionale Ambulance Voorziening (RAV) een regio beslaat waarin meer dan 400.000 mensen wonen; Rotterdam- Rijnmond omvat een inwonertal van 1,2 miljoen inwoners.

De ministeries van VWS en Binnenlandse Zaken willen bovendien dat de RAV's samensmelten met de Geneeskundige Hulpverlening bij grootschalige Ongevallen en Rampen. De ambulances zullen niet meer door de GGD worden aangestuurd, hoewel ze eventueel wel bij de GGD zullen worden gelocaliseerd. De uitrukpunten worden betaald door de provincie. Naar verwachting zal in 2000 de RAV Rijnmond officieel vorm krijgen en zal vanuit de NWN- regio de Afdeling Ambulancehulpverlening in deze nieuwe organisatie worden ingebracht.

### **4.3.3. UITVOERING**

#### **Producten en productbegroting GGD NWN**

De Wet collectieve preventie volksgezondheid legt de verantwoordelijkheid voor beleid en uitvoering op het terrein van de collectieve preventie bij de gemeenteraad. Beleid en uitvoering worden in Maassluis op een grotere schaal ontwikkeld en uitgevoerd in een gemeenschappelijke regeling. Dit betekent dat de GGD NWN te maken heeft met een beleidsbepalend en beherend orgaan (de gemeenschappelijke regeling) en met individuele gemeenteraden die binnen de kaders van de gemeenschappelijke regeling accenten aanbrengen voor de uitvoering van het lokale beleid.

De GGD NWN maakt sinds 1992 jaarlijks een productenboek. Het doel van het productenboek is om goed tot inhoudelijke afspraken te kunnen komen tussen gemeente en GGD NWN over respectievelijk af te nemen en te leveren producten.

De preventieve gezondheidszorg omvat:

- algemene producten;
- producten voor jeugd tot 12 jaar;
- adolescenten;
- ouderen;
- bevolkingsonderzoek-vangnet-allochtonen (BVA);
- Infectieziekten-hygiëne-milieu;
- Sociaal Medische Zorg (SMZ).

Hulpverlening omvat:

- ambulancezorg;
- Forensisch geneeskundige taken;
- geneeskundige hulpverlening bij rampen.

Voor 1999 heeft de GGD NWN ook een *productbegroting* gemaakt. De bedoeling daarvan is om de gemeenteraad gelegenheid te geven zowel inhoudelijk als financieel te sturen.

Niet alleen in Maassluis is er onzekerheid over de producten die van de GGD NWN moeten worden afgenomen. Zo wil het ministerie van VWS de taken van de openbare gezondheidszorg gaan monitoren om meer inzicht te krijgen in de middelenverdeling binnen de



collectieve preventie uitgevoerd door GGD's. Daarmee kunnen individuele gemeenten en individuele GGD's meer inzicht krijgen in hun producten, en hun eigen producten vergelijken met die van anderen.

### **De wet en de producten**

De meeste producten die de GGD NWN aan de inwoners van Maassluis levert vloeien voort uit de WCPV (zie tabel hierna). Deze wet is echter zeer algemeen geformuleerd. Vrijwel geen enkel product van de GGD NWN is *daarom* expliciet en als zodanig omschreven en vastgelegd in de wet. Wij moeten het nu met deze zeer vage wet doen. In paragraaf 3.3 staan de wettelijke taken zoals geformuleerd in de WCPV weergegeven.

Op elk van de terreinen zoals genoemd in de wet moet de gemeente activiteiten verrichten, al dan niet door het afnemen van producten van de GGD. In de wijze van uitvoering zijn wij echter geheel vrij: deze vrijheid biedt echter ook *mogelijkheden*. Het lokaal volksgezondheidsbeleid kan worden afgestemd op de volksgezondheidssituatie van de Maassluise burgers en op de lokale politieke voorkeuren.

Landelijk is onderkend dat de WCPV gemeenten onvoldoende houvast geeft om richting te kunnen geven aan het volksgezondheidsbeleid en aan de keuze van producten van de GGD.

Dat is de reden geweest dat de commissie Lemstra is opgericht en daaruit voortvloeiend werkgroepen en workshops (zes). Deze werkgroepen hebben voorstellen gedaan om de wet concreter te maken. Verwacht wordt dat binnen één à twee jaar deze voorstellen zullen leiden tot wetswijzigingen of een Algemene maatregel van Bestuur (AmvB).

Zoals reeds aangegeven in het hoofdstuk *De wetten* is de discussie over wat wettelijk is en wat niet op basis van de huidige vage WCPV een vrijwel onmogelijke. Bovendien zullen wij, als wij tot een dergelijke discussie over zouden gaan, op korte termijn worden ingehaald door de veranderingen in de wet als gevolg van de bevindingen van de commissie Lemstra. Voldoende reden om de discussie welke taken van de GGD NWN wettelijk zijn en welke niet, te laten rusten tot er meer duidelijkheid is gegeven door de landelijke overheid. De richting van het lokale beleid zal daarmee vooraleerst worden bepaald door andere zaken dan de wet, namelijk de demografische en gezondheidssituatie, de problemen en verlangens zoals gesignaleerd door het veld.

### **Leeswijzer bij de tabel**

In de tabel hierna staan alle producten zoals de GGD NWN die heeft aan- geboden in de "Productbegroting 1999". In de eerste kolom staat aangegeven of het producten zijn die door de GGD NWN zijn aangemerkt als basistaak, flexibele taak of markttaak. Uit de voorgaande paragrafen blijkt dat de WCPV een kaderwet is waarin de verantwoordelijkheden niet eenduidig zijn vastgelegd. De basistaken van de GGD NWN hadden evenzogoed een andere invulling kunnen krijgen. Wel is er een aantal wetten, zoals de infectieziektenwet, die de gemeente in de vorm van de GGD NWN, moet uitvoeren. De indeling basistaak- flexibele taak is door de vage wetgeving voor ons minder functioneel. In de derde kolom staat de wettelijke basis voor een product vermeld, als die er is. In veel gevallen wordt verwezen naar de voorstellen van de werkgroepen van de commissie Lemstra. Alleen de eerste keer dat naar een genummerde aanbeveling wordt verwezen, wordt de inhoud ervan vermeld. Daarna worden alleen de nummers genoemd.

## 5 Te doen: de beleidsvoornemens

In deze nota hebben wij aangegeven wat wij onder *gezondheid* verstaan. Ook hebben wij vastgesteld welke rol wij onszelf in de openbare gezondheidszorg als lokale overheid toedichten: voornamelijk op het terrein van de preventie. In deze nota hebben wij besloten dat wij het beleid op het terrein van de volksgezondheid meer in dialoog met het veld willen gaan ontwikkelen. Voor dit moment hebben wij, mede op basis van de reeds ingezette dialoog, een tiental doelstellingen van het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid geformuleerd. Bij de start van de ontwikkeling van deze nota gingen wij ervan uit dat verdieping in de wetten op het terrein van de volksgezondheid duidelijkheid zou geven over de verantwoordelijkheden van de gemeente. Dat is echter niet het geval, aangezien de WCPV een kaderwet is die gemeenten veel vrijheid geeft bij de invulling van het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid. Wij hebben er voor gekozen de gezondheidssituatie van de bevolking van Maassluis de basis te laten vormen voor de beleidsvoornemens; in dit hoofdstuk staan de beleidsvoornemens geformuleerd.

De nota geldt voor een periode van 4 jaar. De beleidsvoornemens daarentegen zullen jaarlijks, naar aanleiding van ontwikkelingen in de samenleving, worden bijgesteld. Het is niet de bedoeling dat de beleidsvoornemens volledig en uitsluitend door ons zelf zullen worden geïnitieerd, ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd. Wij zijn slechts één van de vele partners in het veld van de (volks)gezondheid(szorg). In de matrix aan het einde van het hoofdstuk staan de consequenties van de beleidsvoornemens op personeel en financieel gebied.

### 5.1 BELEIDSDYNAMIEK

Wij hebben ons in deze nota als doel gesteld het volksgezondheidsbeleid vorm te geven in dialoog met het veld (zie doelstelling 2). Met ons beleid willen wij adequaat kunnen reageren op veranderingen in de gezondheidssituatie van de bevolking. Daartoe is het van belang werkwijzen te ontwikkelen waarmee de contacten met het veld vorm krijgen en veranderingen in de samenleving bij ons bekend zijn. Hierna volgen onze voornemens in dit verband.

#### 5.1.1 GEGEVENSVERZAMELING

Voor het ontwikkelen van beleid is het van essentieel belang dat er voldoende en adequate gegevens beschikbaar en bereikbaar zijn. Veel gegevens zijn echter al beschikbaar en moeten slechts worden gesystematiseerd, voor derden toegankelijk worden gemaakt en geanalyseerd. Naast de gegevens die verzameld worden door de GGD NWN en door de gemeente zijn er bij de diverse instellingen en zelforganisaties ook gegevens beschikbaar over de gezondheidssituatie.

#### Gezondheidsenquête

De gezondheidssituatie in Maassluis dient op gesystematiseerde wijze in kaart te worden gebracht en geanalyseerd: gegevensverzameling en -analyse moet worden verbeterd. Op basis daarvan kan het beleid eventueel worden bijgesteld en acties worden ondernomen. Op zijn minst moet de huidige gegevensverzameling doorgaan; de Gezondheidsenquête 2000 moet worden uitgevoerd.

Voor de enquête van 2000 verwachten wij dat de GGD NWN deze binnen een jaar analyseert en aan ons *presenteert*. Een discussie bijeenkomst van de GGD NWN en gemeente over de situatie van de volksgezondheid en ontwikkelingen daarin op

basis van de resultaten van de Gezondheidsenquête kan daarbij worden overwogen. Het is wat ons betreft wenselijk dat ook de GGD NWN zich bij voorstellen om projecten uit te voeren richt op de volksgezondheidssituatie van de bevolking van Maassluis. In het verleden konden individuele voorkeuren van hulpverleners, ongetwijfeld van belang maar niet direct zichtbaar in verhouding tot de feitelijke gezondheidssituatie van de bevolking, van doorslag-gevende betekenis zijn voor projectvoorstellen.

### **Huisartsen**

Behalve door de Gezondheidsenquête willen wij beter inzicht krijgen in de gezondheidssituatie van de bevolking in het algemeen door regelmatig in gesprek te gaan met de huisartsen van Maassluis. Deze partners in het volksgezondheids- beleid beschouwen wij als sleutelinformanten, waarbij ieder op zijn eigen wijze en met zijn eigen verantwoordelijkheden, een gemeenschappelijk doel nastreeft, namelijk de bevordering en bescherming van de gezondheid van de bevolking van Maassluis.

### **Jeugdmonitor**

Aangezien jongeren in de leeftijd tot 18 jaar niet de gezondheidsenquête krijgen voorgelegd en er bovendien signalen zijn dat de gezondheidssituatie (en allergieën) en vooral de leefwijze van jongeren verslechtert, is het nodig over hen aanvullende gegevens te verkrijgen: een jeugdmonitor moet worden ontwikkeld. Hierbij kunnen de gegevens, die de GGD NWN door haar contacten met kinderen uit groep 2, 5 en 8 verzameld, worden ingezet. Primair zijn deze contacten echter van groot belang voor het bewaken van de gezondheid van de kinderen van Maassluis. De te verzamelen gegevens over de gezondheidssituatie van jongeren zullen ingebracht worden bij de mogelijke oprichting van een jeugdmonitor vanuit het Gemeentelijk Onderwijs Achterstanden (GOA-) beleid.

### **Monitor achterstandsgroepen**

Wat betreft de leefwijze is er vrij veel bekend over de bevolking in zijn totaliteit. Aangezien voor de gemeentelijke overheid vooral de leefwijze van mensen uit achterstandsgroepen van belang is, is het wenselijk dat er meer gegevens worden verzameld over de gezondheidssituatie van achterstandsgroepen.

De gezondheidssituatie van mensen met een lage sociaal-economische status positie is gemiddeld gezien namelijk slechter. Mocht er in het kader van het lokaal sociaal beleid in de toekomst een monitor voor achterstandsgroepen worden ontwikkeld, dan is het belangrijk dat het volksgezondheidsaspect in een dergelijke monitor wordt meegenomen.

### **Gegevensverzameling gehandicapten**

Ook over gehandicapten is weinig bekend. De gegevens die in de nota zijn gepresenteerd over gehandicapten betreffen uitsluitend de mensen die een aanvraag hebben gedaan bij de ROG NWN. Uitbreiden van gegevensverzameling over gehandicapten is wenselijk: dit is in eerste instantie mogelijk door middel van de gezondheidsenquête.

Ook de gegevens die bij de GGD NWN aanwezig zijn vanwege geneeskundige keuringen voor de ROG in het kader van de Wvg kunnen worden ingezet en geanalyseerd. In de te ontwikkelen nota gehandicaptenbeleid in 2000/ 2001 zal de gezondheids- en leefsituatie van de gehandicapten, waaronder chronisch zieken, worden meegenomen.

### **Verslavingsmonitor**

In Maassluis is het alcoholgebruik vergelijkbaar met dat van Nederland in zijn geheel. In Nederland in zijn geheel nuttigen vooral jongeren vaker en in grotere hoeveelheden drugs en alcohol nuttigen dan voorheen. Om die reden wordt in het kader van de verslavingspreventie gekozen voor de jeugd als versterkt aandachtspunt. Huisartsen hebben ons echter medegedeeld dat (ook) vrouwen zonder betaald werk te vaak aan kalmerings- en slaapmiddelen zijn verslaafd.

Om zicht te krijgen op hoe de verschillende verslavingsproblematieken zich tot elkaar verhouden en op de verslavings situatie in zijn geheel is een verslavings-monitor een mooi middel. Vooralsnog kan echter in het kader van de

verslavingspreventie worden volstaan met gegevens over verslaving verkregen uit de gezondheidsenquête en uit de toekomstige jeugdmonitor. Op termijn kan indien noodzakelijk een specifieke verslavingsmonitor worden overwogen; dit is mede afhankelijk van de gegevens die in het kader van het verslavingszorgbeleid verzameld gaan worden.

In het kader van het verslavingszorgbeleid zal in Nieuwe Waterweg Noord verband in 2000 namelijk getracht worden om met centrumgemeente verslavingszorg Rotterdam tot overeenstemming te komen over de inpassing van de gegevensverzameling in de NWN- gemeenten in de Rotterdamse systemen van gegevensverzameling. Met ingang van 2001 zou de verslavingsmonitor dan in de regio NWN van start kunnen gaan.

## **5.1.2 COMMUNICATIE EN INFORMATIE UITWISSELING**

### **Gemeente en de zorgketen**

Eén van onze doelstellingen is (no 5) om de activiteiten die wij momenteel in het kader van ons lokaal gezondheidsbeleid en welzijnsbeleid zelf verrichten danwel financieren te continueren.

In doelstelling 9 hebben wij ons als doel gesteld dat wij een rol spelen, voornamelijk door communicatie en informatie uitwisseling, in de zorgketen. Het is daarom van belang om een werkwijze te ontwikkelen waarin wordt vastgesteld hoe wij binnen de zorgketen op structurele wijze deze rol kunnen vervullen. Met name via het RIO NWN, de RCG NWN en de Raad van Advies van het Zorgkantoor NWN kan de gemeente de zorgketen mede bewaken. De signalen die wij van onze burgers en (zelf)organisaties ontvangen geven wij op deze manier door aan de partijen in het veld.

In de RCG NWN ontmoeten zorgconsumenten, zorgkantoor, zorgaanbieders en lokale overheden elkaar. De RCG NWN is momenteel bezig met de afronding van de ontwikkeling van een Regiovisie Zorg Nieuwe Waterweg Noord. Deze regiovisie is een integrale, globale visie op de gewenste

kwaliteit, samenstelling, organisatie en samenhang van de zorg in het Nieuwe Waterweg Noord gebied.

De primaire functie van de regiovisie is vanuit het perspectief van de zorgvrager te komen tot een passende afstemming van het schaarse zorgaanbod<sup>38</sup>.

Door deelname aan de RCG NWN en de ontwikkeling van de regiovisie hebben wij diverse signalen kunnen afgeven over onder andere het beschikbare zorgaanbod in de regio. De regiovisie NWN en deze lokale nota volksgezondheidsbeleid zullen bij de implementatie ervan op elkaar afgestemd worden.

Daarnaast willen wij een meer inhoudelijke invulling geven aan het lidmaatschap van de Raad van Advies van het Zorgkantoor om daarmee bij te dragen aan de richting van het gezondheidsbeleid in de regio.

Ook zullen wij zelf de ontwikkelingen in Maassluis en in de regio (bijvoorbeeld het nieuwe ziekenhuis) goed volgen, en zo nodig zelf initiatief nemen om lacunes in het zorgaanbod (zorgketen) te verhelpen, met name door communicatie en informatie uitwisseling, maar ook door middel van het stimuleren van een goede samenwerking tussen diverse (zelf)organisaties. Bij het laatste kan gedacht worden aan een goede samenwerking tussen bijvoorbeeld het MDNW, de GGD NWN en de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Nieuwe Waterweg Noord (RIAGG NWN) om activiteiten op het terrein van de (openbare) geestelijke gezondheidszorg te kunnen bewerkstelligen.

### **Belangenverenigingen**

Om de kennis van de lokale belangenverenigingen over onder andere de doelgroepen beter en actief te kunnen benutten bij het maken van beleidskeuzen, achten wij meer en gestructureerder contact met de lokale patiënten/cliënten vereniging (PBVM) en de diverse zelforganisaties, zoals het Internationaal Vrouwen Netwerk (IVN), de Regenboog (of indien aan de orde: de SSM, PICO en VWM), Cliëntenplatform, het MOG, het platform Verslavingspreventie en het Platform wonen/zorg/welzijn ouderen wenselijk.

---

<sup>38</sup> Concept Regiovisie Zorg NWN 09-03-00

Wij achten het ook van belang dat het gezondheidsaspect in dergelijke overleggen wordt ingebracht. Bovenstaande beleidsvoornemens vormen een manier om de doelstelling van afstemming vraag en aanbod (no 3) te bereiken.

Door middel van deze contacten kunnen de (zelf)organisaties hun vertegenwoordigende rol ten opzichte van de gemeente ontwikkelen.

## 5.2 BELEIDSONTWIKKELING

Beleidsvoorstellen van de gemeente, de GGD NWN en andere actoren willen wij op gestructureerde en systematische wijze toetsten aan voorgenomen beleidsdoelstellingen (i.c. in deze nota) en in voorkomende gevallen voorleggen aan de zorgconsumenten. Wij benutten hierbij meer de deskundigheid en contacten van onze GGD NWN, van ons eigen apparaat en die van de RCG NWN.

Aangezien deze nota uitgaat van dynamisch beleid is het zaak jaarlijks de stand van zaken op te nemen. De beleidsvoornemens uit deze nota worden om die reden nader uitgewerkt in een jaarplan. Dit jaarplan zal door middel van een werkconferentie dan wel door intensieve contacten met partijen uit het veld tot stand komen. Daarnaast zullen de contacten met het veld geëvalueerd worden. Met name bij de eerste actualisatie is het van belang te evalueren of de wijze waarop de contacten met het veld worden voldoende ingevuld zijn en aan de verwachtingen voldoen.

In deze nota hebben wij doelstellingen geformuleerd die verwant zijn met die van het Netwerk Gezonde Steden<sup>39</sup>. Door deze nota verplichten wij ons het volks- gezondheidsbeleid invulling te geven. Wij willen geen *erkende* Gezondheids Effect Screening invoeren, maar wel een *eigen* toets op ander-dan- volksgezondheids- beleid, zoals voorgenomen in doelstelling 10. Met een dergelijke toets kunnen de effecten voor de volksgezondheid beoordeeld worden. Er dienen structuur en normen geformuleerd te worden waarbinnen een dergelijke eigen gemeentelijke gezondheidseffect screening plaats kan vinden.

Bij gebleken noodzaak geven wij de GGD NWN opdracht voor nieuw gesignaleerde problemen activiteiten te ontwikkelen en experimenteel uit te voeren. Als de activiteiten goed lopen en effectief blijken te zijn kan een andere instelling, bijvoorbeeld één die zich richt op een doelgroep, de activiteiten opnemen in het reguliere programma.

---

<sup>39</sup> Het Netwerk Gezonde Steden is een platform van gemeente voor het ondersteunen en ontwikkelen van Gezonde-Steden beleid. De VNG ondersteunt het Netwerk Gezonde Steden. De hoofdfunctie van het Netwerk is de ontwikkeling en implementatie van Gezonde-Stedenbeleid en ondersteuning van elkaar en andere gemeente door uitwisseling ervaringen. Bij het Gezonde-Stedenbeleid gelden de volgende uitgangspunten als leidraad voor aanpak:

- beslissingen en activiteiten zijn gebaseerd op gegevens
  - in alle fasen van het beleid participeert de bevolking
  - de politiek is betrokken bij lokaal gezondheidsbeleid
- de werkwijze is intersectoraal

## 5.3 BELEIDSUITVOERING

### 5.3.1 PREVENTIE

Wij hebben ons als doel gesteld dat wij ongezondheid en ziekte willen voorkómen: wij hechten zeer aan preventie (doelstelling 1). Te meer daar de gemeentelijke overheid juist op het terrein van preventie verantwoordelijkheden heeft. Bovendien willen wij speciale aandacht geven aan de gezondheidssituatie van burgers met een verhoogd risico op ongezondheid (doelstelling 4). Aan de hand van epidemiologische gegevens over de Maassluizers hebben wij daarbij de volgende groepen onderkend:

- ouderen
- jongeren
- allochtonen
- sociaal- economisch zwakkeren<sup>40</sup>

#### Ouderen

De gezondheid van ouderen moet nog meer worden bevorderd. Het project "ouderen en veiligheid" dient structureel te worden uitgevoerd om valongelukken tegen te gaan. Ook het project "Meer Bewegen Voor Ouderen" dient verder te worden uitgevoerd en ontwikkeld.

Vanwege de vergrijzing van de bevolking in Maassluis, het langer zelfstandig wonen van ouderen en de extramuralisering van de zorg, zal naar verwachting het beroep op flankerende voorzieningen op het terrein van welzijn en huisvesting toenemen: extra ondersteuning van deze voorzieningen is gewenst. Ook het beroep op de Wvg- voorzieningen zal naar verwachting toenemen.

De ontwikkeling van een programma "kennismaken met moderne technologie en gebruik daarvan" is in het kader van de bovenstaande ontwikkelingen gewenst (zie ook doelstelling 7). Technologie kan worden ingezet om de algemene toegankelijkheid van de samenleving, van mensen met een functiebeperking, te vergroten.

#### Jongeren

Het beleid ten behoeve van jongeren krijgt vorm in het gemeentelijk jeugdbeleid. Dit beleid zal in het Lokaal Preventief Jeugdbeleid in vier delen vorm krijgen. In 1996 en 1997 zijn deel 1 (bestrijding overlast en criminaliteit) en deel 2 (bestrijden en voorkomen van voortijdig schoolverlaten) tot stand gekomen. De delen over de zorg- en hulpverlening (deel 3) en participatie (deel 4) dienen nog geformuleerd te worden. Het beleidsvoornemen is om thans met deel 3 te beginnen.

In deel 3 en ook deel 4 zullen de zorginstellingen een duidelijke plaats krijgen. Instellingen zoals de Stichting Jeugdzorg NWN en de Lindenhof verlenen namelijk in het kader van de jeugdhulpverlening speciale zorg aan de jeugd.

---

<sup>40</sup> zoals ook in het hoofdstuk 1 *Het Kader* al vermeld, is over de situatie van gehandicapten nog onvoldoende bekend om deze inwoners hierbij te kunnen noemen.



De planning en aansturing van de jeugdhulpverlening geschiedt door de Stadsregio Rotterdam. De drie Nieuwe Waterweg Noord gemeenten zijn actieve participanten bij de ontwikkeling van het jaarlijkse plan jeugdhulpverlening van de Stads- regio en maken in samenspraak met de Stadsregio ook werk van de afstemming tussen hun gemeentelijk jeugdbeleid en het Stadsregionaal jeugdhulpverlenings-beleid. Wel dient de afbakening tussen de taken van de stadsregio (curatie) en de gemeente (preventie) helder te worden. In 2002 zal naar verwachting de Wet op de Jeugdzorg van kracht worden. Een heldere afbakening tussen de taken van het toekomstige Bureau Jeugdzorg en preventie is om die reden ook gewenst. In 2003 vervalt de kaderwet voor de Stadsregio. Er bestaat thans nog geen duidelijkheid omtrent de uitvoering van de jeugdhulpverlening na 2002.

In het kader van de onderwijsachterstanden primair onderwijs voert de gemeente momenteel overleg met aanbieders in de regio Nieuwe Waterweg Noord om te komen tot een vorm van opvoedingsondersteuning.

Daarnaast wordt in het kader van het onderwijsachterstandenbeleid sinds september 1999 preventieve logopedie verleend aan de groep 4,9 jaar tot en met 5,9 jaar van het basisonderwijs. Dit betreft in eerste instantie screening van deze groep kinderen. Het vervoltraject is nog in ontwikkeling (verwijzing, behandeling en verzekering).

### **Allochtonen**

Relatief veel allochtonen hebben meer gezondheidsproblemen. Bovendien zijn allochtonen gemiddeld minder gemakkelijk te bereiken met reguliere preventie programma's. Vandaar dat wij voorstellen plannen en projecten met allochtonen en nieuwkomers (meer) te maken in samenspraak met belangengroepen zoals het IVN, de Regenboog en met VWM (of, als dat dan meer aan de orde is, met de SSM en via Pico), de GGD NWN en de SSM. Projecten worden met plannen voorbereid en met evaluaties afgesloten: er zal meer planmatig gewerkt gaan worden. In dit verband is een verdere ontwikkeling van de voorlichting in eigen taal (VET) van belang.

Speciale aandacht moet ook worden gegeven voor de ontwikkeling en uitvoering van preventieprogramma's voor vluchtelingen: voortzetten en eventueel uitbreiden van gezondheidsvoorlichting in het Project Integratie Nieuwkomers (PIN) is van belang.

Vooraf voor allochtone vrouwen geldt dat zij moeilijk bereikbaar zijn voor preventie: voor hen komt meer aandacht in de preventieprogramma's. Daarnaast zal het gezondheidsaspect worden meegenomen bij een migrantenplatform. Op dit moment is er echter geen sprake van oprichting van een dergelijk platform. Mocht dit zich in de toekomst voordoen, dan zal het gezondheidsaspect hierin worden meegenomen.

### **Sociaal- economisch zwakkeren**

Het bereiken van achterstandsgroepen om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen kan door voorzieningen aan te bieden op wijkniveau. In concreto kan dat inhouden dat wij door overleg, informatieoverdracht en communicatie voorwaarden kunnen scheppen zodat het particulier initiatief i.c. huisartsen en andere zorgaanbieders een gezamenlijke huisartsenpraktijk (HOED) kunnen opzetten.

Ook kunnen wij door het scheppen van voorwaarden, zoals hierboven genoemd, stimuleren dat daarbij een gezondheidspunt wordt ontwikkeld, door te stimuleren dat aan de HOED bijvoorbeeld een tandarts, een fysiotherapeut, consultatiebureau, een maatschappelijk werker, een gezondheidsinformatiepunt (een GezondheidsWijzer) worden toegevoegd en mogelijk ook een spreekuur van het

CAD NWN en de sociaal raadslieden. Huisartsen en andere zorgaanbieders de gelegenheid bieden een HOED op te zetten zou zeer goed passen in de integrale aanpak zoals wij die voorstaan in het Lokaal Sociaal Beleid.

Het voordeel van een Hoed is dat de lijnen kort zijn wat vooral voor sociaal- economisch zwakkeren van belang is. Een HOED kan een stedelijke functie vervullen voor alle inwoners van Maassluis. Tevens zou dit een uitwerking van onze doelstelling (no 8) zijn om instellingen te stimuleren om samen te werken en van onze doelstelling (no 5) om voorzover het instellingen betreffen waar wij de financier van zijn, een breed scala aan instellingen en voorzieningen in stand te houden die de gezondheid van haar burgers bevorderen en waarborgen. Ook willen wij, voor zo ver dat binnen onze mogelijkheden ligt, het functioneren van de gezondheidszorg verbeteren.

### **5.3.2. OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

In Nederland en ook in Maassluis is er in toenemende mate sprake van psychische problematiek. Steeds meer mensen hebben psychische en psycho- sociale problemen. Versterking van de (Openbare) Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) is dan ook vereist. Vandaar dat wij er zorg voor willen dragen dat bestaande (gemeentelijke) voorzieningen, zoals schuldhulpverlening en het Centrum voor Werk en Scholing (CWS) wat betreft omvang en aard voor mensen met psychische aandoeningen te bereiken zijn. Met dit beleidsvoornemen geven wij ook uitvoering aan de doelstelling (no 6) dat voorzieningen in allerlei opzicht toegankelijk moeten zijn. Ook dient het vangnet voor hen die buiten het reguliere zorgcircuit (dreigen te) vallen te worden verbeterd. Dit betreft een verdere invulling van een breed palet van samenwerkingsvormen en voorzieningen in de sfeer van (openbare) geestelijke gezondheidszorg (zie ook doelstellingen 7 en 8). In het kader van de versterking van de maatschappelijke opvang is per 1 januari 2000 "Het Klooster" van Stichting Onder Een Dak van start gegaan.

Tevens kan hernieuwde deelname aan het Overlastoverleg of deelname aan het platform Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) i.o. worden overwogen.

Binnen een dergelijk platform OGGZ kunnen onder andere problemen die zich voordoen bij de uitvoering van de Wet Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) aan de orde worden gesteld en afspraken worden gemaakt tussen de verschillende deelnemende organisaties. Ook kunnen projecten en activiteiten worden ontwikkeld en op elkaar worden afgestemd. Het betreft dan projecten en activiteiten voor personen die zelf geen hulpvraag stellen, maar wel hulp nodig hebben, de zogenaamde bemoeizorg. Hierbij kan gedacht worden aan personen als illegalen, vereenzaamde ouderen, mishandelde vrouwen en chronisch psychiatrische patiënten.

Daarnaast is, vanwege de toenemende mate van psychische problematiek en de wachtlijsten bij het maatschappelijk werk, aandacht voor het MDNW gewenst. Een van de oplossingen voor de wachtlijsten kan worden gevonden in het stellen van prioriteiten: aan mensen met welke problemen, en welke achtergrond dient het MDNW wel of geen hulp te bieden.

### **5.3.3 VOORZIENINGEN**

Zoals wij in onze doelstelling nummer 5 hebben verwoord, zullen wij de activiteiten die wij thans in het kader van ons lokaal gezondheidsbeleid en welzijnsbeleid zelf verrichten danwel financieren, in stand houden (zie ook paragraaf 5.1.2). Daarnaast hebben wij ons ten doel gesteld (no 9) om de zorgketen mede te bewaken. Met name via communicatie en informatie uitwisseling kunnen wij die rol vervullen.

Het beschikbare aanbod van zorgvoorzieningen en de vraag hiernaar wordt beschreven in de regiovisie Zorg Nieuwe Waterweg Noord. Bij de opstelling van de regiovisie NWN is de zorgvraag van de individuele cliënt uitgangspunt.

Voorzieningen dienen in fysiek, psychologisch, financieel, intercultureel opzicht en in termen van nabijheid en bekendheid, toegankelijk te zijn voor zorgconsumenten (doelstelling no 6). Activiteiten dienen te worden ontwikkeld om de toegankelijkheid van welzijnsvoorzieningen voor o.a. ouderen, jongeren, allochtonen en nieuwkomers, gehandicapten en chronisch zieken, (ex)psychiatrische patiënten te bevorderen. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan voorlichting. De te ondernemen activiteiten zullen zo nodig met de doelgroepen besproken worden.

### **CAD NWN**

Wij zijn de mening toegedaan dat, in tegenstelling tot eerdere berichten uit centrumgemeente Rotterdam, het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugshulpverlening Nieuwe Waterweg Noord (CAD NWN) voor het Nieuwe Waterweg Noord gebied blijvend behouden moet worden; daartoe moet in NWN verband (nogmaals) worden aangedrongen bij Rotterdam op throughput financiering zodat helder wordt welke producten voor wie worden geleverd. Tevens zal onderzocht worden of het mogelijk is om spreekuren vanuit het CAD NWN in Maassluis te organiseren.

## **Tekort huis- en tandartsen**

De (toekomstige) tekorten aan huisartsen en tandartsen in Maassluis verdienen aandacht. Wij kunnen door bijvoorbeeld ons huisvestingsbeleid invloed uitoefenen op de mogelijkheid en welwillendheid van (tand)artsen om zich binnen onze grenzen te vestigen.

Eind 1999/ begin 2000 hebben de drie NWN gemeenten samen met de Zorgverzekeraar DSW gezamenlijk actie ondernomen om tandartsen te werven voor de regio NWN. Ook zou door de tot standkoming van een HOED de in de toekomst verwachte tekorten aan (huis)artsen voorkomen danwel teruggebracht kunnen worden.

## **Sport**

Het belang van bewegen en sporten voor de volksgezondheid is inmiddels onomstreden.

“Bewegingsarmoede” wordt, naast bijvoorbeeld roken en slechte voeding, als één van de belangrijkste risicofactoren voor de gezondheid

beschouwd<sup>41</sup>. Vanwege de preventieve werking van sport, het overgewicht bij veel Maassluiers, het belang van sport uitgeoefend in verenigingsverband voor de sociale cohesie en geestelijke gezondheid, willen wij *het gebruik* van sportvoorzieningen stimuleren.

In Maassluis bestaat er een goed voorzieningenniveau voor sport, het gebruik neemt echter enigszins af.

## **Flankerende voorzieningen**

Flankerende voorzieningen, zoals de warme maaltijdvoorziening, klussendienst, ondersteuning van vrijwilligerswerk, voorlichting over het voorkomen van valongelukken, alarmeringssystemen zijn in Maassluis gericht op ouderen.

Bij de ontwikkeling van de nota gehandicaptenbeleid wordt de leef- en gezondheidssituatie van de gehandicapten, waaronder chronisch zieken, onderzocht.

Na afloop van dit onderzoek kan worden onderzocht of het ook noodzakelijk is dat de flankerende voorzieningen ook voor gehandicapten beschikbaar worden gesteld.

## **Vrijwilligerswerk**

Vrijwilligersorganisaties en mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de gezondheidssector. Met name de mantelzorgers vervullen een grote rol in de (kwaliteit) van zorg voor naasten. Er wordt al veel mantelzorg verricht. Aangezien de thuiszorg nauwelijks kan voldoen aan de vraag is het de moeite waard na te gaan of mantelzorg een grotere rol kan spelen en zo ja, of en hoe die kan worden ontwikkeld en welke rol de gemeente daarin zou moeten spelen<sup>42</sup>. Daarnaast zou ondersteuning en stimulering van het thuismilieu nodig kunnen zijn. Veel mantelzorgers dreigen namelijk overbelast te raken, doordat ondersteuning en ontlasting van deze mantelzorg tekort schiet.

Ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligersorganisaties door ons, door andere (vrijwilligers)organisaties, of door onze bemiddeling zou geboden kunnen worden. Daarbij kan worden gedacht aan thuishulpcentrales, burenen- en boodschappendiensten, ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers, klussen-, oppas- en vervoersdiensten en telefooncirkels. Ook kan gedacht worden aan de inzet van hulp (door thuiszorg of vrijwilligers) en/of rol- hulpmiddelen (vanuit de zorgverzekeraar of ROG NWN), het verstrekken van woningaanpassingen en tijdelijke dagopvang voor thuiswonende hulpbehoevenden.

## **5.3.4. VERSLAVINGSPREVENTIE**

---

<sup>41</sup> Kijk op sportbeleid deel 4. Gezond bewegen en veilig sporten, mogelijkheden voor gemeenten en hun GGD'en. Ministerie van VWS, DH, januari 2000.

<sup>42</sup> op 26 maart 1999 heeft het college een subsidieaanvraag van de Regionale Stuurgroep Praktische Thuishulp NWN om f 50.000,- afgewezen. Inmiddels heeft de RCG subsidie verleend en is de Stuurgroep bezig praktische en inhoudelijke invulling te geven aan haar doelstellingen

In toenemende mate hebben jongeren problemen met verslaving. Vooral jongeren gebruiken vaker en in grotere hoeveelheden drugs en alcohol dan voorheen. Vandaar dat wij onze verslavingspreventie verder willen toespitsen op de jeugd. Nieuwe initiatieven kunnen worden ontwikkeld op basis van de nota "Uitgaan en Drugs", van het Trimbos Instituut, waarin preventie in drie leefstijlen plaatsvindt: thuis, school en het uitgaanscircuit.

Daarnaast hebben wij het voornemen om de verslavingspreventie op een andere wijze te gaan uitvoeren. Gelet op de continuïteit van de werkgroep en het platform en het meer voorwaardenscheppend werken, hebben wij het voornemen om het voorzitterschap, het secretariaat en de coördinatie van de activiteiten van de werkgroep en het platform verslavingspreventie uit te besteden aan het Boumanhuis. Het Boumanhuis zal op basis van gemeentelijke beleidskeuzen in samenspraak en samenwerking met het platform jaarplannen maken en activiteiten verrichten. Hierbij zal de prioriteit worden gelegd bij jongeren. Indien er zwaarwegende redenen zijn kunnen er projecten worden opgezet voor andere doelgroepen.

Tevens is het het overwegen waard bij zaken die gokken en (soft) drugs betreffen de werkgroep Verslavingspreventie om een volksgezondheidsadvies te vragen. Het huidige beleid ten aanzien van gokautomaten en coffeeshops is gebaseerd op de openbare orde.

### **5.3.5. NOTA GEHANDICAPTENBELEID**

In de te ontwikkelen nota gehandicaptenbeleid in 2000/ 2001 zal aandacht worden besteed aan de leef- en gezondheidssituatie van gehandicapten. In de startnotitie nota gehandicaptenbeleid is "gehandicapte" breed gedefinieerd, waardoor ook chronisch zieken en minder valide ouderen onder de definitie vallen. Mede op basis van de gegevens die voor de bovengenoemde nota verzameld zullen worden, kan worden bepaald welke maatregelen voor gehandicapten op het terrein van de volksgezondheid nodig zullen zijn. Indien nodig zullen gehandicapten in het kader van het volksgezondheidsbeleid alsnog aangemerkt worden (in een jaarplan) als risicogroep die extra aandacht behoeft.

## 5.4 PRIORITEITSTELLING

In de tabellen achter in het hoofdstuk staan de beleidsvoornemens concreter verwoord dan in de tekst. Tevens is aangegeven of de activiteit tijdelijk of structureel van aard is, en in het eerste geval wat de verwachte datum is waarop de activiteit zal zijn voltooid. In de kolom "prioriteit" staat aangegeven of de uitvoering van het beleidsvoornemen met oplopende urgentie gewenst, noodzakelijk of onuitstelbaar. Daarbij zijn de volgende criteria gehanteerd:

- onuitstelbaar: +++  
momenteel wettelijke plicht of op korte termijn verplicht
- noodzakelijk ++  
in de toekomst wettelijke verplichting verwacht en/ of noodzakelijk  
vanwege de gezondheidssituatie van de bevolking
- gewenst +  
niet wettelijk verplicht en ook niet in de toekomst verplicht maar wel  
gewenst vanwege de gezondheidssituatie van de bevolking

## 5.5 TOT SLOT

Tijdens de regionale werkconferentie van januari 1999 met Vlaardingen en Schiedam en de lokale werkconferentie in november 1999, en tijdens de verschillende interviews die voor deze nota zijn gehouden, hebben veel partners ons gemeld dat zij graag met ons in discussie blijven. In deze nota hebben wij ervoor gekozen de burger en diens gezondheid centraal te stellen. Om te weten hoe het met de volksgezondheid van de burgers in Maassluis is gesteld en om mogelijke knelpunten te kunnen signaleren, is de dialoog met burgers en instellingen essentieel. Graag doen wij een beroep op onze burgers en instellingen om een actieve bijdrage te leveren aan het volksgezondheidsbeleid van onze gemeente. Wij zijn ervan overtuigd dat er in gezamenlijkheid een goede bijdrage aan de volksgezondheid in Maassluis geleverd kan worden.

## **BIJLAGE 1.1 NETWERKEN**

### **Overlegsituaties volksgezondheid gemeente Maassluis**

Voor deze lokale nota volksgezondheid is het zinvol om een overzicht te hebben van de gremia waarin de gemeente is vertegenwoordigd en waar specifiek, of onder andere, over volksgezondheid gesproken wordt. Met een dergelijk overzicht kan inzicht worden verkregen in de netwerken die er reeds zijn. Deze netwerken kunnen zo optimaal gebruikt worden en kunnen worden ingezet bij de uitvoering van de dynamische beleidsontwikkeling zoals voorgesteld in deze nota. Er zijn overleggen die uitsluitend uit lokale deelnemers bestaan, en overleggen die door één of meerdere van de deelnemers een regionaal karakter hebben. Hier volgt dat overzicht met per overleg de deelnemers, een korte kenschets van het overleg en het doel.

### **LOKAAL OVERLEG:**

#### **Algemeen**

##### **1. Wijkbeheer**

Breed overleg tussen gemeente Maassluis en tal van instellingen en organisaties over de wijkgerichte aanpak van problemen op allerlei terreinen, o.a. gezondheid.

Doel: Bevorderen wijkgerichte, integrale aanpak van problemen.

##### **2. Project Schuldhulpverlening**

Gemeente en PlanPraktijk hebben periodiek overleg over de vormgeving van de schuldhulpverlening in Maassluis. Hier ligt een verbinding naar de hulpverlening bij gokverslaving (Zie overleg netwerk kansspelproblematiek).

Doel: het op elkaar afstemmen van gemeentelijk beleid en uitvoering.

##### **3. Overleg gemeente - MDNW**

De wethouder van sociale zaken overlegt tweemaal per jaar met de directeur van het maatschappelijk werk.

Doel: Gericht beleid voeren door onderlinge afstemming.

#### **Geestelijke gezondheidszorg**

##### **4. Overlastoverleg Maassluis, voorheen Knelpuntenoverleg**

WSM, MDNW, Politie, RIAGG en Stichting Onder Een Dak vormen het Overlastoverleg Maassluis, dat bijeenkomt om regelingen te treffen voor vangnetzaken.

Doel: Oplossingen zoeken voor complexe situaties die zorgwekkend zijn. Goede afstemming van activiteiten door de verschillende instellingen zodat problemen (voor het betreffende individu en voor de omgeving) zoveel mogelijk worden beperkt en voorkomen.

#### **Doelgroepen**

##### **5. Overleg Platform Wonen, Zorg en Welzijn voor Ouderen in Maassluis**

Periodiek overleg van de SOM, de Thuiszorg NWN, De Tweemaster, Verpleeghuizen NWN, WSM, MDNW, GGD NWN, indicatiecommissie, huisartsen, ouderenbonden, en gemeente over ouderen.

Doel: signaleren van ontwikkelingen in de vraag en knelpunten in het aanbod, gemeenschappelijk zoeken naar oplossingen, en afspraken maken over de uitvoering.

##### **6. Overleg Gemeentelijk Platform gehandicaptenbeleid**

De wethouder van Maassluis in wiens of wier portefeuille de gehandicaptenzorg is ondergebracht,

heeft periodiek overleg met het Maassluis Overleg Gehandicapten (MOG) over het gehandicaptenbeleid.

Doel: voeling houden met de wensen van de mensen uit de doelgroep zelf, alsook het op de hoogte blijven van ervaren knelpunten in het gehandicaptenbeleid.

#### 7. Platform Culturele Minderheden

Het platform bespreekt alle zaken betreffende minderheden, waaronder gezondheid.

Doel: Signaleren van zaken ten aanzien van de achterstandssituatie van migranten.

#### 8. Cliëntenplatform SoZaWe

Aan de afdeling Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de gemeente Maassluis is een cliëntenplatform verbonden. Dit platform heeft tot taak het (on)gevraagd adviseren aan burgemeester en wethouders over uitvoeringsaangelegenheden in het kader van de sociale zekerheidswetgeving bij de afdeling Sociale Zaken en Werkgelegenheid, alsmede advisering omtrent de uitvoering van het gemeentelijk minimabeleid.

Doel: inbreng van cliënten in uitvoering en regelgeving.

### **Jeugd**

#### 9. Leerplichtoverleg

Periodiek overleg tussen leerplichtambtenaar van de gemeente en een vertegenwoordiger van MDNW en van de GGD NWN.

Doel: gezamenlijk zoeken naar oplossingen voor specifieke leerlingen met specifieke problemen (casuïstiek)

#### 10.OPJ

Het Overleg Punt Jeugdbeleid (OPJ) is een breed samengesteld overleg in Maassluis, waarin gemeente en tal van instellingen en organisaties afstemmen over jeugdbeleid. Vanuit de gezondheidszorg is o.a. de GGD NWN vertegenwoordigd.

Doel: Ontwikkeling jeugdbeleid.

#### 11.JOP-Overleg

Als onderdeel van het systeem wijkbeheer functioneert een breed overleg tussen de gemeente en tal van instellingen en organisaties, het Jongeren Ontmoetings Plaats Overleg (JOP-overleg), oorspronkelijk ontstaan rondom de jongeren ontmoetings plaatsen, waarin over jongeren in de wijken wordt afgestemd. Het JOP-overleg bereidt tevens initiatieven voor en voert die uit.

Hier ligt een verbinding naar jeugdzorg en jeugdhulpverlening.

Doel: Bevorderen wijkgerichte, integrale aanpak van zaken en problemen die jongeren betreffen.

### **Verslaving**

#### 12.Werkgroep Verslavingspreventie Maassluis

Een werkgroep, waarvan de gemeente Maassluis, de GGD NWN, de SSM en het Boumanhuis deel uitmaken alsmede vrijwilligers, geeft vorm aan het verslavingspreventiebeleid in Maassluis, bereidt initiatieven voor en voert die uit.

Doel: Voorbereiding en uitvoering verslavingspreventiebeleid.

#### 13.Platform Verslavingspreventie Maassluis

De eerder genoemde werkgroep wordt in haar werkzaamheden bijgestaan door een breed platform (gemeente, instellingen, horeca, onderwijs alsmede vrijwilligers ) voor commentaar, draagvlak en



ondersteuning voor de initiatieven van de werkgroep.

Doel: Toetsing activiteiten werkgroep verslavingspreventie, draagvlakverwerving voor projecten.

## **REGIONAAL OVERLEG:**

### **Algemeen**

14. Raad van Advies van het Zorgkantoor NWN

De drie NWN-gemeenten zijn vertegenwoordigd in de Raad van Advies van Zorgkantoor NWN (waar het over de uitvoering van de AWBZ gaat) door één van de drie wethouders volksgezondheid. Thans heeft de wethouder uit Maassluis zitting in de RvA van het zorgkantoor NWN.

Doel: Toezien op het functioneren van het regionale Zorgkantoor, bijdragen aan beleidsontwikkeling van het Zorgkantoor.

15. Bestuur RCG NWN

Alle drie NWN-gemeenten zijn lid van de Regionale Commissie Gezondheidszorg NWN (RCG NWN). De wethouder volksgezondheid van Schiedam heeft zitting in het bestuur van de RCG NWN. De leden van de RCG NWN komen een aantal malen per jaar bijeen in de deelnemersvergaderingen.

Doel: Monitoring en beïnvloeding van ontwikkelingen in de volksgezondheid in de regio NWN.

#### 16. Wethoudersoverleg volksgezondheid NWN

De wethouders volksgezondheid van de drie NWN-gemeenten die volksgezondheid in hun portefeuille hebben voeren regelmatig afstemmingsoverleg met elkaar, daarin ondersteund door de ambtenaren uit het IBA-overleg.

Doel: Bevorderen afstemming en samenwerking in volksgezondheidsbeleid tussen de drie NWN-gemeenten.

#### 17. Overleg GHOR

In het kader van de taak Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen bestaat de gemeenschappelijke regeling RHRR ( Regionale Hulpverleningsdienst Rampen Rijnmond ) tussen de gemeenten van de regio Rijnmond. De burgemeesters van de gemeenten vormen het algemeen bestuur van de RHRR. Enkele burgemeesters vormen het dagelijks bestuur; vanuit de regio NWN maken de burgemeesters van Schiedam en Maassluis momenteel deel uit van het Dagelijks Bestuur (DB); de burgemeester van Maassluis heeft de portefeuille geneeskundige aangelegenheden; in dat verband maakt zij ook deel uit, samen met de wethouder van Schiedam, van de stuurgroep "versterking Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen".

Doel: Het tot stand brengen van zo goed mogelijke regelingen voor rampenbestrijding op Rijnmond niveau.

#### 18. Rampenoverleg NWN-gemeenten

Elk van de drie NWN-gemeenten heeft een rampenstaf, die periodiek overlegt en oefeningen organiseert en in actie komt bij rampen. Zijn de rampen gemeente-overstijgend, dan wordt de behandeling ervan "opgeschaald" naar Rijnmondniveau. De drie hulpdiensten in de regio NWN (GGD/ambulance, brandweer, politie) voeren periodiek regionaal (NWN overleg).

Doel: Bewaken van goede regelingen en samenwerking voor rampenhulpverlening op NWN niveau.

#### 19. Algemeen Bestuur van de GGD NWN

Vier gemeenteraadsleden uit Maassluis zijn lid van het algemeen bestuur van de GGD NWN.

Doel: Besturen van de gemeenschappelijke regeling GGD NWN.

#### 20. Dagelijks Bestuur van de GGD NWN

De wethouders van de drie NWN-gemeenten die volksgezondheid in hun portefeuille hebben, vormen het dagelijks bestuur van de GGD NWN.

Doel: Besturen van de gemeenschappelijke regeling GGD NWN.

#### 21. Ambtelijk Afstemmingsoverleg Gemeenten - GGD NWN (IBA-overleg)

Elk van de drie NWN-gemeenten heeft een ambtenaar die fungeert als aanspreekpunt voor gezondheidszaken. De drie ambtenaren voeren regelmatig overleg met de intergemeentelijk beleidsadviseur (IBA) , die vanuit de GGD NWN opereert.

Doel: Bevorderen afstemming en samenwerking in volksgezondheidsbeleid tussen de drie NWN-gemeenten.

### **Verslaving**

#### 22. Wethoudersoverleg centrumgemeente verslavingszorg Rotterdam - NWN

De wethouders van centrumgemeente ambulante verslavingszorg Rotterdam en de drie NWN-gemeenten die verslavingszorg in hun portefeuille hebben, komen enkele malen per jaar (drie- tot viermaal) bijeen in afstemmingsoverleg over verslavingsbeleid, daarbij ondersteund door ambtenaren uit de vier gemeenten en medewerkers van de GGD NWN en de GGD Rotterdam e.o.

Doel: Beïnvloeding van het verslavingsbeleid dat door de centrumgemeente wordt uitgevoerd.

### 23. Stadsregionale Stuurgroep Verslavingspreventie

Vertegenwoordigers van betrokken instellingen (Boumanhuis, Symbion, Politie, GGD NWN, GGD ZHE, GGD Rotterdam e.o.) vormen een overleg dat de GGD-directeuren adviseert m.b.t. verslavingspreventie.

De directeuren van de betrokken GGD'en koppelen via het IBA door naar de gemeentebesturen over dit onderwerp.

Doel: Bevorderen ontwikkeling verslavingspreventie in het werkgebied van de betrokken instellingen.

### **Geestelijke gezondheid(szorg)**

#### 24. Bestuur SOGG

De directeur van de GGD NWN is als adviseur verbonden met het bestuur van de SOGG, de Stichting Overlegorgaan Geestelijke Gezondheidszorg, het overlegplatform van de GGZ-instellingen in de regio Rijnmond. De GGD-directeur koppelt hierover terug naar het wethoudersoverleg.

Doel: Monitoring ontwikkelingen GGZ.

### **Doelgroepen**

#### 25. Stadsregionale Werkgroep Aansluiting Jeugdbeleid - JHV

Ambtenaren uit de 18 gemeenten die de Stadsregio Rotterdam vormen, aangevuld met medewerkers van de GGD'en uit het gebied van de Stadsregio, komen op ad hoc basis bijeen in de Stadsregionale Werkgroep Aansluiting Jeugdbeleid - JHV om over de afstemming tussen gemeentelijk jeugdbeleid en stadsregionaal jeugdhulpverleningsbeleid te spreken.

De 18 gemeenten die de Stadsregio Rotterdam vormen, zijn: Albrandswaard, Barendrecht, Bergschenhoek, Berkel en Rodenrijs, Bernisse, Bleiswijk, Brielle, Capelle a/d IJssel, Hellevoetsluis, Krimpen a/d IJssel, Maassluis, Ridderkerk, Rotterdam, Rozenburg, Schiedam, Spijkenisse, Vlaardingen, Westvoorne.

Doel: Aansluiting bevorderen tussen gemeentelijk jeugdbeleid en Stadsregionaal jeugdhulpverleningsbeleid.

#### 26. Werkgroep Jeugdbeleid NWN

Ambtelijke werkgroep waarin de drie NWN-gemeenten en de GGD NWN afstemmen rondom jeugdbeleid en Jeugdhulpverleningsbeleid in de regio NWN. Tevens worden in deze groep de vergaderingen en inbreng vanuit de regio NWN in de Stadsregionale Werkgroep Aansluiting voorbereid.

Doel: Bevordering samenwerking inzake jeugdbeleid tussen de drie NWN-gemeenten; voorbereiding NWN-inbreng in Stadsregionaal overleg over jeugdbeleid.

#### 27. Overleg begeleiding kindercentra

De drie NWN-gemeenten hebben een begeleidings- en controle-systeem m.b.t. hygiëne en veiligheid in de kindercentra ingesteld. De GGD NWN verzorgt deze begeleiding/controle.

Eenmaal per jaar vindt ambtelijk overleg tussen gemeenten en GGD NWN plaats over het functioneren van het systeem.

Doel: Bewaken uitvoering controlesysteem.

#### 28. Bestuur RIO NWN

De drie NWN-gemeenten zijn vertegenwoordigd in het Regionaal Indicatie Orgaan NWN door één van de drie wethouders ouderenbeleid. Thans heeft de wethouder uit Vlaardingen zitting in het RIO NWN. Het RIO NWN

verzorgt de indicatiestelling voor verzorging, verpleging, thuiszorg, flankerende voorzieningen en ouderenhuisvesting. Op termijn zal ook de indicatiestelling voor de Wvg (streefdatum 2001), gehandicaptensector en de GGZ worden ondergebracht.  
Doel: Besturen van de intergemeentelijke organisatie RIO.

#### 29. Bestuur ROG NWN

De wethouders gehandicaptenbeleid van de drie NWN-gemeenten hebben zitting in het Gemeenschappelijk Orgaan van de Regionale Organisatie Gehandicaptenvoorzieningen NWN, waarin de verstrekking van gehandicaptenvoorzieningen, betreffende wonen, vervoer en rol- hulpmiddelen, wordt geregeld.

Doel: Besturen van de gemeenschappelijke regeling ROG NWN.

## **BIJLAGE 1.2 ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG**

In deze bijlage staan zaken die minder specifiek van belang zijn voor het volksgezondheidsbeleid in Maassluis in de komende jaren. Wel staan er uitermate interessante ontwikkelingen en achtergronden in.

### **Ontwikkelingen in de gezondheidszorg**

Tot de 70'er-jaren had het particulier initiatief het primaat in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Men had de overtuiging, dat de instellingen het best wisten welke noden er onder de bevolking waren en hoe die gelenigd zouden moeten worden. De toename in welvaart liet een grote groei van de verzorgingsstaat toe. De overheid beperkte zich daarbij tot financiering, beperkt toezicht op de kwaliteit van de voorzieningen en het bewaken van de sociale hygiëne en de volksgezondheid. De overheid betaalde, maar ordende niet.

Er was een wildgroei aan voorzieningen, waardoor problemen in de zorgsector ontstonden:

1. Verschillende overheidslagen en overheidsinstanties hielden voorzieningen voor dezelfde doelgroepen in stand; daardoor raakten de beleidsvoering, de financiering en de wetgeving sterk verbrokken;
2. De vele voorzieningen werkten langs elkaar heen, terwijl ze dezelfde doelgroep en vaak zelfs dezelfde individuen bedienden; dit was ondoelmatig en voor burgers onoverzichtelijk;
3. De kosten stegen sterk; voortzetting van die stijging zou de zorg onbetaalbaar maken;
4. De intramurale sector had zich zeer sterk ontwikkeld; dit was ten koste gegaan van de extramurale sector en preventie;
5. De relaties tussen beroepskracht en cliënt en die tussen overheid en burger waren niet in balans;
6. De spreiding en de schaal van voorzieningen was verre van ideaal.

Vanwege economische tegenslag greep de overheid vanaf de 70'er jaren sturend in om deze ontwikkelingen te keren. Bezuinigen en afslanken werden jarenlang de centrale begrippen. Er moest meer zorg ambulant en extramuraal geboden worden, omdat dat goedkoper is dan intramuraal. Wonen en zorg moesten gescheiden worden zodat alleen de zorg voor rekening van het gezondheidsbudget komt. De financiering van de zorg werd verdeeld in drie compartimenten:

1. de voor het individu onbetaalbare zorg- gefinancierd uit de AWBZ;
2. de noodzakelijke zorg- gefinancierd uit het basispakket waarvoor individuen zich bij verzekeraars verzekeren;
3. de luxe-zorg- gefinancierd uit het aanvullend keuzepakket waarvoor individuen zich bij verzekeraars kunnen verzekeren.

Op allerlei manieren werd samenwerking en integratie van de zorg bevorderd, bijvoorbeeld door het oprichten van overlegplatforms, instellen van geïntegreerde indicatiestelling, de AWBZ te moderniseren en daarmee zorg op maat te bewerkstelligen, zorgaanspraken te flexibiliseren. Dit alles om te voorkomen dat er doublures optreden en dat er langs elkaar heen gewerkt wordt, en om doelmatigheid en doelgerichtheid van de zorg te vergroten. Ook moest de zorgsector steeds beter verantwoord worden waaraan het geld wordt besteed en er werd gestreefd naar een grotere rol van de zorgconsument om tot een meer vraaggerichte zorg te komen.

Deze laatste beleidslijn leidt overigens niet tot een goedkopere zorg want de vraag naar zorg is onbeperkt. Inspanning om matiging van het zorggebruik tot stand te brengen, zijn eerder van de verzekeraars dan van de zorgconsumenten te verwachten. Al deze maatregelen vloeien voort uit de idee dat vraag en aanbod beter op elkaar afgestemd moeten worden: marktwerking in de gezondheidszorg.

## BIJLAGE 2.1 EEN EEUW IN VOGELVLUCHT

Vanaf 1875 zijn voor Nederland vijf periodes te onderscheiden elk met een specifieke sterfteoorzaak.

1875-1900: infectieziekten die via het water en voeding worden verspreid zoals tyfus, roodvonk, scheurbuik en mazelen zijn belangrijke doodsoorzaak; deze worden in deze periode effectief aangepakt;

1901-1920: minder sterke daling van de sterfte aan de hiervoor genoemde infectieziekten;

1921-1940: infectieziekten die via de lucht verspreid worden, zoals tuberculose, kinkhoest en difterie; deze ziekten worden in deze periode effectief aangepakt; toename van de sterfte aan andere infectieziekten als blindedarmonsteking en geslachtsziekten;

1945-1970: sterke stijging van de sterfte aan coronaire hartziekten, kanker en verkeersongevallen; daling van de sterfte aan infectieziekten als acute bronchitis, longontsteking, influenza;

1970-heden: daling van de sterfte aan coronaire hartziekten, verkeersongevallen en sommige vormen van kanker.

Met de veranderingen in sterfteoorzaken veranderden de factoren die gezondheid en ongezondheid bepalen: de determinanten. In de epidemiologische en beleidsmatige ideeënontwikkeling worden drie fasen onderscheiden:

1. vorige eeuw: het gebrek aan openbare voorzieningen als waterleiding en riolering is oorzaak van het optreden van ziekte (epidemieën);
2. 1900-1970: ziekteverwekkers ( bacteriën, virussen ) zijn de belangrijkste oorzaak van ziekte;
3. 1970 tot heden: leefstijl, sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen en genetische determinanten zijn de belangrijkste oorzaken van ziekte en dood.

Op grond van die belangrijkste doodsoorzaken en van de stand van zaken van de medische wetenschap richtte men zich bij de bestrijding van ziekte achtereenvolgens op de bestrijding van epidemieën door openbare voorzieningen aan te leggen en bacteriën te bestrijden.

## **BIJLAGE 2.2 DE WIJKEN IN MAASSLUIS**



## **BIJLAGE 3.1 WETTEN (OPENBARE) GEZONDHEIDSZORG**

In alfabetische volgorde komen aan de orde de Wet ambulancevervoer, Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen, Gezondheidswet, Infectieziektenwet, Quarantainewet, Rampenwet, Wet tarieven gezondheidszorg, Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing, Wet op de uitoefening der geneeskunst, Wet voorzieningen gehandicapten, Ziekenfondswet, Wet ziekenhuisvoorzieningen, Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) met daaronder het vaccinatiebesluit, de bevolkingsonderzoeken, de zorgvernieuwingsfondsen en de indicatiestelling, Kwaliteitswet zorginstellingen.

Bij elke wet is kort aangegeven of het een wet is waarin de gemeente beleidsvrijheid heeft of niet. In het tweede geval wordt dat aangegeven met de term *concrete wetgeving*. Door middel van deze wetten krijgt de gemeente (concrete) uitvoerende activiteiten opgedragen.

### **Wet ambulancevervoer**

Deze Wet ambulancevervoer verplicht de gemeente om samen te werken in centrale posten ambulancevervoer en in ambulancevervoer te voorzien als het particuliere initiatief dat niet doet. Concrete wetgeving; zie ook de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen.

### **Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)**

De BOPZ geeft de burgemeester de bevoegdheid om mensen die gestoord zijn in hun geestesvermogens en daarmee een gevaar zijn voor zichzelf, hun omgeving of de openbare orde met een 'inbewaringstelling' acuut verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Concrete wetgeving; gemeente kan wel uitkijken naar mogelijkheden op het gebied van preventie (OGGZ) en opvang van een snel terugkerende cliënt of diens omgeving.

### **Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen**

In deze Wet staan de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden van de gemeente bij rampen. De gemeente moet over rampenplannen beschikken. Volgens deze wet berust de leiding van het geneeskundige deel uit het rampenplan bij de leiding van de GGD. Het betreft hier onder andere een procesverantwoordelijkheid van de GGD met betrekking tot de totale geneeskundige hulpverlening, inclusief voorbereiding. Concrete wetgeving.

### **Gezondheidswet**

De Gezondheidswet bevat de wettelijke voorschriften met betrekking tot de organisatie van de zorg voor de volksgezondheid. De Wet regelt o.a. de vertegenwoordiging van de gemeente in de RVZ en Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV).

Daarnaast regelt de Wet o.a. de informatieplicht van de gemeente aan inspecteurs van de Volksgezondheid, RVZ en Provinciale Raad betreffende naleving wetten en verordeningen de volksgezondheid betreffende. Ook is in deze Wet geregeld dat inspecteurs van Volksgezondheid de gemeente informeren en adviseren.  
Concrete wetgeving.

### **Infectieziektenwet**

De Infectieziektenwet geeft aan de burgemeester van een gemeente een sleutelrol in het bestrijden van de verspreiding van (besmettelijke) infectieziekten. De burgemeester wordt daarin bijgestaan en soms vervangen door de directeur van de GGD. Bovendien heeft de gemeente een meldingsplicht terzake bij Wet genoemde infectieziekten aan de GGD, te weten *tuberculose (TBC)*, *seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)* en *AIDS (art 3 AmvB van de WCPV)*. In deze Wet is geregeld hoe de gemeente moet reageren op het voorkomen van in de Wet genoemde infectieziekten en welke bevoegdheden ze hebben om verdere infecties te voorkomen. De gemeenteraad moet als er een epidemie van een infectieziekte is, ervoor zorgen dat risicogroepen worden gevaccineerd. De gemeente is in deze eindverantwoordelijk.  
Concrete wetgeving.

### **Quarantainewet**

De Quarantainewet bevat voorschriften over het voorkomen en weren van besmettelijke ziekten bij mensen die Nederland binnenkomen.  
Concrete wetgeving.

### **Rampenwet**

In verband met de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen is het goed ook de Rampenwet in de gaten te houden, die de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid van de gemeente bij rampen beschrijft.  
Concrete wetgeving.

### **Wet tarieven gezondheidszorg (WTG)**

De VNG is in het kader van deze Wet aangewezen als representatief orgaan omdat de gemeente optreedt als uitvoerder van ambulancevervoerplannen op basis van de Wet Ambulancevervoer.  
Concrete wetgeving.

### **Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing**

Sinds 1 januari 1998 is de Tijdelijke Wet Stimulering Sociale Vernieuwing (TWSSV) niet meer van kracht. De maatschappelijke opvang en ambulante verslavingszorg zijn sindsdien overgeheveld naar de welzijnswet.

Vrouwenopvang is hieraan toegevoegd. De financiering liep en loopt via de diverse centrumgemeenten.

Gemeentelijke marges: de centrumgemeenten dienen in samenspraak met de overige in hun gebied liggende gemeenten het beleid vorm te geven.

### **Wet op de uitoefening der geneeskunst**

Op grond van deze wet moet elke arts zich bij de burgermeester van de gemeente waar hij of zij gaat wonen melden. De burgemeester houdt van deze meldingen een register bij. Dat kan worden gebruikt in geval van nood of rampen.  
Concrete wetgeving.

### **Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)**

Vanaf 1 april 1994 heeft de gemeente de plicht te zorgen voor woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rol- hulpmiddelen aan gehandicapten die in de gemeente wonen, zodat zij aan het maatschappelijk verkeer kunnen deelnemen. Met de invoering van de WVG is de doelgroep uitgebreid met inwoners ouder dan 65 jaar.

De gemeente kan, binnen de wettelijke kaders, het pakket voorzieningen afstemmen op de lokale mogelijkheden. De voorzieningen die worden verstrekt dienen doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te zijn. Gemeenten zijn wettelijk verplicht *minimaal* de 'goedkoopst adequate voorziening' te bieden.

Concrete wetgeving; gemeente is wel vrij om meer en anders aan te bieden.

### **Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV)**

Op basis van de wet ziekenhuisvoorzieningen is de provincie verplicht om de gemeente te horen over concept-plannen over ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen etcetera.

De gemeente kan door middel van deze wet advies geven en haar mening kenbaar maken.

### **Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)**

#### 1. Vaccinatiebesluit

De AWBZ betreft bepalingen omtrent de algemene verzekering bijzondere ziektekosten. Het vaccinatiebesluit is een besluit op grond van de AWBZ. De gemeente participeert in de entgemeenschap samen met de kruisverenigingen (thuiszorgorganisaties). Dit samenwerkingsverband zorgt voor de uitvoering van het vaccinatiebesluit. De gemeente is daartoe niet verplicht. Op basis van artikel 57 van de AWBZ en de daarbij behorende ministeriële regeling is de gemeente wel verplicht om kosteloos gegevens uit het bevolkingsregister te leveren voor de uitvoering van de AWBZ. Die worden

aangeleverd aan de entgemeenschap om nieuw geboren en in het vaccinatie programma te kunnen opnemen en om verhuisde kinderen te kunnen blijven oproepen.

Concrete wetgeving;

## 2. Bevolkingsonderzoeken

De Ziekenfondsraad subsidieert uit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten momenteel het bevolkingsonderzoek op borstkanker, waarin de gemeente *in casu* de GGD een belangrijke coördinerende en voorlichtende rol vervult. De gemeente moet aan de (geautoriseerde) uitvoerders van de onderzoeken op systematische wijze gegevens uit de GBA verstrekken voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek borstkanker en baarmoederhalskanker.  
Concrete wetgeving;

## 3. Zorgvernieuwingsfondsen

Per sector in de AWBZ zijn zogenoemde zorgvernieuwingsfondsen vormgegeven: gehandicaptenzorg (1 januari 1999 of 2000), verpleging en verzorging (per 1 januari 1999 of 2000) en geestelijke gezondheidszorg (sinds 1 januari 1998). Hierin speelt het zorgkantoor een belangrijke rol bij de uitvoering, en in het bijzonder bij de beoordeling van de projecten. De gemeente en cliëntenorganisaties adviseren over de projecten. Het is zaak dat de gemeente besluit over de door de gemeente te hanteren criteria zorg - op -maat. De gemeente is lid van de Raad van Advies van het zorgkantoor. De gemeente kan door middel van deze wet advies geven en haar mening kenbaar maken;

## 4. Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging

De gemeente moet zorgdragen voor een indicatieorgaan voor verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, waarin geïntegreerd wordt geïndiceerd (per 1 januari 1998) . Per 1 juni 1999 indiceert het RIO NWN voor het NWN- gebied. De flankerende voorzieningen en de ouderenhuisvesting zijn bij het RIO NWN toegevoegd.

Op termijn zal de indicatiestelling van de Wvg- voorzieningen (streefdatum 2001), de gehandicaptensector en de GGZ worden ondergebracht bij het RIO NWN.

Concrete wetgeving; wijze van invulling en uitvoering kan de gemeente invloed op uitoefenen;

## 5. Kwaliteitswet zorginstellingen

Deze wet bevat regels omtrent de wijze waarop de overheid de kwaliteit waarborgt van zorg, verleend door zorginstellingen. De wet draagt de gemeente als die een instelling instandhoudt op, toezicht te houden op de kwaliteitszorg van die instelling. De instellingen maken zelf kwaliteits-rapportages die worden beoordeeld door de Inspectie Volksgezondheid. De gemeente heeft direct met de kwaliteitswet te maken bij uitvoerings-organisaties waar zij in het bestuur zit, zoals de GGD en het AMW.

Concrete wetgeving.



## **BIJLAGE 3. 2 WELZIJNSWET**

### **De beleidsterreinen**

Beleidssterreinen die onder deze wet vallen en de volksgezondheid betreffen zijn:

#### **1. Algemeen Maatschappelijk Werk**

Het algemeen maatschappelijk werk is in 1989 naar de gemeente gedecentraliseerd. Het AMW blijkt naast de huisarts vaak de rol van poortwachter voor de GGZ te vervullen en richt zich vooral op de lichtere psycho-sociale problematiek. Het AMW voert activiteiten uit die gericht zijn op het verbeteren van het persoonlijk en sociaal functioneren van het individu. Dit kunnen oplossingsgerichte activiteiten zijn. Ook kunnen cliënten worden toegeleid naar andere voorzieningen of kunnen andere voorzieningen worden gerealiseerd. Uitgangspunt bij de behandeling van de problematieken is een individuele en generalistische benadering.

Maatschappelijk werk levert een bijdrage aan het sociaal en psychisch wel-bevinden van mensen in hun omgeving. Hiertoe worden diensten aan-

geboden aan mensen die in een situatie verkeren die hun psychische draagkracht te boven gaat en waarbij onvoldoende steun in hun omgeving voorhanden is (uitvoeringsovereenkomst). Naast psycho-sociale hulpverlening is er binnen het AMW ook ondersteuning van meer materiële hulpvragen; vaak is de materiële en de psycho-sociale hulpverlening nauw aan elkaar verwant;

**2. Sociaal-cultureel werk, waaronder welzijnswerk voor gehandicapten, kinderopvang en emancipatie;**

**3. (Preventief) jeugdbeleid;**

Er staat voor deze kabinetsperiode een wet op stapel voor de jeugdhulpverlening: Wet op de Jeugdzorg. Nu zijn we nog aangewezen op de taken zoals geformuleerd door de Lemstra- werkgroep Jeugdgezondheidszorg (zie ook hierna);

**4. Ouderenbeleid:**

Flankerende voorzieningen, zoals de warme maaltijdvoorziening, klussendienst, ondersteuning van vrijwilligerswerk, voorlichting over het voorkomen van valongelukken, alarmeringssystemen. Flankerende voorzieningen zijn in Maassluis gericht op ouderen. Overwogen kan worden dat voor hen die een sociaal en financieel kader ontberen en niet oud zijn dergelijke voorzieningen ook toegankelijk worden gemaakt. Een aanvullende flankerende voorziening zou de ontwikkeling van mantelzorg kunnen zijn;

**5. Minderheden beleid (integratie vluchtelingen)**

Binnen de doelgroep minderheden zijn categorieën te onderscheiden met (ernstige) psycho-sociale problemen;

**6. Sport en recreatie; van belang voor gezondheid en vitaliteit, ook voor chronisch zieken.**

De gemeente is op deze beleidsterreinen volledig vrij; aard en omvang kan variëren.

De doeluitkeringen die onder de welzijnswet vallen zijn:

1. Maatschappelijke opvang. Centrumgemeenten voor het NWN- gebied zijn Rotterdam en Vlaardingen. Tot de maatschappelijke opvang behoren onder meer de dak- en thuislozenzorg en de crisisopvang. Veel van de cliënten van deze werksoorten kampen met een psychische en/of verslavingsproblematiek;
2. Vrouwenopvang. Centrumgemeenten voor het NWN- gebied zijn Rotterdam en Vlaardingen. Tot vrouwenopvang behoren voorzieningen als *Blijf-van-m'n-lif* huizen. Deze voorzieningen bieden opvang en onderdak aan bedreigde en mishandelde vrouwen uit heel Nederland;
3. Ambulante verslavingszorg. Centrumgemeente voor het NWN- gebied is Rotterdam. De gemeente is verantwoordelijk voor de functies preventie, medisch-maatschappelijke opvang en begeleiding, behandeling, nazorg, maatschappelijk herstel en consultatie. Een deel van de cliënten in de ambulante verslavingszorg is niet alleen verslaafd maar heeft ook psychische problemen (dual diagnosis). Vaak vallen deze cliënten tussen wal en schip en worden zij door de intramurale verslavingszorg noch door de reguliere GGZ-instellingen opgenomen.

De centrumgemeenten ontvangen vanuit het gemeentefonds middelen om de beleidsterreinen uit te voeren. Ze dienen in samenspraak met de in hun regio liggende gemeenten het beleid vorm te geven.

## **BIJLAGE 3.3 WET COLLECTIEVE PREVENTIE VOLKSGEZONDHEID**

### **Doel**

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (1 januari 1989) draagt de gemeenteraad op de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve zorg te bevorderen.

In het begrip collectieve preventie worden drie functies onderscheiden (hoofdlijnennotitie):

1. gezondheidsbevordering;
2. gezondheidsbescherming;
3. ziektepreventie.

### **Taken**

De gemeente moet, volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zorg dragen voor:

1. het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking (op basis van epidemiologische analyses);
2. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu;
3. het bevorderen van de (psycho)hygiëne;



4. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventie programma's met in begrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding, o.a. door het zorgdragen voor de totstandkoming van een structuur waarbinnen de samenwerking vorm krijgt tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
5. het zorgdragen voor de totstandkoming van een oproepsysteem van door de minister aangewezen bevolkingsonderzoeken;
6. collectieve preventie betreffende infectieziekten, w.o. TBC, SOA, Aids;
7. collectieve preventie betreffende gezondheidsrisico's voor jeugdigen (vanaf 4 jaar).

### **Uitvoering**

Voor de uitvoering van deze taken moet de gemeente zorgen voor de instelling en instandhouding van geneeskundige gezondheidsdiensten. Ook andere gezondheids-zorginstellingen kunnen taken op het terrein van de collectieve preventie uitvoeren. De Wet bepaalt dat de GGD (als uitvoerende instantie)

tenminste beschikt over deskundigheden op een zevental terreinen: geneeskunde, epidemiologie, verpleegkunde, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, tandzorg, gedragswetenschappen en informatica. Hoewel de gemeente en GGD deze deskundigen in huis moeten hebben, is er van sommige terreinen zeer beperkte formatie beschikbaar, bijvoorbeeld van de gedragswetenschappers.

### **Financiering**

De financiering van de collectieve preventie vindt plaats vanuit het gemeentefonds. De Wcpv legt de verantwoordelijkheid voor een aantal uitvoeringstaken op het gebied van de collectieve preventie in medebewind neer bij de gemeente.

Zoals ook in de tekst veelvuldig vermeld, is dit een vage wet met veel mogelijkheden voor de gemeente om er een eigen invulling aan te geven.

### **BIJLAGE 3.3.1 BEVORDERINGSTAKEN**

De minister van volksgezondheid heeft, naar aanleiding van de adviezen van de commissie Lemstra, besloten de taken die in de WCPV zijn genoemd op een aantal punten te specificeren. Zij wil daarmee meer helderheid verschaffen in de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen het rijk en de gemeente.

#### **Werkgroep Bevorderingstaken**

I. Het opstellen en uitvoeren van een gemeentelijke Nota Gezondheidsbeleid, waarbij voor de gemeenteraad de volgende deeltaken een onderdeel zijn gedefinieerd;

II. Het tenminste éénmaal per vier jaar een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid vaststellen, waarin is vastgelegd:

A. Welk doel de gemeente op lokaal niveau wil realiseren en welke accenten en prioriteitstellingen.

De gemeenteraad besteedt daarbij specifiek aandacht aan het beleidsvoornemen buiten de gezondheidssector om gezondheidskansen te kunnen benutten en gezondheid risico's te kunnen beheersen of verminderen. De gemeenteraad benoemt de problemen en vraagstukken waarvoor een gemeentegrens overstijgende aanpak noodzakelijk is;

B. Van welke organisaties en hulpverleners in de regio de gemeenteraad een actieve rol verwacht;

C. Op welke wijze de gemeenteraad er voor zorgt dat de steun voor en bijdragen aan de realisatie van het gemeentelijke gezondheidsbeleid behouden blijven en zo nodig versterkt worden;

D. Op welke wijze de gemeenteraad samen met betrokken actoren voorwaarden schept die noodzakelijk zijn om het voorgenomen beleid te realiseren;

E. Op welke wijze de gemeenteraad tussentijds geïnformeerd blijft over resultaten en de wijze waarop bijsturing van het beleid zal plaatsvinden.

III. De (inter) gemeentelijke nota gezondheidsbeleid is gebaseerd op tenminste de volgende bouwstenen:

A. Een periodiek kwalitatief en kwantitatief overzicht van de belangrijkste vraagstukken en problemen op het terrein van de volksgezondheid (vierjaarlijks);

B. Een inventarisatie van belangrijke thema's voor de volksgezondheid in het collegeprogramma of het geheel van beleidsvoornemens van een gemeente;

C. Een inventarisatie van de plannen van zorgaanbieders, relevante instellingen en zorgverzekeraars in de regio;

D. Een terugblik op het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

IV. Het planmatig, integraal en intersectoraal formuleren van een aanbod van preventieprogramma's in een gemeente;

V. Het instandhouden van de GGD, waarbij de volgende deeltaken voor de gemeenteraad tot uitdrukking gebracht worden:

A. Het formuleren van de kaders waarbinnen de gezondheidsdienst een bijdrage levert aan de opstelling van de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid;

Het formuleren van de inhoudelijke-, bestuurlijke- en financiële kaders waarbinnen de gezondheidsdienst uitvoering geeft aan:

- de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid;
- aan de overige taken die bij of krachtens deze wet zijn opgedragen;
- taken die de gemeenteraad voor het overige heeft gekozen als onderdeel van het beleid.



## **BIJLAGE 3.3.2 OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

### **Werkgroep Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)**

1. De gemeente moet zorgdragen voor het formuleren van het OGGZ-beleid als onderdeel van het lokale gezondheidsbeleid.
2. De gemeente moet zorgdragen voor de beschikbaarheid van een basisaanbod van OGGZ-activiteiten. De gemeente is verantwoordelijk voor de regie van de OGGZ.
3. De regie bestaat uit onder andere het instellen en instandhouden van samenwerkingsverbanden.
4. Als onderdeel van deze regierol is de gemeente verplicht convenanten af te sluiten met alle betrokken partijen. In de convenanten wordt het basisaanbod vastgelegd.

### **Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: een toelichting**

Onder de OGGZ vallen alle activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid die worden uitgevoerd, niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag. Het betreft de zogenaamde bemoeizorg: ongevraagde zorg aan risicogroepen. De OGGZ is een containerbegrip waaronder zeer veel beleidsterreinen, doelgroepen, activiteiten en uitvoerders vallen.

### **Doelgroepen**

Doelgroepen waarop de OGGZ zich richt zijn *onder andere*: medisch-hygiënische probleemgevallen, vereenzaamde ouderen, mensen die dementeren, geïsoleerde(ex/chronische) psychiatrische patiënten, dak en thuislozen, verslaafden, mensen met psychische problemen na een ramp, mishandelde vrouwen, mishandelde kinderen; deze doelgroepen kunnen voor GGZ met *preventieve* activiteiten worden uitgebreid met groepen die geen problemen hebben of veroorzaken maar die wel een groter risico hebben om problemen te krijgen, zoals etnische minderheden, illegalen, asielzoekers en vluchtelingen, mensen met een verstandelijke handicap, sociaal zwakkeren, chronisch zieken, depressieve mensen.

### **Activiteiten**

De OGGZ is vooral te herleiden tot preventie en vangnet en betreft activiteiten die variëren van vroegtijdige hulpverlening tot problematiek met vooral een openbare orde karakter. De OGGZ omvat een breed scala aan voorwaardenscheppende en uitvoerende activiteiten, die zijn gericht op gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en ziektepreventie. Er zijn drie soorten initiatieven te onderkennen binnen de OGGZ:

1. directe hulpverlening; crisisinterventie; 7 x 24 uursdienst; (crisis)opvang;

2. preventie en zorg voor mensen met een verhoogd risico: signaleren, vinden en in kaart brengen van deze mensen, vervolgens bereiken van de gevonden mensen bijvoorbeeld door een laagdrempelig sociaal- medisch spreekuur op locatie, bieden van begeleiding door middel van case management<sup>43</sup>, begeleiding in de vorm van een maatschappelijk ondersteuningssysteem<sup>44</sup>, hulp- verlening die aanvullend is op andere hulpverlening<sup>45</sup>, beleidsadvisering, actieve informatieverstrekking. Verder zijn activiteiten die hieronder vallen consultatie en dienstverlening aan derden over hoe om te gaan met

risiciogroepen: deskundigheidsbevordering onder mensen die direct met de doelgroep in contact komen (*veldwerkers*) zoals hulpverleners en politie- mensen;

3. preventie, gezondheidsbevorderende en beschermende activiteiten gericht op niet nader omschreven doelgroepen; zoals aan hulpverleners, leerkrachten en andere veldwerkers, en ontwikkeling van methodieken; deskundigheidsbevordering, coördinatie van activiteiten.

### **Uitvoerders**

De OGGZ-activiteiten worden uitgevoerd door Maatschappelijke Opvang, GGD en RIAGG. De rijksoverheid wil dat de OGGZ meer wordt ontwikkeld en gereguleerd, waarbij zij in de eerste plaats verantwoordelijkheid ziet voor de gemeentelijke overheid, en daarnaast voor de GGD en RIAGG. Er zijn talloze manieren om meer structuur en inhoud te geven aan het OGGZ-werkterrein, waarin de gemeente zich nadrukkelijker kan manifesteren. De gemeente zou partijen in de complexiteit van het netwerk tot samenwerking moeten brengen, ze moeten prikkelen hun taakuitoefening mede te richten op het bereiken van gemeenschappelijk te formuleren doelen en initiatieven te belonen. Van de gemeente wordt echter verwacht dat zij ontwikkelingen probeert te sturen op een inhoudelijk breed terrein terwijl zij lang niet altijd de mogelijkheden heeft om aan deze sturing op directe wijze gestalte te geven. Voor de realisatie van OGGZ-beleid is de gemeente in aanzienlijke mate immers afhankelijk van de kennis en inzet van andere organisaties. De gemeente als regisseur zou vooral een netwerkmanager moeten zijn die poogt complexe processen tussen organisaties op het gebied van de OGGZ te stimuleren, organiseren en begeleiden. Primair verantwoordelijk zijn de gemeente en het zorgkantoor.

---

<sup>43</sup> de hulpverlener is de spil-figuur in de hulpverlening voor een cliënt: hij onderhoudt het contact met de cliënt en regelt de zaken voor de cliënt met andere hulpverlening en andere organisaties.

<sup>44</sup> Community support system- een netwerk dat om de cliënt heen wordt gesponnen, zodat deze met zijn handicap toch zoveel mogelijke een zogenaamd *normaal* leven kan leiden: met (ontmoetings)activiteiten, werk, scholing, welzijnsactiviteiten, een huis, een laagdrempelig spreekuur, en de mogelijkheid tot kortdurende opname bij terugval etcetera.

<sup>45</sup> Complementaire hulpverlening

## **Uitvoering**

In Maassluis worden reeds OGGZ-projecten aangeboden voor chronisch psychiatrische patiënten, huurders die problemen veroorzaken (*Overlast overleg*), overlastgevende jongeren (peergroepproject), asielzoekers en vluchtelingen (netwerk), (probleem)jongeren (o.a. Doe Effe Normaal, TUIG).

### **BIJLAGE 3.3.3 INFECTIEZIEKTENBESTRIJDING**

#### **Werkgroep Infectieziektenbestrijding**

1. Surveillance : verzamelen, analyseren en interpreteren van infectieziekte- gegevens en verspreiding van informatie;
2. Activiteiten gerelateerd aan de Infectieziektenwet :  
Het betreft niet alleen de aangifte van bepaalde infectieziekten, maar ook maatregelen zoals advisering, opname ter isolatie en geneeskundig onderzoek en rechterlijke toetsing. De infectieziektenwet geeft een limitatieve opsomming van ziekten waarop de wet van toepassing is;
3. Beleidsadvisering:  
Op gemeentelijk niveau dienen relevante beslissingen voor de volksgezondheid getoetst te worden die gevolgen hebben voor de volksgezondheid;
4. Preventie;
5. Bron- en contactopsporing;
6. Netwerk- en regiefunctie: De gemeenteraad (via de GGD) draagt de verantwoordelijkheid voor het totstandkomen van en onderhouden van een lokaal/regionaal netwerk op het gebied van de infectieziektenbestrijding. In dit netwerk dienen onder meer deel te nemen: huisarts, laboratoria c.q. microbiologen, ziekenhuizen en andere zorginstellingen, consumentenorganisaties, vrijwilligersorganisatie en medisch-maatschappelijke werk. Daarnaast is overleg gewenst tussen alle relevante ambtelijke vertegenwoordigers;
7. Vangnetfunctie. Kenmerkend voor de vangnetfunctie is het anticiperende karakter. Daarnaast wordt deze taak *ad hoc* uitgevoerd;
8. Outbreakmanagement;
9. Onderzoek.



## **BIJLAGE 3.3.4 HYGIËNE**

### **Werkgroep Hygiëne (technische hygiëne zorg)**

1. De gemeente actualiseert jaarlijks een lijst met instellingen die in aanmerking komen voor technische hygiëne zorg. Deze lijst wordt aan de GGD geleverd;
2. De gemeente biedt technische hygiëne zorg voor kindercentra en basisscholen tot en met groep 2 en de medisch kindertehuizen aan en draagt zorg voor de kosten van deze zorg;
3. De gemeente stelt verordeningen op, waarin de eisen voor de technische hygiëne van voorzieningen en het gebruik van deze voorzieningen alsmede de sancties in geval van in gebreke blijven, zijn vastgelegd, zoals instellingen ressorterend onder de Wet op de Jeugdhulpverlening.

### **Hygiëne (technische hygiëne zorg): een toelichting**

Technische hygiëne zorg bestaat uit de technische hygiëne en de technische hygiëne zorg; onder technische hygiëne verstaat men dat deel van de preventieve gezondheidszorg dat met gebruikmaking van technische hulpmiddelen de gezondheid tracht te bevorderen en in stand te houden. Dat gebeurt bijvoorbeeld door middel van drinkwatervoorziening, afvalwaterzuivering, woningbouw, luchtbehandeling, sanitaire voorzieningen, voedselbehandeling.

De technische hygiëne zorg is vooral gericht op de preventie van infectieziekten. Deze zorg is geïndiceerd in die situaties waarin veel mensen van gemeenschappelijke of collectieve voorzieningen (bronnen) gebruik maken.

De technische hygiëne zorg richt zich op vele soorten collectieve voorzieningen, onder meer op grootkeuken, kindercentra, kinderdagverblijven, campings, scholen, asielzoekerscentra, sauna's en zwembaden.

## **BIJLAGE 3.3.5 MEDISCHE MILIEUKUNDE**

### **Werkgroep Medische Milieukunde**

1. Het behandelen van medisch milieukundige vragen en klachten van de bevolking;
2. Het signaleren van situaties die vanuit medisch milieukundig oogpunt ongewenst zijn;
3. Het uitvoeren van toegepast (kleinschalig) onderzoek;
4. Advisering over gezondheidsrisico's in relatie tot milieuproblemen aan de bevolking, gemeenten, gemeentelijke milieudiensten, gezondheidszorg en andere instanties;
5. Het geven van gezondheidsvoorlichting binnen het terrein van de medische milieukunde.

### **Medische Milieukunde: een toelichting**

Medische milieukunde houdt zich bezig met de invloed van milieuverontreiniging op de gezondheid. Onder het begrip "milieu" wordt de fysieke omgeving van de mens verstaan. Deze omgeving wordt beschreven in chemische, biologische of fysische termen.

Gericht op de GGD's wordt de medisch milieukundige taak globaal omschreven "als het signaleren en onderzoeken van gezondheidsrisico's in verband met milieuverontreiniging teneinde gefundeerde adviezen te kunnen brengen en voorlichting te kunnen geven". Twee categorieën vragen liggen hieraan ten grondslag:

1. expositie/ milieuspoor: is een bepaalde situatie van milieuverontreiniging een risico voor de gezondheid?
2. effect/ gezondheidsspoor: worden bepaalde gezondheidsklachten veroorzaakt door milieuverontreiniging?

De GGD is in 1997 bezig geweest met de ontwikkeling van een registratie-systeem en protocolontwikkeling ten behoeve van de afhandeling van medisch milieukundige vragen.

## BIJLAGE 3.3.6 JEUGDGEZONDHEIDSZORG (JGZ)

### Werkgroep Jeugdgezondheidszorg

#### 1. Monitoring en signalering

Individueel	Groeps/populatiegericht
Gezinssamenstelling	Medische biologisch
Erfelijke belasting	Gedrag
Voorgeschiedenis	Sociaal Milieu
Lichamelijke verschijning	Fysiek Milieu
Groei	Zorgsysteem
Ontwikkeling	
Functies	

#### 2. Vaststellen van de zorgbehoefte

Individueel	Groeps/populatiegericht
Behoefte inschatten	Bepalen risicogroepen
Adequate zorg regelen/zorg op maat	Zorg risicogroepen

#### 3. Screeningen en vaccinaties

Individueel
Screeningen
Vaccinaties

#### 4. Voorlichting, advies, instructie, begeleiding

Individueel	Groeps/populatiegericht
Voeding	Overmatige zorg
Verzorging	Seksueel misbruik
Veiligheid	Verkeersoverlast/problematiek
Ouderschap/Opvoeding	Onveilige situaties in de wijk
Speelgoed/vrijtijdsbesteding/vereniging	Frequent muteren
Ontwikkelingsfasen/problematiek	Slechte/geen kinderopvang- mogelijkheden
(Seksuele) rijping/geraardheid/identiteit	Slechte schoolvoorzieningen
SOA preventie voorlichting	Tekort aan/bevuilde/onveilige speel- of openbare ruimten
Anticonceptie	Besmettelijke ziekten
Relaties/vrienden/peers/ouders	Tekort aan gezondheids-/ welzijnsvoorzieningen
Vaccinaties	Discriminatie
Klachten	Criminaliteit
Behandelingsmogelijkheden	
Geneesmiddelen/roken/drugs	
Kinderopvang/peuterzalen/onderwijs	
Verblijf in buitenland	
Bewegen	
Beroepsadvisering	

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 5 | <b>Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen</b><br>Individueel<br>Eerste milieu<br>Tweede milieu | Groeps/populatiegericht<br>Tweede milieu  |
| 6 | <b>Samenwerken rond zorgsystemen, netwerken en overleg</b>                                      |   |
| 7 | <b>Sturing</b>  | Beleidsadvisering<br>Milieu-epidemiologie<br>Wetenschappelijk onderzoek<br>Kwaliteitsborging van het basistakenpakket |

### **Jeugdgezondheidszorg: een toelichting**

De jeugdgezondheidszorg heeft tot doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling.

De gezondheidszorg richt zich op kinderen en jeugdigen van 0 tot ongeveer 19 jaar en hun ouders.

Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de JGZ

0 tot 4 jarigen, uitgevoerd door thuiszorgorganisaties (uit de AWBZ) en de JGZ 4 tot 19 jarigen, uitsluitend uitgevoerd door GGD's (uit algemene uitkering in het Gemeentefonds). De zorgsystemen sluiten op elkaar aan, maar kennen een gescheiden organisatie, financiering en besturingen (p6 hoofdlijnennotitie).

### **Taken**

Het wettelijk verplichte pakket van de JGZ dient afgebakend te worden tot

1. preventieve zorg (in tegenstelling tot curatieve zorg);
2. JGZ-taken (itt andere GGD-taken/thuiszorgorganisatietaken);
3. zorg voor 0 tot 19 jarigen en hun ouders vanaf de geboorte van het kind (in tegenstelling tot antenatale zorg);
4. zorg, met een beperking van het aantal interventies indien sprake is van raakvlakken met andere sectoren.

### **Signalering**

De werkgroep van Lemstra vindt dat de beperking van het pakket moet worden gezocht in beperking van het aantal contactmomenten; hierover is discussie mogelijk. Momenteel worden kinderen in hun basis- en middelbare school-

carrière drie maal opgeroepen. Er kan ook voor worden gepleit dat er minder aan grootschalige monitoring wordt gedaan, en meer aan gerichte signalering. Bij een dergelijk systeem zou meer voorlichting en preventie horen. Bovendien zou de signaleringscapaciteit van onderwijskrachten en andere opvoeders moeten worden ontwikkeld. Het aantal keren dat activiteiten plaatsvinden in het kader van het volgen van kinderen in hun ontwikkeling dient in ieder geval in onderling overleg met de gemeente te worden vastgesteld. Binnen het algemene kader zoals in de wet aangegeven, moeten op regionaal niveau afspraken gemaakt worden over de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

### **Lokaal preventief jeugdbeleid**

De gemeente ontwikkelt lokaal preventief jeugdbeleid. Het gaat er daarbij om verschillende sectoren die met jongeren te maken hebben met elkaar in verband te brengen in beleid dat jongeren een veilige en goede omgeving biedt om zich tot volwassenheid te ontwikkelen: onderwijs, sport, welzijn

(jongerenwerk), jeugdgezondheidszorg (GGD, Thuiszorg), kinderopvang, huisvesting en werk.

### **Preventie en curatie**

De gemeente is verantwoordelijk voor de preventie- het preventief jeugdbeleid, de stadsregio voor de curatie- de jeugdhulpverlening. Waar preventie ophoudt begint zorg: vroegsignalering vindt plaats in het overgangsgebied. Er is een aantal velden die zich op het grensvlak bevinden van curatie en preventie:

1. opvoedingsondersteuning; verantwoordelijkheid van zowel de stadsregio (ondersteuning en curatie) als de gemeente (uitvoering en preventie);

2. buurtnetwerken; onderdeel van het lokaal preventief jeugdbeleid. Daarmee kunnen social teams zowel op voortgezet onderwijs als op basis onderwijs werken. De gemeente organiseert en onderhoudt de netwerken: de gemeente is regisseur;

3. social teams en schoolmaatschappelijk werk in voortgezet onderwijs, omdat bij een (groeiend?) deel van de schooljeugd problemen voorkomen die tijdige interventie vereisen.

Voor schoolmaatschappelijk werk op het Basis Onderwijs is de gemeente verantwoordelijk, op andere onderwijsvoorzieningen ligt de verantwoordelijkheid bovengemeentelijk;

4. tegengaan van schooluitval; in het kader van het Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid (GOA) is een sluitende aanpak nodig van het onderwijsveld met instellingen zoals jeugdhulpverlening, de GGD, consultatiebureaus, het Boumanhuis, de Onderwijs Begeleidings Dienst (OBD), justitie, arbeidsvoorziening, de Stichting Stedelijk Jongerenwerk -Maassluis (SSJM), wijkorganisaties en sportorganisaties. (bredeschoolgedachte). Dit betreft een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de (samenwerkende Nieuwe Waterweg Noord) gemeente(n), en de stadsregio (voor jongeren met zwaardere problemen);

5. daghulp voor oudere (niet) schoolgaande jeugd; primair de verantwoordelijkheid van de stadsregio;

6. jeugd en veiligheid; het thema "jeugd en veiligheid" staat centraal in het Lokaal Preventief Jeugdbeleid- onderdeel 1. Preventieprogramma's op scholen gaan in op het gebruik van risicovolle genotmiddelen, vandalisme en criminaliteit, omgaan met elkaar. Voor zwaardere hulpverlening komt de stadsregio in beeld;

7. de jeugdmonitor: gegevensverzameling op het gebied van demografie, onderwijs, arbeid en inkomen, gezondheid/leefstijl/ welbevinden, welzijn en criminaliteit. Het zal een instrument zijn waarmee inzicht wordt verkregen in veranderingen die zich voordoen. De gegevensverzameling dient gericht te zijn op initiëren, onderbouwen, en evalueren van beleid.

Waardevolle informatie wordt verkregen over risicofactoren, die de ontwikkeling van jongeren beïnvloeden. De monitor moet meten en zorg combineren: een neven doel van de monitor is namelijk vroegsignalering en vroegtijdige interventie bij individuele jongeren. Voor de jeugdmonitor moet worden vastgesteld welke gegevens verzameld moeten worden en wie het bij gaat houden. Verder is het van belang vast te stellen wat het beleidskader is waarvoor gegevens worden verzameld: bijvoorbeeld voor GOA of LPJ; 8. bureau jeugdzorg.

### **Uitvoerders**

Op lokaal niveau zijn er, naast de gezondheidszorg (GGD en Thuiszorg-instellingen) meerdere aanbieders die complementair aan de jeugdgezondheidszorg activiteiten uitvoeren zoals huisartsen, Riaggs, advies en meldpunt kindermishandeling en scholen. Kern is dat de jeugdgezondheidszorg zich richt op de jeugd van 0-19 jaar en dat de andere aanbieders zich binnen deze groep richten op zieke kinderen of kinderen met een gezondheidsrisico.

## **BIJLAGE 3.4 OVERIGE WETTEN**

In alfabetische volgorde komen aan de orde de Arbeidsomstandighedenwet, Destructiewet, Gemeentewet, Grondwet, Leerplichtwet, Wet op de lijk-bezorging, Nieuwe algemene bijstandswet, Wet op de Openluchtrecreatie, Wet Primair onderwijs, Waterleidingwet, Wegenverkeerswet en Reglement verkeerstekens en verkeersregels.

### **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. Concrete wetgeving

### **Destructiewet**

De gemeente moet ervoor zorgen dat kadavers van in de wet genoemde dieren (destructiemateriaal) op hygiënische wijze worden afgevoerd naar het zogenaamde destructiebedrijf. Op basis van deze wet moet de gemeente een verordening maken, waarin is geregeld wat de houder van dat destructie-materiaal ermee moet doen, hoe het moet worden bewaard totdat het wordt opgehaald etcetera. Concrete wetgeving.

### **Gemeentewet**

Artikel 149 van de Gemeentewet geeft de gemeenteraad de bevoegdheid om verordeningen op te stellen in het belang van de gemeente. Deze wet biedt veel ruimte voor lokaal beleid.

## **Grondwet**

In artikel 22 van de Grondwet staat beschreven dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de gezondheid.

Deze wet biedt veel ruimte voor lokaal beleid.

## **Leerplichtwet**

B&W kan vrijstelling van leerplicht verlenen indien een leerplichtige ongeschikt wordt bevonden om (volledig) onderwijs te volgen. B&W geeft deze vrijstelling, nadat een onafhankelijke arts de leerplichtige ongeschikt heeft bevonden tot het volgen van (dag)onderwijs. Deze onafhankelijke functie wordt uit-

gevoerd door de GGD.

Concrete wetgeving.

## **Wet op de lijkbezorging**

In de Wet op de lijkbezorging is geregeld hoe de gemeente moet handelen bij overlijden, begraven en cremieren. Onder meer is de gemeente verplicht om te beschikken over een gemeentelijke lijkschouwer, een GGD-arts. Deze arts kan verklaringen afleggen over een (on)natuurlijke dood.

Tevens dient de gemeente zorg te dragen voor het (laten) verzorgen van een crematie of begrafenis indien niemand anders daartoe opdracht geeft (bevoegdheid van de burgemeester, gemandateerd aan sectorhoofd welzijn).

Concrete wetgeving.

## **(Nieuwe) Algemene bijstandswet**

Volgens artikel 199 in de NABW dient de gemeente voorlichting te geven over voorzieningen voor herstel van zelfstandige bestaansvoorziening, alsook over voorzieningen op het gebied van mogelijkheden tot arbeidsinschakelen.

Artikel 144, het zogenaamde 'experimenteerartikel' biedt de gemeente meer mogelijkheden om mensen met een uitkering (trachten) te stimuleren weer 'mee te doen' in de maatschappij met als doel sociaal isolement en sociale uitsluiting te voorkomen en bestrijden.

Deze wet biedt veel ruimte voor lokaal beleid.

## **Algemene bijstandswet (sociaal medische advisering)**

De GGD geeft adviezen aan B en W over beschikkingen op basis van deze wet.

## **Wet op de openluchtrecreatie**

Op basis van de Wet op de openluchtrecreatie moet de gemeente een verordening hebben waarin bepalingen inzake de gezondheid zijn opgenomen.

Concrete wetgeving.

## **Wet Primair onderwijs**

Op grond van de Wet Primair onderwijs in combinatie met de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, is de gemeente verplicht om zijn GGD op te dragen te adviseren over toelating van kinderen tot het buitengewoon onderwijs.

Concrete wetgeving.

## **Waterleidingwet**

De Waterleidingwet is verbonden met de Infectieziektenwet. Wanneer werknemers van een waterleidingbedrijf een besmettelijke ziekte hebben, moet dat worden gemeld bij de Inspecteur voor de Volksgezondheid of de directeur van de GGD.

Daarnaast moet de kwaliteit van het drinkwater voldoen aan bepaalde eisen in verband met de volksgezondheid.



Concrete wetgeving.

**Wegenverkeerswet en Reglement verkeersregels en verkeerstekens**

Op basis van deze wetgeving heeft de GGD tot taak de gemeente te adviseren inzake de medische noodzaak tot het verlenen van een invalidenparkeerkaart of invalidenparkeerplaats.

Concrete wetgeving.

# Bronnen

## 1 GEÏNTERVIEWDEN/REGIONALE WERKCONFERENTIE

Voor deze nota is met een aantal zorgconsumenten, zorgaanbieders en verzekeraars gesproken om beter inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de gezondheidssituatie en zorgvraag van de inwoners van Maassluis.

Vertegenwoordigers van de volgende organisaties zijn geïnterviewd:

Lokale Huisartsen Vereniging	17 november 1998
Patiënten Belangen Vereniging Maassluis	9 december 1998
Maassluis huisarts	1 februari 1999
Overlastoverleg Maassluis	17 februari 1999

Op 21 januari 1999 is er een regionale werkconferentie gehouden, onder voorzitterschap van mevrouw W. Wijkmans-Yntema in het bijzijn van de wethouders volksgezondheid en leden van de raad uit de drie gemeenten.

Vertegenwoordigers van de volgende instellingen hebben deelgenomen:

<b>Organisatie</b>	<b>Plaats</b>
Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen	Vlaardingen
DistrictsHuisartsen Vereniging	Vlaardingen
GGD/NWN	Vlaardingen
Het Zonnehuis	Vlaardingen
Holy Ziekenhuis	Vlaardingen
Huisarts	Schiedam
Katholieke Bond van Ouderen	Maassluis
Katholieke Bond van Ouderen regio Rijnmond/ NWN	Vlaardingen
Maassluis Overleg Gehandicapten	Maassluis
Patiënten Belangen Vereniging	Schiedam
Patiënten Belangen Vereniging Maassluis	Maassluis
Protestant Christelijke Ouderen Bond Vlaardingen	Vlaardingen
Psychiatrisch Centrum Joris	Delft
Regionaal Overleg Gehandicapten Waterweg	Vlaardingen
Regionaal Patiënten/ Consumenten Platform Rijnmond	Rotterdam
Regionale Commissie Gezondheidszorg NWN	Schiedam
Regionale Organisatie Gehandicapten Voorzieningen NWN	Maassluis
Samenwerkende Ouderen Bonden NWN	Schiedam
Sociaal Pedagogische Dienst W.Z.H.	Vlaardingen
St. Buitenlandse Werknemers Rotterdam	Rotterdam
St. de Harg- Spaland	Schiedam
St. Maatschappelijke Dienstverlening NW	Schiedam
St. Onder Een Dak	Maassluis
St. Ouderenwerk Maassluis	Maassluis
St. Ouderenwerk NWN	Schiedam
St. Paulus Johannes XXIII	Rotterdam
St. Samenlevingsopbouw Maassluis	Maassluis
St. Zorgcentrum François Haverschmidt/ SUNWN	Schiedam

Stichting Ango/ NWN	Vlaardingen
Stichting Schievaart	Schiedam
Thuiszorg NWN	Vlaardingen
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	's-Gravenhage
Verpleeghuis Driemaasstede	Schiedam
Vlaardings Overleg Revalidatie	Vlaardingen
Vlaardingse Zorgcentra Meerpaal/ Wetering	Vlaardingen
Woon, Zorg en Dienstencentrum De Tweemaster	Maassluis

## 2 BESPREKING CONCEPT- NOTA

Op 22 november 1999 heeft er een lokale werkconferentie in Maassluis plaatsgevonden. Onder voorzitterschap van de wethouder volksgezondheidsbeleid mevrouw L.D. Wesenhagen- Kastelein is de concept- nota met het veld besproken.

Voor de lokale werkconferentie zijn de volgende organisaties uitgenodigd:

<b>Organisatie</b>	<b>Plaats</b>
Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen	Maassluis
ANGO	Maassluis
ASVZ Zuid West	Sliedrecht
Boumanhuis	Capelle a/d IJssel
CAD NWN	Vlaardingen
Gemeente Schiedam	Schiedam
Gemeente Vlaardingen	Vlaardingen
Gezinsvervangend tehuis De Luit	Maassluis
GGD Nieuwe Waterweg Noord	Vlaardingen
Holy Ziekenhuis	
Internationale Vrouwengroep De Regenboog	Maassluis
Interzuilair Overleg	Maassluis
Katholieke Bond voor Ouderen	Maassluis
Kinderopvang	Maassluis
Lokale Huisartsenvereniging	Maassluis
Maatschappelijke Dienstverlening Nieuwe Waterweg	Maassluis en Schiedam
Maassluis Overleg Gehandicaptten	Maassluis
Maassluis Vrouwenraad sectie Emancipatie	Maassluis
Pameijer Keerkring	Schiedam
Patiënten Belangen Vereniging Maassluis	Maassluis
Platform Culturele Minderheden	Maassluis
Platform Verslavingspreventie	Maassluis
Psychiatrisch Centrum Joris	Delft
Protestants Christelijke Ouderen Bond	Maassluis
Provincie Zuid- Holland	Den Haag
Raadsleden Maassluis	Maassluis
Regionale Commissie Gezondheidszorg NWN	Schiedam
Regionaal Genootschap Fysiotherapie	Maassluis
Regionaal Indicatie Orgaan NWN	Schiedam
Regionale Organisatie Gehandicaptten Voorzieningen NWN	Maassluis
Regionaal Overleg Gehandicaptten Waterweg	Vlaardingen
Regionaal Patiënten Consumenten Platform Rijnmond	Rotterdam

Reinier de Graaf Ziekenhuis	Delft
RIAGG Rijnmond Noord West	Vlaardingen
Samenwerkende Ouderenbonden	Maassluis
SPD West Zuid Holland	Vaardingen
Schieland Ziekenhuis	Schiedam
Stichting Buitenlandse Werknemers Rijnmond	Rotterdam
Stichting Jeugdzorg	Schiedam
Stichting Maatschappelijke Opvang	Delft
Stichting Paulus Johannes XX II	Rotterdam
Stichting Onder Een Dak	Maassluis
Stichting Ouderenwerk Maassluis	Maassluis
Stichting Stedelijk Jongerenwerk Maassluis	Maassluis
Stichting Samenlevings Opbouw Maassluis	Maassluis
Stichting Verpleeghuizen NWN	Schiedam
Stichting Vluchtelingen Werk Maassluis	Maassluis
Stichting Vrije Tijd en Vorming ZHN	Den Haag
Thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord	Schiedam
Tweemaster, de	Maassluis
Tympan Instituut	Voorburg
Verpleeghuis Driemaashave	Maassluis
Woning Stichting Maassluis	Maassluis
Zorgkantoor Nieuwe Waterweg Noord	Schiedam
Zorgverzekeraar DSW	Schiedam

### **3 ZWARE INSPRAAKPROCEDURE**

Van 10 januari 2000 tot 7 februari heeft er een zware inspraakprocedure voor de concept- nota "Volksgezondheidsbeleid in beweging" plaatsgevonden. In dat kader is er op 25 januari 2000 een hooravond georganiseerd. Naast de opmerkingen die op de hooravond zijn gemaakt, zijn er geen reacties binnen gekomen. Wel zijn voorafgaande deze periode twee reacties binnengekomen. In het kader van de zorgvuldigheid en volledigheid zijn deze twee reacties meegenomen bij de bijstelling van de concept- nota. In totaal zijn er in het kader van de zware inspraak 6 reacties geleverd op de concept- nota. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar het inspraakverslag.

## 4 LITERATUUROPGAVE

- Bestuursacademie (1997) studiebundel Volksgezondheidsbeleid.
  - Dienst Sociale Zaken & Welzijn van Hengelo (1997), Gezond Hengelo 1997-2002.
  - Gemeentelijke Sociale Dienst van Enschede (1997), Gezond Enschede 1997-2002.
  - Gemeente Maassluis: Sport in Beeld (1998).
  - Gemeente Nieuwegein (1992), Gemeentelijk gezondheidsbeleid Nieuwegein
- De gezondheidstoestand: een actualisering van de Volksgezondheid. Toekomst Verkenning 1997.
- GGD-Nieuwe Waterweg Noord (1998), productenboek 1998.
  - GD-Nieuwe Waterweg Noord (1999), productenboek 1999.
  - IGZ (1997), Repatriëring slachtoffers busongeval in Winterberg.
  - IPSO (1996), Lokaal zorgbeleid 1996 in beeld, Resultaten enquête Zorgstad.
- Mogelijkheden voor lokaal beleid voor chronisch zieken.
- Milieudienst Rijnmond (DCMR) & gemeente Maassluis, milieumonitor 1998
  - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (juni 1999). Notitie Openbare Gezondheidszorg.
  - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). Kijk op sportbeleid, deel vier. Gezond bewegen en veilig sporten, mogelijkheden voor gemeenten en hun GGD'en.
  - Platform openbare gezondheidszorg (2000). Spelen op de winst. Een visie op de openbare gezondheidszorg.
  - Projectenbundel Collectieve Preventie, 1992.
- I.Project Basistaken Collectieve Preventie (1998)
- Hoodlijnennotitie
  - werkgroep Jeugdgezondheidszorg, Jeugdgezondheidszorg deel I en II
  - werkgroep OGGZ , Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)
  - werkgroep Bevorderingstaken, Bevorderingstaken
  - workshop Technische Hygiëne Zorg, Technische Hygiëne Zorg
  - workshop Medische Milieukunde, Medische Milieukunde
  - werkgroep Infectieziektenbestrijding, Infectieziektenbestrijding
- Regionale Commissie Gezondheidszorg Nieuwe Waterweg Noord (2000). Concept Regiovisie Zorg NWN 9 maart 2000.
  - SGBO (1998), Onderzoeks- en adviesbureau van de Verenigde Nederlandse Gemeenten.
- Handreiking gemeentelijke nota gezondheidsbeleidwerk-document.
- SGBO (1999), Onderzoeks- en adviesbureau van de Verenigde Nederlandse Gemeenten. Een stap op weg. Een handreiking voor gemeenten en RIO's over het onderbrengen van de Wvg- indicering bij het RIO.
  - Sociaal en Cultureel Planbureau (1998), Sociaal en Cultureel Rapport. 25 jaar sociale verandering.
  - Trimbos Instituut (1998), Uitgaan en drugs.
  - VNG-ledenbrief 97/35, Kwaliteitswet zorginstellingen.
  - VNG-ledenbrief 96/78, Kwaliteitswet zorginstellingen en Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (07).
  - VNG-ledenbrief 97/85, Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars.
  - VNG-ledenbrief 97/86, VNG-uitgave: Ruimte voor gezondheid (07).
  - VNG-ledenbrief 97/212, Regionale samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars.
  - VNG-ledenbrief 97/240, Regionale bijeenkomsten versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid (07).
  - VNG (1997), Ruimte voor gezondheid. Gezond bouwen en wonen in nieuwe wijken. Een terreinverkenning.

- VNG- ledenbrief 98/ 12, Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars.
- VNG-Notitie (1998), Terug- en vooruitblik positie van gemeenten in lokaal zorg- en gezondheidsbeleid", stuk t.b.v. de bijeenkomst van de Commissie Welzijn en Volksgezondheid van de VNG op 4 februari 1999.
- VNG-ledenbrief 99/50, Infectieziektenwet (07).
- Vrij Nederland/ Rob de Lange (24-4-99), 10.000 psychiatrisch patiënten worden op straat gezet.
- VWS/ KPMG (1998), Ondersteuningsstructuur GGD's.
- Welzijn in statistieken. Statistische gegevens over Maassluis, 1998. Gemeente Maassluis/sector Welzijn.
- Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1992), Onder anderen (nota GGZ).
- Werkgroep informatievoorziening GGD's (1998), De GGD's beter in beeld.

Het monitoren van taken in het kader van de openbare gezondheidszorg. Op weg naar een afgewogen integraal volksgezondheidsbeleid.

- Westering, Y.C. van (23 november 1998), Welzijnsdocument en OGGZ, uitgebreide fax beleidsmedewerker maatschappelijke aangelegenheden en volksgezondheid van de VNG.

# Afkortingen

ANBO	Algemene Nederlandse Bond van Ouderen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten
BaO	Basis Onderwijs
BOPZ	Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen
BVA	Bevolkingsonderzoek, Vangnet, Allochtonen
CAD NWN	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs Nieuwe Waterweg Noord
CLZ	Commissie Leerlingen Zorg
CWS	Centrum voor Werk en Scholing
FGT	Forensisch Geneeskundige Taken
GGD NWN	Geneeskundige en GezondheidsDienst Nieuwe Waterweg Noord
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GO	Gemeenschappelijk Orgaan
GOA	Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid
GH(O)R	Geneeskundige Hulpverlening bij (Ongevallen en) Rampen
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
IBA	Intergemeentelijke Beleids Adviseur
IVN	Internationaal Vrouwen Netwerk
JGZ	Jeugd Gezondheidszorg
JHV	Jeugd Hulpverlening
JOP	Jongeren Ontmoerings Plaats
HOED	Huisartsen Onder Een Dak
KBO	Katholieke Ouderen Bond
MDNW	Maatschappelijke Dienstverlening Nieuwe Waterweg Noord
MOG	Maassluis Overleg Gehandicapten
NWN	Nieuwe Waterweg Noord
NVBS	Nederlandse Vereniging voor Blinden en Slechtzienden
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OKZ	Ouder en Kindzorg
ONM	Bureau Opleiding en Maatschappelijk Werk voor Doven
OPJ	Overleg Punt Jongerenbeleid
PBVM	Patiënten Belangen Vereniging Maassluis
PCOB	Protestants Christelijke Ouderen Bond
PGO	Preventief gezondheidsonderzoek
PICO	Project Interculturele Ontmoetingen
PIN	Project Integratie Nieuwkomers
POH	Programma Op Hoofdzaken
PVO	Preventief Verpleegkundig Onderzoek
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RCG NWN	Regionale Commissie Gezondheidszorg Nieuwe Waterweg Noord
RHRR	Regionale Hulpverleningsdienst Rampen Rijnmond
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIO NWN	Regionaal Indicatie Orgaan Nieuwe Waterweg Noord

ROG NWN	Regionale Organisatie Gehandicapten Voorzieningen Nieuwe Waterweg Noord
RvA Zorgkantoor	Raad van Advies van het Zorgkantoor Nieuwe Waterweg Noord
SMZ	Sociaal Medische Zorg
SO	Speciaal Onderwijs
SOGG	Stichting Overleg Orgaan Geestelijke Gezondheidszorg
SoZaWe	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
SSJM	Stichting Stedelijk Jongerenwerk Maassluis
SSM	Stichting Samenlevingsopbouw Maassluis
VDB	Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten
VET	Voorlichting in Eigen Taal
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VO	Voortgezet Onderwijs
VSO	Voortgezet Speciaal Onderwijs
VTO	Vroegtijdige onderkenning Ontwikkelingsstoornissen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WSM	Woning Stichting Maassluis
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen
ZFW	Zieken Fonds Wet