



## **Gemeentelijk Gezondheidsbeleid**

*“Gezond wonen in Middelharnis”*

meerjaren gezondheidsplan

2004-2007

# Inhoud:

## **Hoofdstuk 1 Inleiding**

## **Hoofdstuk 2 Achtergrond en kader**

- 2.1. Aanleiding
- 2.2. Begrippenkader
- 2.3. Kader voor het gemeentelijk beleid
- 2.4. Samenvatting eerder verschenen startnota

## **Hoofdstuk 3 Inventarisatie knelpunten en actiepunten**

- 3.1. Leeswijzer
- 3.2. Algemene Gezondheidszorg
  - 3.2.1. Eerstelijns hulp op het platteland
  - 3.2.2. Algemeen Maatschappelijk Werk
  - 3.2.3. Ambulancevervoer
  - 3.2.4. Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
  - 3.2.5. Wachtlijsten
- 3.3. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
  - 3.3.1. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)
  - 3.3.2. Sociale steun en gevoelens van eenzaamheid
- 3.4. Geweld
  - 3.4.1. Mishandeling, Incest en Suicide (MIS)
  - 3.4.2. Huiselijk Geweld
- 3.5. Leefstijl/Lichamelijke Klachten
  - 3.5.1. Tandbederf/Tandenpoetsproject
  - 3.5.2. Overgewicht bij jongeren
  - 3.5.3. Verslavingsproblematiek
  - 3.5.4. Voorkoming van Hart- en Vaatziekten

## **Hoofdstuk 4 Planning en overzicht activiteiten 2004-2007**

## **Hoofdstuk 5 Onderhoud van het gemeentelijk gezondheidsbeleid**

- 5.1. Evaluatie
- 5.2. Randvoorwaarden voor een goede beleidsvorming

## **Bronnen**

## **Bijlagen**

- 1. Wettelijk kader op het terrein van gezondheid

# **Hoofdstuk 1**

## **Inleiding**

Gemeenten zetten zich volop in voor de gezondheid en het welzijn van hun burgers. Dit gebeurt niet alleen samen met de GGD. Ook andere werkterreinen en organisaties zijn daarbij betrokken, zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, onderwijs, het welzijnswerk, jeugdzorg, ouderenzorg, verslavingszorg, gehandicaptenzorg, indicatiestelling en consultatiebureaus. Er is nauwelijks een beleidssector die geen raakvlakken met of effecten op de volksgezondheid heeft.

Doel is het beleid en de activiteiten zo dicht mogelijk bij de burger te brengen. Het dichtst bij de burger staat de gemeente.

Het landelijk beleid kiest dan ook voor versterking van de positie van gemeenten op het terrein van de volksgezondheid. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid is tot uitdrukking gebracht in het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg, dat werd ondertekend door de ministers van VWS en van binnenlandse zaken en door de voorzitters van de VNG en GGD Nederland.

Dit contract is erop gericht dat alle partijen werken aan:

- het stimuleren van betere kansen op een goede gezondheid voor mensen met een achtergestelde positie;
- het stimuleren van gezond gedrag en een gezonde omgeving;
- samenwerking met de zorgsector;
- het vergroten van de slagkracht en kennis inzake de openbare gezondheidszorg bij gemeenten en GGD;
- het gebruik van kennis en gegevens voor gezondheidsbeleid.

In april 2000 is de eerste regionale nota gemeentelijk gezondheidsbeleid Goeree-Overflakkee verschenen. Deze nota was genaamd "In goede gezondheid wonen op Goeree-Overflakkee". Deze nota is op interactieve wijze tot stand gekomen door diverse organisaties bij de beleidsvorming te betrekken.

Het nadeel van deze nota was dat de gezondheidsgegevens waren gebaseerd op de gezondheidsenquête 1995. De gegevens waren bij het verschijnen van de nota reeds gedateerd.

In 2001 is de enquête opnieuw uitgevoerd. De uitkomsten van deze gezondheidsenquête zijn in deze nota opgenomen. Voorts is na het verschijnen van de eerste nota het gemeentelijke terrein van de volksgezondheid aanzienlijk toegenomen. In deze nota zal aan deze gemeentelijke verantwoordelijkheid aandacht worden besteed.

## **Hoofdstuk 2**

### **Achtergrond en kader**

#### **2.1. Aanleiding**

De gemeente is verantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg. Dit is de zorg waaraan in principe geen zorgvraag ten grondslag ligt en waarbij sprake is van zichtbare of voelbare gevolgen voor de samenleving. Deze taak is wettelijk vastgelegd onder andere in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de Wet infectieziektenbestrijding en de Welzijnswet.

De WCPV verwoordt de taak van de gemeente op dit terrein als volgt:

1. het bevorderen van het totstandkomen van collectieve preventie, van de continuïteit ervan en van de relatie met het curatieve systeem (onder andere geslachtsziekten- en tbc-bestrijding);
2. het uitvoeren van de taken infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg;
3. het uitvoeren van een aantal door het Rijk aan één of meerdere gemeenten op te dragen activiteiten. Deze activiteiten zijn grootschalig, hebben een experimenteel karakter en zijn van specifieke aard of nog in ontwikkeling.

De gemeentelijke taak heeft primair een preventief karakter. Aan de zorginstellingen is de curatieve zorg opgedragen.

Op landelijk niveau is een aantal activiteiten in gang gezet om volksgezondheidsbeleid een impuls te geven. Zo heeft het Ministerie van VWS het "Platform Openbare Gezondheidszorg" ingesteld, en is het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg ondertekend door de ministeries van Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid, Welzijn en Sport, GGD Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. In het Nationaal Contract zijn afspraken tussen deze partijen neergelegd. De uitgangspunten voor deze afspraken zijn: het stimuleren van gelijke kansen op gezondheid, het bevorderen van "gezond leven" en het verbeteren van de samenwerking in de curatieve zorg.

#### **2.2. Begrippenkader**

Wat verstaan we onder gezondheid? Dit kan worden weergegeven als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. Gezondheid is dus meer dan de afwezigheid van ziekte. Gezondheid heeft objectieve en subjectieve aspecten. De openbare gezondheidszorg richt zich op het voorkomen van ziekten en beschermen en bevorderen van de gezondheid.

Het gezondheidsbeleid kan worden omschreven als het bevorderen van de gezondheid, het signaleren, voorkomen en beperken van ziekten en het behandelen van ziekten. Het gezondheidsbeleid kent dan ook preventieve, signalerende en curatieve aspecten voor wat betreft de openbare, collectieve gezondheidszorg. Het gezondheidsbeleid beïnvloedt de leefwijzen van mensen, hun leefomgeving en de gezondheidszorg, waar zij gebruik van kunnen maken.

#### **2.3. Kader voor het gemeentelijk beleid**

De gemeente heeft op het gebied van gezondheidsbeleid belangrijke taken.

- De gemeente heeft eigen beleidsruimte en verantwoordelijkheden om dat te doen wat de gezondheid van burgers kan bevorderen.
- Middels de Wet Collectieve Preventie Gezondheidszorg zijn taken aan de gemeenten opgedragen.

- Daarnaast wordt het lokaal gezondheidsbeleid bepaald door afspraken die op provinciaal, regionaal en eilandelijk niveau worden gemaakt.

## **2.4. Samenvatting eerder verschenen startnota**

In mei 2000 is de startnota "In goede gezondheid wonen op Goeree-Overflakkee" verschenen. In deze startnota werd beschreven de aanleiding tot het maken van Lokaal Gezondheidsbeleid.

Besloten werd via de methode van Interactieve Planvorming ook op Goeree-Overflakkee breed gedragen initiatieven te ontwikkelen op het gebied van gezondheid. De nota Lokaal Gezondheidsbeleid diende mede ontwikkeld te worden op grond van de input die via deze Interactieve Planvorming geleverd wordt.

In de startnota waren de gemeentelijke informatieprofielen opgenomen, waarin op grond van de uitslagen van de vijfjaarlijkse Gezondheidsenquête de belangrijkste gezondheidsproblemen op een rijtje zijn gezet en vergeleken met de uitkomsten op ZHE-niveau. Verder is in de startnota een inventarisatie opgenomen van het bestaand gemeentelijk beleid met directe of indirecte raakvlakken met het volksgezondheidsbeleid.

Op basis van het gezondheidsprofiel Goeree-Overflakkee en de genoemde knelpunten in de interactieve sessies wordt gekozen voor 5 aandachtsvelden:

- Verslaving (alcohol/roken)
- Jeugd
- Hart en Vaatziekten
- Sportstimulering
- Eenzaamheid

Aan de genoemde prioriteiten is met name in het kader van het jeugdbeleid de afgelopen jaren gewerkt. Met name het onderdeel verslavingspreventie heeft sterke politieke aandacht gekregen. Dit punt in samenhang met het jeugdbeleid staat nog steeds anno 2003 boven aan de politieke agenda. Ook is in het kader van het jeugdbeleid aandacht besteed aan sportstimulering. In 2001 is in de gemeenten Goedereede en Dirksland getracht de doelgroep 55+ aan het sporten te krijgen. Diverse activiteiten zijn ontplooid om deze groep te activeren. Helaas is dit in de gemeente Dirksland niet gelukt. In de gemeente Goedereede is een koersbalclub opgericht.

De prioriteiten hart- en vaatziekten en eenzaamheid hebben geen aandacht gekregen. De gemeente beschikt over onvoldoende instrumenten om de gezondheidsproblematiek hart- en vaatziekten te bestrijden. Het beleid moet gericht zijn op preventie, zodat het creëren van een gezonde leefstijl (voeding, beweging etc.) bevorderd wordt. De reguliere preventieprogramma's van de GGD/Hartstichting besteden voldoende aandacht aan deze gezondheidsdeterminanten.

Het onderdeel eenzaamheid komt terug in deze nota. Wederom wordt in de gezondheidsenquête aangegeven dat dit een grote problematiek is onder de ouderen. In het kader van het welzijnsbeleid zal dit nadere (politieke) aandacht behoeven.

## **Hoofdstuk 3**

### ***Inventarisatie knelpunten en actiepunten***

#### **3.1. Leeswijzer**

Dit hoofdstuk bevat een inventarisatie van de gezondheidsknelpunten en daarmee samenhangende actiepunten op Goeree-Overflakkee.

Zoals aangegeven is in 2000 de startnotitie verschenen. Dit betekent dat momenteel al een aantal projecten lopen. Anno 2003 beginnen wij dus niet bij nul. Een deel van de gezondheidsknelpunten zijn daarom overgenomen uit de eerste gezondheidsnota.

In dit hoofdstuk treft u een aantal items aan die prioriteit behoeven. Enerzijds is er reeds sprake van bestaand beleid, anderzijds zijn er een aantal items aan toegevoegd. Het nieuwe beleid is grotendeels voortgesprongen uit de cijfers van de gezondheidsmonitor van de GGD.

De GGD heeft in mei 2003 de Monitor Gezondheid uitgebracht. In deze Monitor geeft de GGD een breed scala aan achtergrondgegevens die samen een beeld geven van de gezondheidsproblematiek. De belangrijkste bron voor de Monitor is de Gezondheidsenquête van de GGD ZHE. Deze enquête wordt eens in de vijf jaar gehouden onder een steekproef van de inwoners van de Zuid-Hollandse eilanden. De laatste Gezondheidsenquête is gehouden in 2000.

Ieder thema wordt als volgt behandeld:

1. *Beschrijving*  
Waarover gaat het?
2. *Knelpunten*  
Welke problemen doen zich op dit gebied voor?
3. *Huidige stand van zaken*  
Wat zijn de laatste ontwikkelingen op dit gebied?
4. *Actiepunten*  
Welke acties kunnen er genomen worden?

#### **3.2. Algemene Gezondheidszorg**

De Nederlandse gezondheidszorg vormt een omvangrijk en complex geheel van voorzieningen. Onder zorg worden activiteiten verstaan die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid van mensen op te heffen, te reduceren, te compenseren en/of te voorkomen. Deels ligt het op de weg van de gemeenten om de afstemming tussen de diverse zorginstellingen te verbeteren. Voorts dient aandacht besteed te worden aan spreiding en bereikbaarheid van de zorginstellingen.

##### **3.2.1. Eerstelijns hulp op het platteland**

###### **Beschrijving/knelpunten:**

In de gemeenten leeft de angst voor het eventueel verdwijnen van huisartsen uit de kernen en het ontstaan van een centrale huisartsenpost. Dezelfde angst bestaat voor de tandartsen. Gemeenten hebben ten aanzien van voorzieningen zoals huis- en tandartspraktijken geen officiële taak. Een gemeente kan wel stimulerend optreden. Bijvoorbeeld door het hulp te bieden aan huisartsen op het gebied van ruimtelijke ordening. Daarnaast kunnen gemeenten in overleg met de huisartsen proberen bepaalde zaken te bereiken.

Op het moment van de totstandkoming van deze nota is net een centrale huisartsenpost ingesteld voor het gehele eiland. Dit houdt in dat de inwoners van Goeree-Overflakkee naar de centrale post moeten voor spoedklachten dan wel -recepten in de avond/nacht en in het

weekend.

Hierover zijn veel inwoners ontstemd en worden gesterkt in hun angst dat de huisartsen uit de kernen gaan verdwijnen. Ook is geconstateerd dat de openingstijden van de huisartsenpost niet overeenkomen met die van de apotheek. Dit levert problemen op.

**Huidige stand van zaken:**

De problematiek van de huisartsenpost en afstemming met de apotheken is onder de aandacht gebracht van de Inspectie voor de Volksgezondheid. Deze is bezig met een onderzoek.

**Actiepunten:**

- De gemeente houdt de ontwikkelingen nauwlettend in de gaten en spant zich binnen de haar passende rol in voor een goede spreiding van de reguliere huisartsenvoorzieningen. Dit houdt in actief waar dat nodig en mogelijk is.

### 3.2.2. Algemeen Maatschappelijk Werk

**Beschrijving:**

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behoort als AWBZ-voorziening in zijn algemeenheid tot de verantwoordelijkheid van het Rijk. Het Algemeen Maatschappelijk Werk echter behoort ingevolge de Welzijnswet tot de verantwoordelijkheid van de gemeente.

**Knelpunten:**

In het kader van de versterking van het rijksbeleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg wordt door de landelijke overheid de nadruk gelegd op versterking van de eerstelijns (dat wil zeggen zonder verwijzing toegankelijke) GGZ. Een groot deel van de psychische problematiek waarvoor mensen hulp vragen, betreft psychische klachten die goed op eerstelijns-niveau te behandelen zijn. Huisartsen, het Algemeen Maatschappelijk Werk en de eerstelijns-psychologen vervullen hierin een spilfunctie.

Op rijksniveau is geconstateerd dat de eerstelijns GGZ in de huidige situatie niet voldoende is toegerust om de (toenemende) vraag op te vangen. De onderbezetting van het AMW is er volgens het Rijk de hoofdoorzaak van dat de eerstelijns GGZ niet kan voldoen aan de vraag naar niet-gespecialiseerde hulpverlening bij psychische en psychosociale problemen. Om dit te verhelpen heeft het rijk de stimuleringsmaatregel Algemeen Maatschappelijk Werk in het leven geroepen.

**Huidige stand van zaken:**

De gemeenten op Goeree-Overflakkee hebben gebruik gemaakt van de stimuleringsregeling maatschappelijk werk 2000-2003. Inmiddels zijn deze stimuleringsmiddelen structureel toegevoegd aan het subsidiebudget voor het AMW.

Specifiek voor de gemeente Middelharnis geldt dat er signalen zijn dat het Algemeen Maatschappelijk Werk met een wachtlijst kampt. Hierover lopen momenteel gesprekken met de directie van de Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk Werk. Onderzocht wordt of de problematiek inderdaad bestaat, hoe ernstig de problematiek is en wat de achterliggende oorzaken zijn.

**Actiepunten specifiek voor gemeente Middelharnis:**

- In 2004 onderzoeken of en in welke mate er bij het AMW een wachtlijst bestaat en onderzoeken hoe hiermee om te gaan.

### 3.2.3. Ambulancevervoer

**Beschrijving:**

De drie publieke ambulancediensten (GGD Zuid-Hollandse-Eilanden, GGD Rotterdam e.o. en de GGD Nieuwe Waterweg Noord) zijn gefuseerd tot één organisatie onder verantwoordelijkheid van de Regionale Hulpverleningsdienst Rotterdam Rijnmond (RHRR).

Met deze fusie is 70% van de ambulancecapaciteit in de regio Rotterdam-Rijnmond in één organisatie ondergebracht. Doordat ook de twee private ambulancediensten (Silo en Bornekamp) zijn gefuseerd, is het aantal ambulancevervoerders in de regio gereduceerd van oorspronkelijk vijf naar twee vervoerders.

Voor de goede orde dient te worden opgemerkt dat dit een tijdelijke positionering van de ambulancezorg betreft. Het streven is er op gericht te komen tot één Regionale Ambulance-Voorziening (RAV), waarin zowel de publieke als de private ambulancediensten, alsmede de Centrale Post Ambulancezorg (CPA) worden opgenomen.

**Knelpunten:**

De aanrijtijden naar Ooltgensplaat en Ouddorp worden niet altijd binnen de 15 minuten gehaald.

**Huidige stand van zaken:**

De provincie Zuid-Holland heeft in 2003 een concept ontwerp provinciaal spreidingsplan ambulancezorg Zuid-Holland vastgesteld. Dit nieuwe spreidingsplan is een bekrachtiging van de ontwikkelingen die de ambulancezorg in de laatste jaren heeft doorgemaakt. Eén van de zichtbare gevolgen daarvan is dat nu sprake is van één provinciaal spreidingsplan. In dit spreidingsplan wordt – behalve een overzicht van de standplaatsen – ook het per regio minimaal en maximaal in te zetten aantal ambulances bepaald. De doelstelling van het provinciaal spreidingsplan is het realiseren van verantwoorde ambulancezorg in Zuid-Holland. Verantwoorde zorg betekent o.a. dat in het kader van het spoedeisende vervoer naar elke locatie in de provincie Zuid-Holland binnen 15 minuten (rijtijd van 12 minuten en een opstarttijd van 3 minuten) gereden kan worden.

Per RAV (regionale ambulance voorziening) zal een regionaal ambulanceplan worden opgesteld dat dient als bedrijfs/beleidsplan voor de RAV en voor de aangesloten organisaties. Hierin wordt rekening gehouden met het vastgespelde provinciale spreidingsplan. Goeree-Overflakkee valt onder het RAV regio Rotterdam Rijnmond. In het spreidingsplan wordt geconstateerd dat de aanrijtijd in het oostelijk deel van Goeree-Overflakkee een probleem vormt. Als oplossing hiervoor wordt gedacht aan twee mogelijkheden:

Optie 1. Het verplaatsen van de standplaats Dirksland naar Oude-Tonge (en Dirksland eventueel behouden als uitrukpunt, gezien de aanwezigheid van een ziekenhuis aldaar). Een standplaats in Oude-Tonge zou eveneens het bereik voor het eiland Schouwen en Duiveland verbeteren.

Optie 2. Het creëren van een standplaats bij het Hellegatsplein, een locatie die meerdere RAV'en kan dienen, maar voor Zeeland minder gunstig is.

Het spreidingsplan is ter inspraak voorgelegd aan diverse belanghebbenden waaronder de gemeenten. Het was de bedoeling dat de provincie vervolgens eind 2003 het definitieve spreidingsplan vast zou stellen. Dit is echter niet gebeurd. Of de provincie dit jaar een definitief spreidingsplan gaat vaststellen is nog niet bekend. Dat hangt mede af van de plannen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). VWS wil een landelijk spreidings- en beschikbaarheidskader invoeren. Dat betekent voor de provincie Zuid-Holland een teruggang in aantallen standplaatsen en ambulances. De provincie voert gesprekken met diverse betrokkenen om de effecten van het landelijk kader te bestuderen en daar een oordeel over te vormen.



**Actiepunten:**

- De gemeenten waarborgen integraliteit in de inhoud en contacten rondom het ambulancevervoer vanuit het gezondheidsbeleid en de rampenbestrijding. Dit houdt in rekening houden met de verschillende benaderingen van het ambulancevervoer. Het gaat daarbij om afstemmen en informeren over ontwikkelingen.
- Tevens spannen de gemeenten zich, binnen haar mogelijkheden, in voor een goede spreiding van het ambulancevervoer en het behalen van de 15-minutennorm.

**3.2.4. Jeugdgezondheidszorg****Beschrijving:**

Jeugdgezondheidszorg is erop gericht om in de preventieve sfeer te werken aan gezondheidsrisico's bij onder jongeren. Hierbij moet ook nadrukkelijk gedacht worden aan zorgnetwerken op scholen.

Op het terrein van de Jeugdgezondheidszorg krijgt de gemeente de regierol toebedeeld. Van oudsher richtte de Jeugdgezondheidszorg zich op de groep 4-19 jaar. Voor de kinderen van 0-4 jaar was de Ouder- en Kindzorg ingesteld. Taken op het gebied van de Ouder- en Kindzorg werden uitgevoerd door de Thuiszorg, en gefinancierd door de AWBZ. In het kader van de 'sluitende aanpak 0-6 jaar' wordt deze Ouder- en Kindzorg (consultatiebureaufunctie) onderdeel van de Jeugdgezondheidszorg. Consultatiebureaus krijgen, naast hun reguliere taken als vaccinatie en signalering van ontwikkelingsachterstanden, een taak bij de vroegsignalering op het gebied van taalontwikkeling. Hierbij wordt een koppeling gelegd naar de Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE), zodat de aansluiting bij het basisonderwijs zo goed mogelijk verloopt. Voor de versterking van de consultatiebureaus zijn door de Rijksoverheid middelen beschikbaar gesteld.

De regierol van de gemeente wordt verder uitgebouwd, met als doel: handhaving, versterking en integratie van de huidige samenwerkingsverbanden op het gebied van gezondheid en zorg.

Dat niet alleen de landelijke overheid deze regierol voorstaat, is duidelijk geworden bij de lokale interactieve bijeenkomsten. Ook lokale partijen zien deze regierol als wezenlijk onderdeel van de gemeentelijke verantwoordelijkheid.

**Knelpunten:**

De taken voor 0-4 jarigen worden uitgevoerd door de Zorg en Welzijn Groep, afdeling Ouder- en Kind Zorg (OKZ), en van 4-19 worden deze taken uitgevoerd door de GGD Zuid-Hollandse Eilanden (ZHE).

De Zorg- en Welzijn Groep verzorgt zoals gezegd de preventieve zorg voor het gezonde kind van 0-4 jaar in de gehele regio Zuid-Hollandse Eilanden. Uitgangspunt is het consult van de arts/verpleegkundige van het consultatiebureau die alle kinderen gedurende de eerste vier jaar van hun leven zien en ouders van advies kunnen voorzien bij de opvoeding.

In de WCPV worden nieuwe eisen gesteld aan de gemeenten, de GGD en de Zorg en Welzijn Groep. De laatstgenoemden moeten gaan werken met een basistakenpakket, dat grotendeels wel overeenkomt met hetgeen zij al deden, maar op enkele punten afwijkt. Met name het maatwerk in de individuele voorlichting door de wijkverpleging is een onderdeel waarvoor nog een oplossing moet worden gezocht.

De organisatie krijgt een andere vorm, omdat de gemeente verantwoordelijk wordt voor het onderwerp. Het aanbod van de GGD en de Zorg en Welzijn Groep zal op elkaar moeten worden afgestemd. Vanaf 1 januari 2003 wordt namelijk de knip uit het aanbod (0-4 jaar en 4-19 jaar) gehaald. Doordat de gemeente de regie gaat voeren over de jeugdgezondheidszorg, moet de organisatie worden aangepast aan de gemeentelijke organisatie. Ook het basistakenpakket leidt tot veranderingen. Om deze veranderingen vorm te geven, is er in de regio een stuurgroep en een ambtelijke werkgroep ingesteld. De werkgroep bereidt het proces voor om te komen tot meer samenhang en een nieuwe

organisatie.

In de monitor Ouder en Kindzorg 0 – 4 jarigen wordt geconcludeerd dat de trends erop wijzen dat er steeds meer over- en ondergewicht geconstateerd wordt bij kinderen in de leeftijdsgroep 0 – 4 –jarigen. Volgens de monitor is interventie op dit gebied gewenst.

**Huidige stand van zaken:**

Thans is een regiegroep en een ambtelijke werkgroep in het leven geroepen die een beleidsaanbeveling zal doen naar de 16 gemeenten op de Zuid-Hollandse Eilanden op welke wijze de integratie/koppeling kan plaatsvinden tussen de 0-4 jarigen en de 5-19 jarigen.

**Actiepunten:**

- Toewerken naar een integratie van de uitvoerende instellingen met behoud van de huidige kwaliteit van de dienstverlening voor de jongeren.
- De producten van het maatwerkpakket zodanig kiezen dat er een koppeling wordt gelegd met de overige beleidsinitiatieven op het gebied van jeugdbeleid.
- Zo mogelijk het productenaanbod afstemmen op de conclusies uit de monitor Ouder en Kindzorg 0 – 4 jarigen.

### 3.2.5. Wachtlijsten

**Beschrijving:**

Nederland vergrijsd in een steeds sneller tempo. Was in 1975 nog 11 procent ouder dan 65, momenteel ligt dit percentage op 14 procent en in 2025 zal dit ongeveer 20 procent zijn. Opvallend is dat binnen de groep senioren het deel “oudere senioren” (80+) het sterkst zal stijgen. Daarnaast is er momenteel sprake van een zogenaamde "dubbele vergrijzing". Er komen steeds meer senioren in onze samenleving (vergrijzing), terwijl het aantal jongeren ook afneemt (ontgroening).

**Knelpunten:**

Uit de WoningMarktMonitor 2001 blijkt dat de vier gemeenten op Goeree-Overflakkee in de middenmoot zitten wat vergrijzing betreft. Een toenemende vergrijzing betekent een toenemende vraag naar zorg. Zonder goed beleid heeft dit een toename van de wachtlijsten voor zorginstellingen tot gevolg. Dit is een ongewenste situatie.

Het aantal wachtenden voor een plaats in het verzorgingshuis, verpleeghuis of aanvullende verpleeghuiszorg per 27 mei 2004 op Goeree-Overflakkee is als volgt:

Verzorgingstehuis

Verzorgingshuis	Opname VZH	Aanv VPZ	Inactief
Ebbe&Vloed	13	24	3
Goede-Ree	16	19	5
Geldershof	20	6	3
Vliedberg	16	8	3

De wachttijd voor opname in een verzorgingstehuis is ongeveer 1 jaar. Met nadruk wordt gesteld dat dit een schatting betreft omdat men bij het bepalen ervan afhankelijk is van de mutaties in de verzorgingstehuizen en ook het aantal plaatsen per huis.

Verpleeghuis

Verpleeghuis Samaritaan	Opname Somatiek 5 personen	Opname Psygogeriatrie 5 personen.	Dagbehandeling SOM 2 personen.	Dagbehandeling PG 4 personen.

De wachttijd voor opname Verpleeghuis Som/PG is op dit ogenblik nihil, cliënten kunnen

binnen enkele dagen/weken opgenomen worden. De cliënten die nu op de lijst staan zijn in behandeling of de opname laat nog op zich wachten. De wachttijd voor de dagbehandeling SOM/PG is ongeveer 1 maand.

### **Huidige stand van zaken:**

Een huidige trend op het gebied van zorg is “vermaatschappelijking van de zorg”. Vermaatschappelijking van de zorg betekent dat de zorg letterlijk opgaat in de “gewone” samenleving. Dit wil zeggen dat de zorg zich uitstrekt over alle levensgebieden zoals wonen, werken, dagbesteding, sociaal netwerk en vrije tijd. De zorg wordt geboden in de eigen leefomgeving van de zorgvrager. De zorgvrager wil namelijk zolang mogelijk geholpen worden in de eigen woning en woonomgeving. Hierdoor worden mantelzorg en vrijwilligerswerk steeds belangrijker.

De eilandelijke gemeenten participeren in diverse overlegvormen op het gebied van zorgbeleid. Alle gemeenten op Goeree-Overflakkee participeren in het Regionaal Zorgoverleg Goeree-Overflakkee (REZO). Daarnaast participeren de gemeenten in het Zorg Beraad Rijnmond Zuid (ZBRZ).

#### *Wonen, zorg en welzijn*

Evenals in andere delen van Nederland is op Goeree-Overflakkee een project “Wonen, Zorg en Welzijn” van start gegaan. Hierin wordt onderzocht hoe de “vermaatschappelijking” van de zorg vorm gegeven kan worden. De werkwijze van dit project is als volgt. Als eerste worden de knelpunten in beeld gebracht. Vervolgens zal er een analyse van deze knelpunten plaatsvinden. Tot slot zullen er oplossingsrichtingen geformuleerd worden. Met het project wordt getracht de toestroom van de wachtlijst bij de bron aan te pakken. Door ouderen de mogelijkheid te bieden om langer zelfstandig te blijven wonen, wordt de druk op de wachtlijsten verminderd. Daarnaast wordt met het project tegemoet gekomen aan de wensen van de zorgvrager.

#### *Mantelzorg*

Een andere ontwikkeling op dit gebied is “mantelzorg”. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) heeft mantelzorg als volgt gedefinieerd: “*Zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meer leden uit diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening voortvloeit uit de sociale relatie*”. Dankzij mantelzorg kunnen mensen langer zelfstandig thuis blijven wonen. In meer dan de helft van de gevallen is de zorgperiode langer dan drie maanden, vaak is het een periode van jaren.

#### *Afstemming Welzijn en Ruimtelijke Ordening*

Het beleidsterrein Welzijn, (gedeeltelijk) Zorg en Ruimtelijke Ordening (w.o. Volkshuisvesting, ontwikkelen bestemmingsplannen e.d.) behoren tot de verantwoordelijkheid van de gemeente. De gemeente moet deze verantwoordelijkheid invullen door samenwerking zowel binnen als buiten de gemeentelijke organisatie te bevorderen op deze beleidsterreinen. Hierin zou nadrukkelijker de regierol moeten worden opgepakt. Beleidsontwikkeling op het gebied van Welzijn, Zorg en Ruimtelijke Ordening dient vaker integraal plaats te vinden. Woningcontingenten moeten verdeeld worden op basis van een transparant beleid. Er moet vooral gekeken worden naar wat er gebouwd moet worden en hoe de verdeling moet plaatsvinden. De gemeenten van Goeree Overflakkee zouden daar eensgezind met alleen het oog op de belangen van de bevolking van het eiland de trekker van moeten zijn. Samenwerking met zorgaanbieders en woningbouwverenigingen is daarbij aangewezen. Op deze manier kan een forse bijdrage geleverd worden aan het verminderen van de wachtlijsten en - belangrijker nog - aan het in staat stellen van de zorgbehoevende burger zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen.

### **Actiepunten:**

- De gemeenten dienen, in principe, in te zetten op initiatieven die “vermaatschappelijking van de zorg” stimuleren, zonder hierbij alle intramurale zorg te laten verdwijnen. Dit betekent het actief volgen van het project “Wonen, Zorg en

Welzijn” en de aanbevelingen uit dit project, indien deze door de gemeente onderschreven worden, overnemen. Daarnaast dient er eilandelijk beleid gevoerd te worden op het ondersteunen van mantelzorgers.

- Mogelijkheden onderzoeken de beleidsontwikkeling voor Welzijn en Ruimtelijke Ordening integraler te ontwikkelen. Verdeling woningcontingent vindt intergemeentelijk plaats op basis van transparant beleid en in samenwerking met de woningbouwverenigingen en de zorgaanbieders.

### **3.3. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)**

Het geestelijk welbevinden hangt sterk samen met het lichamelijk en maatschappelijk welbevinden. Moeilijkheden horen bij het leven. Eenzaamheid, relationele problemen, stress, verlies van werk. Veel mensen lossen zelf hun problemen op, al of niet met hulp van anderen. Maar er zijn ook veel mensen voor wie de psychische draaglast hun draagkracht voor kortere of langere tijd te boven gaat. Zij ontwikkelen gezondheidsklachten, lichamelijk, geestelijk en sociaal. Een verdere achteruitgang is te voorkomen door verlichting van de draaglast en/of versterking van de draagkracht. Mensen met een lage sociaal-economische status behoren tot de risicogroepen: hun draaglast is vaak zwaarder terwijl hun draagkracht juist minder is.

In de Zuid-Hollandse eilanden als geheel heeft 25% van de mannen en 30% van de vrouwen mogelijk te kampen met psychische problematiek (gemeten met de General Health Questionnaire-12).

#### **3.3.1. Openbare Geestelijke GezondheidsZorg (OGGZ)**

##### **Beschrijving:**

OGGZ is sinds kort een gemeentelijke taak. De gemeente heeft bij het maken en uitvoeren van afspraken die leiden tot een sluitende aanpak een regierol. De bedoeling is dat lokaal of regionaal convenants worden afgesloten om deze afspraken gestand te doen. Gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk gesteld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

Onder OGGZ wordt begrepen:

- Crisisopvang/acute zorg
- Dak- en thuislozenzorg
- Bemoeizorg (zorgwekkende zorgmijders, overlast)
- Preventie
- Rampenplan (psychosociale hulpverlening)
- Sociale kaart
- Onderlinge consultatie
- Signalering en beleidsadvisering aan overheden

##### **Huidige stand van zaken:**

In overleg met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse Eilanden en de GGD-ZHE is gewerkt aan een regionaal convenant OGGZ. In 2001 is het convenant door alle betrokken partijen vastgesteld. De partijen willen met dit convenant streven naar een afstemming in de OGGZ en met de overige GGZ. Samenhang en afstemming zijn daarin kernbegrippen.

Doel van het convenant is:

1. Het bevorderen van zo vroeg mogelijke signalering en hulp van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Afglijden en belanden in een dak- en thuislozencircuit wordt zoveel mogelijk voorkomen.
2. Een adequaat en vraaggestuurd hulpaanbod.
3. Ervoor zorgen dat de doelgroep een stem heeft in het OGGZ-beleid.

Daartoe is in het convenant afgesproken dat de participanten gezamenlijk verantwoordelijk zijn, op elkaar een beroep kunnen doen voor kennis en inzet, menskracht en middelen

inzetten om de doelstellingen te bereiken. Ook ontwikkelen zij een graadmeter voor het legitimeren van ingrijpen (immers OGGZ is alle geestelijke gezondheidszorg die niet op basis is van een individuele, vrijwillige hulpvraag) of wat minimaal voor een cliënt geregeld moet zijn. Centraal in de samenwerking staan zorgcoördinatie en continuïteit.

In het convenant is een structuur opgenomen voor de uitvoering van het convenant. Die bestaat uit een stuurgroep, project- en werkgroepen en de GGD als verbindende schakel tussen de stuurgroep, project- en werkgroepen. De stuurgroep stelt ieder jaar een actieplan vast. Daarin zijn speerpunten opgenomen die door werkgroepen worden uitgewerkt. Bij de vaststelling van dit beleidsplan waren die speerpunten nog niet bekend.

Naast deze samenwerking op het gebied van OGGZ is er, sinds begin 2004 een Zorgnetwerk op Goeree-Overflakkee actief. Dit netwerk bestaat uit medewerkers van DeltaBouman Verslavingszorg, GGD Zuidhollandse eilanden, GGZ-groep Europoort, Maaskringgroep RIBW, Thuiszorg en maatschappelijk werk Goeree-Overflakkee, diverse woningbouwcorporaties, politie Goeree-Overflakkee en de ambtenaren gezondheidsbeleid van de vier gemeenten. In dit zorgnetwerk worden de mensen die elke vorm van zorg uit de weg gaan besproken. Op deze mensen zijn tenminste twee van de hierna volgende kenmerken van toepassing: psychiatrische problemen, vervuiling, geen reguliere zorg, overlast, dreigende dakloosheid of verslavingsproblemen.

**Actiepunten:**

- De gemeenten levert een actieve bijdrage in het maken van de afspraken naar aanleiding van het convenant OGGZ. Hieruit voortvloeiend levert de gemeente een bijdrage die past bij haar visie in het uitvoeren van de gemaakte afspraken. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in een Actieplan OGGZ dat ieder jaar verschijnt.

### 3.3.2. Sociale steun en gevoelens van eenzaamheid

**Beschrijving:**

Niet-samenlevenden geven aan vaker gevoelens van eenzaamheid te hebben dan samenlevenden. De eenzaamheidsgevoelens zijn het hoogst voor gescheidenen en verweduwd. De gevoelens van eenzaamheid zijn gemeten met de eenzaamheidsschaal van 1 tot 10 (score 7 ('nogal eens eenzaam') en hoger is als eenzaam geclassificeerd).

In de hierna volgende tabel is aangegeven hoeveel mensen het afgelopen jaar problemen ondervonden ten gevolge van eenzaamheid. Vrouwen rapporteren vaker problemen dan mannen en de 75+'ers vaker dan de jongere leeftijdsgroepen.

*Percentage van de bevolking dat problemen ten gevolge van eenzaamheid rapporteert*

	ZHE	
	Mannen	Vrouwen
25-49 jaar	13%	18%
50-74 jaar	12%	19%
75 jaar en ouder	22%	33%

Ook geven relatief veel gescheidenen (47%), weduwen/weduwenaars (41%) en ongehuwden (niet samenlevend) (36%) aan problemen gehad te hebben vanwege gevoelens van eenzaamheid. Degenen met gevoelens van eenzaamheid geven vaker aan dat ze meer bezoek willen ontvangen of vaker op bezoek willen gaan.

*Percentage van de bevolking dat meer bezoek zou willen krijgen of meer op bezoek gaan naar eenzaamheid*

	Meer bezoek krijgen		Meer op bezoek gaan	
	Eenzaam	Niet eenzaam	Eenzaam	Niet eenzaam
25-49 jaar	29%	16%	29%	18%
50-74 jaar	25%	13%	18%	13%
75 jaar en ouder	34%	19%	22%	13%

Ongehuwden (niet samenwonend), gescheidenen en verweduwden geven allen aan vaker bezoek te willen krijgen (respectievelijk 36%, 32% en 26%). Ook geven deze groepen relatief vaak aan meer op bezoek te willen, namelijk 34% van de ongehuwden, 28% van de gescheidenen en 15% van de verweduwden (dit laatste percentage is niet hoger als voor gehuwden of samenwonenden). De percentages liggen voor de gehuwden en samenwonenden tussen de 12% en 16%.

In de gezondheidsmonitor van de GGD wordt aangegeven dat 16% van de ouderen op Goeree-Overflakkee zich eenzaam voelt. Dit percentage op geheel ZHE bedraagt 14%.

Er is veel landelijk onderzoek gedaan naar succesvolle projecten op het gebied van ouderen en eenzaamheid. Voorbeelden daarvan zijn het huisbezoek/verjaardagsbezoek aan ouderen die 75 jaar worden door een vrijwilliger met als cadeautje een speciaal voor dit doel ontwikkelde seniorenwijzer, met informatie over voorzieningen voor ouderen en hoe die toegankelijk zijn.

Een ander voorbeeld is het organiseren van een voorlichtingsbijeenkomst voor ouderen. Dit is ook een manier om ouderen meer bekend te maken met de voorzieningen. Voor de actieve ouderen is een sport- of bewegingsvoorziening ook een goed voorbeeld. Dit laatste voorbeeld is echter minder geschikt voor het bestrijden van eenzaamheid, aangezien dit meer voorkomt bij ouderen die met gezondheidsproblemen te kampen hebben. Al met al is het van belang een activiteit voor ouderen op te zetten.

#### **Huidige stand van zaken**

De gemeente Middelharnis beschikt over een taxi-op-maat project om vervoersmogelijkheden te bieden aan personen die minder mobiel zijn.

#### **Actiepunten:**

- De gemeente ontwikkelt met de hulp van partners zoals de GGD, het Algemeen Maatschappelijk Werk en de UVV ouderenprojecten.
- De gemeente zet het taxi-op-maat project verder voort. Eventueel in samenwerking met de overige gemeenten op het eiland.

### **3.4. Geweld**

#### **3.4.1. Mishandeling, Incest en Suïcide (MIS)**

##### **Beschrijving:**

Binnen het regionale jeugdbeleid is het MIS-project van de GGD opgenomen, dat ook apart wordt gefinancierd. Dit project heeft als doelstelling het signaleren en verwijzen van jongeren op het gebied van Mishandeling, Incest en Suïcide. Na signalering wordt de jongere doorverwezen naar reguliere hulpverlening zoals het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) of de RIAGG. De gemeenteraden hebben in 2002 besloten dat het MIS-project onderdeel is van het gezondheidsbeleid.

##### **Knelpunten:**

Landelijke cijfers wijzen uit dat dit een aanzienlijke problematiek betreft. Uit onderzoek blijkt dat:

- 1 op de 3 vrouwen heeft voor haar 16<sup>e</sup> jaar ongewenste seksuele ervaringen.

- 1 op de 10 à 15 vrouwen heeft in haar jeugd een ernstige en traumatiserende vorm van misbruik door verwanten meegemaakt.
- 1 op de 5 slachtoffers van seksueel geweld is een jongen.

**Huidige stand van zaken:**

Het MIS-project wordt structureel gefinancierd.

**Actiepunten:**

- De gemeenten financieren het MIS-project. De gemeenten volgen het project en sturen bij indien noodzakelijk.

### 3.4.2. Huiselijk geweld

**Knelpunten:**

Uit een grootschalig onderzoek van Intromart in 1997 bleek dat 27% van de ondervraagden ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld. Dat geweld manifesteerde zich maandelijks. Bij 21% van de ondervraagden duurde dit geweld langer dan 5 jaar. Uit het onderzoek bleek dat het geweld zich zowel bij mannen als vrouwen manifesteert. De intensiteit van het geweld bij vrouwen is hoger dan bij mannen. Bovendien is het geweld tegen vrouwen vaker seksueel van aard. Mannen zijn vooral op jeugdige leeftijd het slachtoffer van huiselijk geweld. Over het algemeen blijken slachtoffers van huiselijk geweld weinig naar buiten te treden met hun problemen. De relatie tussen slachtoffer en pleger maakt het voor het slachtoffer vaak moeilijk om naar buiten te treden met de problemen. Dit geldt vooral voor kinderen in het geval dat hun ouders de pleger(s) zijn.

Bovenstaand beeld wordt bevestigd door een inventarisatie van recent onderzoek door het ministerie van Justitie. Er zijn geen onderzoeksgegevens voorhanden waarmee exact de situatie op Goeree-Overflakkee te beschrijven valt. Desondanks mag er van worden uitgegaan dat er ook huiselijk geweld voorkomt in de vier gemeenten van Goeree-Overflakkee. Doordat de slachtoffers weinig naar buiten treden is het bestrijden van huiselijk geweld moeilijk.

**Huidige stand van zaken:**

Het thema "huiselijk geweld" is door het korps management team van de politie Rotterdam-Rijnmond tot speerpunt van beleid benoemd in de jaren 2003-2006. Het ministerie van Justitie vraagt aandacht voor huiselijk geweld middels een krant en de website [www.huiselijkgeweld.nl](http://www.huiselijkgeweld.nl). De rijksoverheid trekt de komende jaren extra middelen uit voor de ondersteuning en stimulering van de gemeenten bij het oppakken van de regierol en de uitvoering van de maatregelen uit de nota "Privé Geweld- Publieke Zaak". Een van die maatregelen is het uitwerken van een kabinetsstandpunt over het tijdelijk uit huis plaatsen van de pleger van huiselijk geweld. De VNG zal de komende jaren een ondersteuningsprogramma huiselijk geweld voor gemeenten ontwikkelen en ondersteuning bieden bij de implementatie. In dit ondersteuningsprogramma zal ook nadrukkelijk aandacht besteed worden aan voorlichting.

**Actiepunten:**

- Het opsporen van huiselijk geweld is moeilijk. Een goede samenwerking en afstemming tussen verschillende instanties is daarbij onontbeerlijk.
- In overleg met de centrumgemeente voor maatschappelijke opvang i.c. de gemeente Spijkenisse beleid opstellen ten aanzien van huiselijk geweld (met ondersteuning van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)) hetgeen onder andere preventiebeleid zal inhouden, waarbij goede voorlichting en tevens informatie over hulplijnen gegeven zal worden.
- In het overleg Maatschappelijke Opvang aandacht vragen voor een opvangvoorziening op Goeree-Overflakkee.

### **3.5. Leefstijl/Lichamelijke Klachten**

Een ongezonde leefstijl kan ziekte en sterfte veroorzaken. Een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking heeft één of meer ongezonde gewoonten en loopt dus een verhoogd risico om ziek te worden. Vooral roken en lichamelijke inactiviteit zijn aangewezen als leefstijlfactoren waarop een hoop gezondheidswinst is te behalen. Een aantal feiten op een rijtje:

- 40-55% van de bevolking beweegt te weinig.
- ongeveer 40% van de bevolking leidt aan overgewicht.
- 12% van de bevolking van 16 jaar en ouder rookte in 1999 minstens 20 sigaretten per dag.

Samen zijn deze ongezonde leefgewoonten en de ziekten die hiervan het gevolg zijn verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van ziekteleed, arbeidsverzuim/ongeschiktheid, zorglast en voortijdige sterfte. Er is nog aanzienlijke gezondheidswinst te boeken met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag.

#### Percentage van de bevolking dat rookt

In de Zuid-Hollandse Eilanden als geheel rookt 35% van de mannen en 27% van de vrouwen. Het aantal vrouwen dat rookt is relatief laag in Goeree-Overflakkee.

#### Percentage van de bevolking met overgewicht

In de Zuid-Hollandse Eilanden als geheel heeft 36% van de mannen en 32% van de vrouwen last van overgewicht. Het percentage vrouwen met overgewicht is relatief hoog in Goeree-Overflakkee.

#### **3.5.1. Tandbederf/Tandenpoetsproject**

##### **Beschrijving:**

Veelvoorkomende ziekten van de mond zijn cariës (tandbederf) en ontsteking van het tandvlees en steunweefsels rond de tanden en kiezen. Deze aandoeningen zijn de belangrijkste oorzaken van tandeloosheid. In 1999 had ongeveer 40% van de 12-jarigen cariëslaesies (gaatjes), tegenover meer dan 95% bij volwassenen.

In de periode 1975-1990 is het tandbederf bij kinderen met een melkgebit en een blijvend gebit sterk afgenomen. Daarna stabiliseerde de situatie zich op een relatief laag niveau. De belangrijkste oorzaak voor de afnamen van het voorkomen van tandbederf is het verbeterde mondhygiënische gedrag van de bevolking. Het gebruik van fluorideerde tandpasta is enorm gestegen. De voorlichting door consultatiebureaus, schoolartsen en tandartsen heeft waarschijnlijk ook bijgedragen aan de verbeterde mondhygiëne.

##### **Knelpunten:**

Percentages Tandbederf	4-6 jaar	7-10 jaar	11-12 jaar
Middelharnis	22	-	40
Goedereede	13	-	54
Oostflakkee	16	-	44
Dirksland	21	-	52
Gemiddeld G-O	18	-	46
Gemiddeld ZHE	14	-	30

##### **Huidige stand van zaken:**

Het tandenpoetsproject wordt gesubsidieerd.

##### **Actiepunten:**

- Intensivering van het tandenpoetsproject is noodzakelijk. Voorts dient via de GGD een voorlichtingcampagne te worden gestart.



### 3.5.2. Overgewicht bij jongeren

#### Beschrijving:

Overgewicht vormt een groeiend probleem voor de volksgezondheid in Nederland. De laatste jaren stijgt het percentage volwassenen en kinderen met (ernstig) overgewicht. Deskundigen spreken van een epidemie. Overgewicht in de kinderleeftijd en met name in de pubertijd, is voorspellend voor overgewicht op volwassen leeftijd. Overgewicht is het gevolg van een verstoorde balans tussen energie-inname (via voeding) en energieverbruik (voornamelijk via lichamelijke activiteit). Aangezien de behandeling van overgewicht tot nu toe niet erg succesvol is geweest, is aandacht voor preventie noodzakelijk. Hierbij kan worden gedacht aan beïnvloeding van gedragsfactoren, zoals voeding en beweging.

#### Huidige stand van zaken:

Het bureau 123 BeActive organiseert eilandelijk een jeugdsportstimuleringsproject. Dit project wordt gefinancierd door de vier gemeenten en de provincie. Maandelijks wordt er per kern een sportactiviteit georganiseerd om jongeren te stimuleren om te sporten. Momenteel loopt er een subsidieaanvraag bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om voor dit project subsidie aan te vragen in het kader van de breedtesportimpuls. Daarnaast worden sportverenigingen, met een speciale toeslag per jeugdlid, gestimuleerd om jongeren bij de activiteiten van hun club/vereniging te betrekken.

#### Actiepunten:

- In overleg met diverse partijen (ZWG/GGD) een plan van aanpak opstellen over de risico's en het voorkomen van overgewicht bij jongeren.

Het jeugdsportstimuleringsproject voordragen voor rijkssubsidie in het kader van de breedtesportimpuls.

### 3.5.3. Verslavingsproblematiek

#### Beschrijving:

Harddruggebruik lijkt op Goeree-Overflakkee meer dan elders gebruikt te worden onder jongeren.

#### Knelpunten:

Uit de gegevens van de GGD Jeugdmonitor Gezondheid komt naar voren dat van de 13 tot 17-jarigen op de Zuid-Hollandse Eilanden 26% regelmatig alcohol drinkt. Dit wil zeggen: meer dan vier keer in de vier weken. 17% van hen rookt dagelijks, en 13% gebruikt weed. Bij de 18 tot 26-jarigen rookt 32%, drinkt 30% en gebruikt 8% weed. Het percentage jongeren dat alcohol drinkt wordt niet groter. Wel wordt de hoeveelheid alcohol per keer groter.

Middelengebruik hangt samen met leeftijd, geslacht en opleiding. Voor alle leeftijden geldt dat mannen vaker gebruiken dan vrouwen. De onderstaande tabel geeft het zelfgerapporteerde genotmiddelengebruik van leerlingen in het voortgezet onderwijs weer.

Leeftijd 13 - 17 jaar	Rookt iedere dag		Vijf keer of vaker alcohol in vier weken en laatste keer veel		Hasj gebruikt in afgelopen vier weken		Aantal leerlingen dat meedeed aan het onderzoek
	Percentage	Absoluut	Percentage	Absoluut	Percentage	Absoluut	
VPR	18%	1960	13%	1450	14%	1610	3670
HW	14%	730	12%	630	10%	490	1613
GO	20%	610	19%	590	12%	330	671
<b>ZHE</b>	<b>17%</b>	<b>3300</b>	<b>13%</b>	<b>2670</b>	<b>13%</b>	<b>2430</b>	<b>5954</b>

7,7% van de leerlingen uit de leeftijdscategorie van 13-17 jaar op Goeree-Overflakkee gebruikt naar eigen zeggen wel eens andere middelen dan alcohol, tabak of hasj. Op de Zuid-Hollandse Eilanden ligt dit percentage op 5,3%. Hiervan gebruikt 4% XTC t.o.v. 3% op de Zuid-Hollandse Eilanden.

Het cocaïne gebruik op Goeree-Overflakkee ligt op 1,2% ten opzichte van 1,3% op de Zuid-Hollandse Eilanden.

Op Goeree-Overflakkee gebruikt 3,3% wel eens amfetaminen t.o.v. 1,5% op de Zuid-Hollandse Eilanden. Het gebruik van paddestoelen ligt op 1,6% t.o.v. 1,7% op de Zuid-Hollandse Eilanden. Tot slot is er nog een groep van 2,4% van de leerlingen die wel eens een ander middel gebruikt dan de hiervoor beschreven middelen. Op het niveau van de Zuid-Hollandse Eilanden ligt dit percentage op 1,7%.

In tabel 2 staat het zelfgerapporteerde genotmiddelengebruik van jong volwassenen weergegeven.

Leeftijd 18 - 26 jaar	Rookt iedere dag		Vijf keer of vaker alcohol in vier weken en laatste keer veel		Hasj gebruikt in afgelopen vier weken		Aantal leerlingen dat meedeed aan het onderzoek
	Percentage	Absoluut	Percentage	Absoluut	Percentage	Absoluut	
VPR	34%	6020	41%	7260	10%	1770	368
HW	26%	2070	40%	3190	7%	560	235
GO	21%	990	27%	1270	4%	190	117
<b>ZHE</b>	<b>29%</b>	<b>9080</b>	<b>39%</b>	<b>11720</b>	<b>8%</b>	<b>2520</b>	<b>720</b>

#### Huidige stand van zaken:

Op Goeree-Overflakkee lopen momenteel de volgende acties in het kader van verslavingsproblematiek:

1. Drugs weet wat je doet
2. Het Geheim van Goeree-Overflakkee

Drugs weet wat je doet is een project wat verzorgd wordt door de GGD Zuid-Hollandse Eilanden. In dit project worden leerlingen van basisscholen bezocht. GGD-medewerkers geven gastlessen op scholen over het gebruik van drugs.

Het Geheim van Goeree-Overflakkee is een project om de verslavingsproblematiek onder jongeren op Goeree-Overflakkee onder de aandacht te brengen van bestuurders en professionals. Momenteel stelt een projectgroep een Plan van Aanpak op waarin concrete acties staan om de verslavingsproblematiek eilandbreed aan te pakken. De acties uit dit plan van aanpak zullen zich toespitsen op drie sporten te weten: preventie, organiseren van hulpverlening en het ondersteunen van de handhaving.

#### Actiepunten:

- De beide projecten Drugs weet wat je doet en het Geheim van Goeree-Overflakkee voortzetten.
- Voorts het plan van aanpak Verslavingsproblematiek jongeren op Goeree-Overflakkee uitwerken en middelen beschikbaar stellen.

### 3.5.4. Voorkoming van Hart- en Vaatziekten

#### Beschrijving:

Hart- en Vaatziekten is de verzamelnaam voor ziekten die te maken hebben met het hart en de bloedsomloop. De belangrijkste aandoeningen in deze groep zijn het hartinfarct, het herseninfarct (hersenbloeding, beroerte) en hoge bloeddruk. Van de ruim 130.000 mensen die jaarlijks in Nederland overlijden, sterven er zo'n 50.000 aan de gevolgen van hart- en vaatziekten. Het gaat daarbij om ongeveer evenveel mannen als vrouwen. Vaak betreft het mensen van middelbare leeftijd. Jaarlijks krijgen ruim 15.000 mensen tussen hun 35e en 65e levensjaar een hartinfarct of een beroerte. De omstandigheden waar hart en bloedvaten zich goed bij voelen bestaan uit een combinatie van gezond eten, genoeg bewegen, niet roken, en zo ontspannen mogelijk door het leven gaan.

Een hartinfarct of beroerte leidt meestal niet meteen tot de dood. Maar de kwaliteit van het leven gaat vaak wel achteruit. Men voelt zich niet lekker, durft minder of er zijn bepaalde handicaps ontstaan zoals verlammingen of verlies van spraakvermogen na een beroerte. Onder de andere hart- en vaatziekten verstaat men: reumatische hartziekten, aangeboren

hart- en vaatziekten, en hoge bloeddruk. Hoge bloeddruk komt het meest voor.

De belangrijkste risicofactoren voor ischemische hartziekten zijn: een te hoog cholesterolgehalte in het bloed, roken, onvoldoende lichaamsbeweging, overgewicht enzovoort. De leefstijl van mensen is dus van groot belang voor de conditie van hart- en bloedvaten: eet u te veel of verkeerd, dan slibben uw bloedvaten eerder dicht en moet het hart onnodig hard werken; beweegt u te weinig, dan gaat de conditie van uw hart en vaten achteruit; rookt u, dan krijgen uw hart en vaten niet genoeg zuurstof, waardoor ze minder goed werken.

Roken veroorzaakt ook beschadigingen van de vaatwanden, waardoor ze eerder dichtslibben; stress houdt uw hele lichaam voortdurend in een alarmtoestand en jaagt onder meer de bloeddruk op: een zware belasting voor hart- en bloedvaten.

**Knelpunten:**

Percentages Hart- en vaatziekten	volwassenen
Middelharnis	4
Goedereede	10
Oostflakkee	4
Dirksland	9
Gemiddeld G-O	6
Gemiddeld ZHE	8

Het aantal mensen met een hart- en/of vaatziekte in Goedereede en Dirksland is dus meer dan gemiddeld.

**Huidige stand van zaken:**

Zoals aangegeven in de inleiding is er op Goeree-Overflakkee geen specifiek beleid ontwikkeld ten aanzien van hart- en vaatziekten. Wel vindt er voorlichting plaats door de GGD en door praktijkondersteuners bij huisartsen

**Actiepunten:**

Hart- en vaatziekten kunnen deels voorkomen worden door een gezonde leefstijl. De gemeenten financieren de GGD om hierover voorlichting te geven.

## Hoofdstuk 4

### Planning en overzicht activiteiten 2004-2007

Onderwerp	Actie	Partijen	Termijn	Kosten	Evaluatie
<b>Algemene Gezondheidszorg</b>					
1. Eerste lijnshulp op het platteland	- De gemeente houdt de ontwikkelingen in de gaten en spant zich binnen de haar passende rol in voor een goede spreiding van de reguliere huisartsvoorzieningen.	Gemeenten	Continue	Budgettair neutraal	Jaarlijkse evaluatie in portefeuillehoudersoverleg
2. Algemeen Maatschappelijk Werk	- Per 2004 de stimuleringsgelden opnemen in de structurele financiering. - In overleg met de stichting een nieuwe financieringssysteem opzetten.	Gemeenten	Besluitvorming 2004	Stimuleringsgelden	Jaarlijkse evaluatie in portefeuillehoudersoverleg
3. Ambulancevervoer	- Gemeenten waarborgen integraliteit in de inhoud en contacten rondom het ambulancevervoer vanuit het gezondheidsbeleid en de rampenbestrijding.	Gemeenten (via RHRR)	Continue	Budgettair neutraal	Jaarlijkse evaluatie in portefeuillehoudersoverleg
4. Jeugdgezondheidszorg (JGZ)	- Toewerken naar een integratie van de uitvoerende instellingen met behoud van de huidige kwaliteit van de dienstverlening voor de jongeren. - De producten van het maatwerkpakket zodanig kiezen dat er een koppeling wordt gelegd met de overige beleidsinitiatieven op het gebied van jeugdbeleid. - Zo mogelijk het productenaanbod afstemmen op de conclusies uit de monitor Ouder en Kindzorg 0 – 4 jarigen.	Gemeenten, ZHE en ZWG en GGD	2003-2007	Budgettair neutraal	Jaarlijkse evaluatie in portefeuillehoudersoverleg
5. Wachtlijsten	- In principe inzetten op initiatieven die “vermaatschappelijking van de zorg” stimuleren. - Ondersteunen mantelzorgers.	Gemeenten, Zorgkantoor	2003-2007	Vooralsnog budgettair neutraal	Jaarlijkse evaluatie in portefeuillehoudersoverleg
<b>Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)</b>					
6. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)	- Op grond van het convenant wordt door het platform een plan van aanpak opgesteld. Als dit plan van aanpak beantwoord aan de geformuleerde uitgangspunten, zal een financiële bijdrage worden geleverd.	Gemeenten, ZHE	2003-2007	€0,05 per inwoner	Jaarlijkse evaluatie actieplan OGGZ
7. Sociale steun en	- Stimuleren projecten sociaal contact.	Gemeenten,	2003-2007	P.M.	Jaarlijkse evaluatie in

gevoelens van eenzaamheid	- Voortzetten taxi-op-maat project.	UVV/AMW			portefeuillehoudersoverleg
<b>Geweld</b>					
8. Mishandeling, Incest en Suïcide (MIS)	- Continuering van het MIS-project.	Gemeenten, GGD	2003-2007	€ 0,23 per inwoner	Jaarlijkse evaluatie in portefeuillehoudersoverleg
9. Huiselijk Geweld	- Het opsporen van huiselijk geweld is moeilijk. Een goede samenwerking en afstemming tussen verschillende instanties is daarbij onontbeerlijk. - In overleg met de centrumgemeente voor maatschappelijke opvang (Spijkenisse) beleid opstellen ten aanzien van huiselijk geweld (met ondersteuning van de VNG) hetgeen onder andere preventiebeleid zal inhouden, waarbij goede voorlichting en tevens informatie over hulplijnen gegeven zal worden. - In het overleg Maatschappelijke Opvang aandacht vragen voor een opvangvoorziening op Goeree-Overflakkee.	Centrum-gemeente Spijkenisse, Politie	Vorbereiding in 2005	Rijksfinanciering	
<b>Leefstijl/ Lichamelijke Klachten</b>					
10. Tandbederf/ Tandenpoetsproject	- Intensivering van het tandenpoetsproject. - Voorlichting via GGD.	ZWG/GGD	2003-2007	P.M.	Jaarlijks
11. Overgewicht bij jongeren	- Plan van aanpak opstellen over de risico's en het voorkomen van overgewicht bij jongeren. - Project jeugdsportstimulering voordragen voor subsidie i.h.k. van de breedtesportimpuls.	GGD	2005	Budgettair neutraal	n.v.t.
12. Verslavingsproblematiek	- Continuëren project "Drugs weet wat je doet". - Project Verslavingsproblematiek op Goeree-Overflakkee verder uitwerken.	Gemeenten, Boumanhuis, GGD	2003-2007	Het project "Het geheim" kost € 64.825,-- voor 2004/2005	Jaarlijks
13. Voorkoming van Hart- en Vaatziekten	- Algemeen: Voorlichting geven over gezonde leefstijl. - Specifiek: Voorlichting aan patiënten met een hoog risico (onder andere diabetes).	GGD en huisartsenpraktijken (praktijkondersteuners)	2003-2007	Budgettair neutraal	n.v.t.

## **Hoofdstuk 5**

### **Onderhoud van het gemeentelijk gezondheidsbeleid**

#### **5.1. Evaluatie**

In de wet Collectieve Preventie Volksgezondheid is opgenomen dat gemeenten iedere vier jaar opnieuw het gezondheidsbeleid moeten vaststellen. Dit is noodzakelijk om de link met andere beleidsterreinen actueel te houden. Ook is het van belang omdat er zich in vier jaar landelijk maar ook regionaal en lokaal ontwikkelingen kunnen voordoen, die tot herijking van het beleid kunnen leiden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een nieuwe raadsperiode of een nieuwe regering. Daarnaast kunnen uiteraard ook in de praktijk wezenlijke veranderingen optreden.

Kortom: voor sommige actiepunten is het van belang tussentijds een moment in te bouwen voor evaluatie. Andere staan doorlopend bloot aan evaluatie en bijstelling.

#### **5.2. Plan van aanpak**

Om concreet uitvoering te geven aan het vastgestelde beleid wordt jaarlijks een plan van aanpak opgesteld. Het plan van aanpak omvat een vertaling van de doelstellingen in concrete activiteiten en middelen. Het college van B. en W. legt het plan van aanpak elk jaar ter verantwoording voor aan de gemeenteraad. Evaluatie van het beleid vindt plaats in 2006. In 2007 wordt een nieuwe beleidsnota vastgesteld.

#### **5.3. Randvoorwaarden voor een goede beleidsvorming**

Dit is de tweede nota die het lokaal gezondheidsbeleid van de gemeenten op Goeree-Overflakkee beschrijft. De gemeente neemt hierin een duidelijke regierol.

Het is van het grootste belang voor goed gezondheidsbeleid dat men zich realiseert dat gezondheidsbeleid niet op zich staat. Het heeft te maken met andere beleidsterreinen. Aan het gemeentebesturen de taak om bij andere beleidskeuzes de gevolgen voor het gezondheidsbeleid goed voor ogen te houden. Zo kan gedacht worden aan ontwikkelingen binnen de woningbouw. Van belang is dat ook gezondheidsrisico's worden meegewogen, zodat ook via ander beleid de volksgezondheid meetelt als argument.

Binnen het gezondheidsbeleid gaat het voor een groot deel om integraliteit en afstemming. Eén van de landelijke doelstellingen van de WCPV is samenhang te brengen in het losse zand dat nu veelal het gezondheidsbeleid vormt. Ook met beperkte middelen is beleid te maken, het gaat ook om het handelen in de geest van het beleid en de wet. Hiermee wordt bedoeld dat als met het nemen van beslissingen gezondheidsaspecten worden meegewogen en actief wordt deelgenomen aan regionale discussies om de zorg te verbeteren, het meeste gewonnen is. Dan is de gemeente namelijk in staat actief gezondheidsbeleid te voeren en op integrale wijze activiteiten tot stand te brengen. Voor de korte en lange termijn de beste zet!

**Bronnen:**

- Nota "In goede gezondheid wonen op Goeree-Overflakkee" 2000
- Nota "Gezondheid! Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Oostflakkee" 2003
- Nota "Op weg naar een gezond(er) Brielle lokaal gezondheidsbeleid meerjaren gezondheidsplan 2001-2004
- Monitor gezondheid GGD ZHE mei 2003

## **BIJLAGE 1**

### Wettelijk kader op het terrein van gezondheid

#### **Grondwet**

De minister van Volksgezondheid wijst er in haar brief van 20 mei 1997 aan de Tweede Kamer op dat de Nederlandse Grondwet in artikel 22 een verantwoordelijkheid geeft aan de overheid voor de gezondheid van de burgers. 'Gemeenten hebben van oudsher gedeeld in die zorg voor de gezondheid, zowel op eigen initiatief als op grond van een aantal specifieke wetten, die taken in medebewind aan gemeenten opdragen.' Gemeenten hebben, aldus deze brief, verantwoordelijkheden op het brede volksgezondheidssterrein: preventie, Care, Cure en Geestelijke gezondheidszorg (w.o. maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid, vrouwenopvang) Bovendien hebben gemeenten taken op terreinen die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloeden: welzijn, volkshuisvesting, milieu, onderwijs, openbare orde.

#### **Rechten van het kind**

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

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

1. Het *recht op voorzieningen* (op onderwijs, voedsel en gezondheidszorg, op speelgelegenheden en op sociale zekerheid);
2. het *recht op bescherming* (tegen mishandeling en verwaarlozing, tegen seksueel misbruik en seksuele exploitatie, tegen kinderarbeid en tegen drugs) en
3. het *recht op participatie* (het recht op informatie, vrijheid van meningsuiting, recht om mee te praten over alles wat de jeugd aangaat, vrijheid van vereniging en vergadering, vrijheid van godsdienst).

#### **De gemeentewet**

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

#### **De Welzijnswet**

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

- de ontplooiingsmogelijkheden van mensen te vergroten en hun zelfredzaamheid en hun deelname aan de samenleving te stimuleren, mede om te voorkomen dat mensen in een achterstandspositie geraken;
- de personen die in een achterstandspositie zijn geraakt mogelijkheden te bieden hun positie te verbeteren;
- het welbevinden van personen in de samenleving op andere wijze te bevorderen.

#### **Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid WCPV (WCPV)**

Met de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (25 mei 1990) is de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie expliciet aan gemeenten opgedragen. In de WCPV wordt een aantal taken genoemd, zoals bijvoorbeeld infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg, maar de wijze van uitvoering en de benodigde omvang werden niet nader gespecificeerd. Een onderzoek van de inspectie voor de volksgezondheid in 1995 gaf aan dat er grote verschillen zijn in de uitvoering van de WCPV, gemeenten zelden op eigen initiatief gezondheidsbeleid formuleren en bestuurlijke betrokkenheid gering is.

De minister van Volksgezondheid installeerde als reactie daarop de commissie Lemstra die het advies gaf de structuur niet te wijzigen maar de openbare gezondheidszorg te versterken, hetgeen in 1997 leidde tot het traject versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid. Naast de instelling van een platform openbare gezondheidszorg en voorstellen voor wijziging van de WCPV basistaken hield dit een discussie over de jeugdgezondheidszorg in. Op 11 april 2002 heeft de Tweede kamer ingestemd met de wijziging van de Wet Collectieve Preventie volksgezondheid met als ingangsdatum 1 januari 2003.

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

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



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

#### **Wet voorzieningen gehandicapten (WVG)**

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

#### **Wet bijzondere opname in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)**

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

#### **Leerplichtwet**

Het college van burgemeester en wethouders kan vrijstelling van leerplicht verlenen in een situatie waarin een leerplichtige ongeschikt wordt bevonden om volledig onderwijs te volgen.

Het college geeft deze vrijstelling, nadat een onafhankelijk arts de leerplichtige ongeschikt bevonden heeft tot het volgen van dagonderwijs. Deze onafhankelijke functie wordt uitgevoerd door de GGD.

#### **Wegenverkeerswet 1994 (WVW) en Besluit administratieve bepalingen inzake het wegverkeer (BABW)**

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

#### **Wet op de openluchtrecreatie en besluit hygiëne, gezondheid en veiligheid kampeerterreinen**

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

#### **Kwaliteitswet zorginstellingen**

Zorgaanbieders worden op grond van deze wet een aantal eisen opgelegd ten aanzien van het aanbieden van verantwoorde zorg. De wet is van toepassing op alle zorginstellingen, ongeacht of ze uit particuliere of collectieve middelen worden gefinancierd. Wel geldt als criterium of de zorg van het bepaalde type is dat bij of krachtens de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is omschreven.

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

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

#### **Zorgindicatiebesluit**

De gemeenten zijn op grond van het Zorgindicatiebesluit verantwoordelijk voor de organisatie van onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling voor thuiszorg, verzorging en verpleging, de GGD en de gehandicaptensector. Hiertoe zijn in het hele land regionale indicatieorganen (RIO's) opgericht. De RIO kan worden gezien als een soort onafhankelijke poortwachter, belast met de indicatiestelling. Hij definieert het probleem van de cliënt en stelt vast welke zorg nodig is.

Om een hoogwaardige uitvoering van de AWBZ te waarborgen is een zogenaamd concessiestelsel ingevoerd. Dit houdt in dat een zorgverzekeraar slechts voor een periode van vier jaar een concessie voor een zorgkantoor krijgt toegewezen. Na afloop van deze periode kan bezien worden of een concessie verlengd wordt. Het zorgkantoor zal zich dan niet alleen dienen te verantwoorden middels jaarplan en jaarverslag, maar ook door een inhoudelijke toetsing uit te laten voeren door een visitatiecommissie.

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

#### **Wet ambulancevervoer**

Verantwoordelijkheid uitvoering ambulancevervoer en voor instandhouding Centrale Post Ambulancevervoer.

#### **Wet Infectieziektenbestrijding**

Verantwoordelijkheid voor preventie en bestrijding van infectieziekten.

**Wet op de lijkbezorging**

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij overlijden, begraven en cremeren.

**Quarantainewet**

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

**Destructiewet**

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

**Waterleidingwet**

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aanpreventie van infectieziekten.

**Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen**

Voorschriften voor het geneeskundig handelen bij ongevallen en rampen.

**Wet tarieven gezondheidszorg**

Het ambulancevervoer wordt hier mede uit bekostigd.

**Kwaliteitswet zorginstellingen**

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

**Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen**

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

**Wet Basisvoorziening Kinderopvang**

Zoals het er nu naar uitziet, gaat per 1 januari 2005 de Wet Basisvoorziening Kinderopvang (WBK) van start. Op dit moment wordt de Kinderopvang per gemeentelijke verordening getoetst. Per 2005 geeft de WBK richtlijnen en eisen waaraan zij moeten voldoen op het gebied van hygiëne, veiligheid en pedagogisch beleid.

**Arbeidsomstandighedenwet**

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