

## Inhoudsopgave

### Deel I. lokale paragraaf

Inhoud		pagina
Voorwoord		
Hoofdstuk 1 Inleiding		3
Hoofdstuk 2 lokaal volksgezondheidsbeleid		5
2.1 Wat is volksgezondheid	5	
2.2 Lokaal volksgezondheidsbeleid	5	
2.3 Doelen van lokaal volksgezondheidsbeleid	6	
2.4 Wetgeving en ontwikkelingen	7	
Hoofdstuk 3 Gezondheidssituatie in Noordenveld		8
3.1 Algemeen beeld	8	
3.2 Bevolkingsopbouw	8	
3.3 Jeugd	8	
3.4 Volwassenen	9	
3.5 Ouderen	9	
3.6 Algemene ontwikkelingen bij speciale groepen	10	
3.7 Samenvatting	10	
Hoofdstuk 4 Ambities en Beleidsvoornemens		11
4.1 Ambities	11	
4.2 Beleidsvoornemens naar doelgroepen	11	
4.2.1 mensen met lage SES		
4.2.2 jongeren		
4.2.3 ouderen		
4.2.4 mensen met beperking		
4.2.5 oggz		
4.2.6 bevorderen sluitend systeem		
4.3 Knelpunten	13	
4.4 Planning etc.	13	

Hoofdstuk 5	volksgezondheidsbeleid in de gemeente Noordenveld	14	14
5.1	Beleidssterreinen binnen volksgezondheid	14	
5.1.1	<i>Zorgbeleid</i>	14	
	* 1 <sup>e</sup> lijns gezondheidszorg		
	* OGGZ		
5.1.2	<i>Preventiebeleid</i>	15	
	* Bevorderen gezonde leefstijl		
	* Bevorderen gezondheid van de jeugd en verkleinen gezondheidsrisico's		
	* Bevorderen gezondheid van de ouderen, chronisch zieken en gehandicapten en verkleinen gezondheidsrisico's		
	* Bevorderen gezondheid van de gehele bevolking of specifieke groepen		
5.1.3	<i>Integraal beleid</i>	17	
	* De regierol en de terugtrekkende overheid		
	* De WCPV als uitgangspunt		
	* Afstemming zorg en voorzieningen		
5.2	Kerntaken en aanpalende beleidssterreinen	19	
5.3	Speerpunten	20	
Hoofdstuk 6.	Financiën		22
6.1	Kostenoverzicht bestaand beleid	22	
6.2	Kostenramingen speerpunten	23	

## **Bijlagen.**

1.	Bevolkingsgegevens	24
2.	Sociale kaart welzijn en zorg gemeente Noordenveld	27
3.	Bestuursakkoord en collegeprogramma 2002-2006 Noordenveld	30
4.	Visiedocument VNG	32
5.	Beleidssterreinen met raakvlakken met lokaal volksgezondheidsbeleid	39

## **Deel II. Regionale paragraaf**

43

# Hoofdstuk 1

## Inleiding

Gemeenten zijn al van oudsher verantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg. Vanaf het eind van de 19<sup>e</sup> eeuw hadden de gemeenten al een taak met betrekking tot bijvoorbeeld de hygiëne en huisvesting om op die manier infectieziekten te voorkomen. Sindsdien is de algehele gezondheidstoestand aanzienlijk verbeterd.

De beleving van de gezondheidstoestand van de bevolking wordt grotendeels bepaald door factoren die buiten het domein van de gezondheidszorg liggen. Onder andere spelen leefstijl (roken, overgewicht, beweging), de fysieke- (kwaliteit woning, woonomgeving) en sociale omgeving (eenzaamheid, angst, sociale veiligheid) hierin een belangrijke rol.

*Met name op deze terreinen kan de gemeente in preventieve zin een belangrijke bijdrage leveren in de beleving van de gezondheidstoestand.*

Als gevolg van diverse ontwikkelingen op het terrein van de (preventieve) gezondheidszorg bestaat ook voor de gemeente Noordenveld de noodzaak om volksgezondheidsbeleid te formuleren. Daarnaast spelen ook diverse maatschappelijke ontwikkelingen zoals de individualisering, de vergrijzing, de ook in onze gemeente aanwezige sociaal-economische gezondheidsverschillen en de gevolgen van "vermaatschappelijking van de zorg".

Volksgezondheid heeft als specifiek beleidsonderwerp nog weinig op de gemeentelijke politieke agenda gestaan. Het rijk verplicht gemeenten om een gemeentelijk gezondheidsbeleid te formuleren en vast te stellen. Op rijksniveau is een verantwoordelijkheidsverdeling aangebracht tussen de individuele burger en de overheid enerzijds en tussen rijk en gemeente anderzijds.

Van de gemeente wordt verwacht dat ze voortdurende aandacht heeft voor het belang van integraal beleid waaraan het onderdeel volksgezondheid een bijdrage levert.

De gemeente Noordenveld wil haar verantwoordelijkheid oppakken. Er wordt een actief gezondheidsbeleid gevoerd dat met name gericht zal zijn op preventie en gezondheidsbevordering en daarin aandacht geeft aan jeugd, vergrijzing en sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Zowel in het Bestuursakkoord als in het Collegeprogramma 2002 – 2006 (zie bijlage 3) is in de hoofdstukken 7 en 8.1 specifiek aandacht aan (onderdelen van) dit beleidsterrein besteed.

Daarnaast zal vanuit de kaders van vermaatschappelijking van zorg, de extramuralisering, de actualisatie van de gemeentelijke nota Wonen en de landelijke ontwikkelingen omtrent inhoud en reikwijdte van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning een actief zorgbeleid worden ontwikkeld. Dat wordt in zijn algemeenheid vooral gericht op wonen met welzijn en zorg voor alle inwoners en meer specifiek op de ontwikkeling van een voorzieningenpakket, gericht op de kwetsbare groepen zoals (verstandelijk) gehandicapten, chronisch zieken, dak- en thuislozen, (ex)psychiatrische patiënten en ouderen.

Uit praktische overwegingen zal dit evenwel eerst na 2006 in een nota worden vastgelegd.

Er is door de gemeenten in Noord en Midden Drenthe gekozen voor een regionale aanpak - voor zover mogelijk - omdat de ontwikkelingen op landelijk, provinciaal en regionaal niveau voor de gemeenten nagenoeg hetzelfde zijn. Een groot aantal organisaties met een taakstelling op lokaal niveau is provinciaal georganiseerd. De 5 gemeenten in Noord en Midden Drenthe gebruiken het regionaal deel van deze nota om het beleid, dat betrekking heeft op bovengemeentelijke activiteiten, te ontwikkelen en hun beleid naar de betrokken organisaties toe één gezicht te geven.

In deze nota Lokaal volksgezondheidsbeleid worden voor de periode 2004-2008 speerpunten ontwikkeld voor het brede terrein van de volksgezondheid. Deze speerpunten zijn gebaseerd op de grote lijnen van het bestuursakkoord en collegeprogramma en vanuit de ontwikkelingen op landelijk- en regionale niveau.

Wanneer mensen wordt gevraagd wat zij het meest belangrijk in hun leven vinden, dan is het antwoord op die vraag bijna altijd **“een goede gezondheid”**.

*Een goede gezondheid is de belangrijkste voorwaarde om een in sociaal en economisch opzicht productief leven te kunnen leiden.*

## Hoofdstuk 2

### Wat houdt lokaal volksgezondheidsbeleid in?

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde: de definitie van volksgezondheidsbeleid en de doelen van het lokale volksgezondheidsbeleid.

Verder wordt ingegaan op trends en ontwikkelingen in gezondheid- en zorgwetgeving.

#### 2.1 Wat is volksgezondheid?

Voordat beleid op volksgezondheidsterrein kan worden uitgewerkt, moet de visie op het gezondheidsbegrip helder zijn.

Bij de ontwikkeling van het lokale volksgezondheidsbeleid in Noordenveld is gewerkt met de breed geformuleerde zorgvisie van de WHO (World Health Organisation, de Wereldgezondheidsorganisatie).

In de definitie van de WHO is gezondheid een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden.

Gezondheid wordt niet gezien als de afwezigheid van ziekte of gebreken, maar vooral als een positief begrip: het vermogen tot (lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk) 'normaal' functioneren in de samenleving. De gezondheidszorg wordt niet meer gezien als de enige partij die invloed op de gezondheid heeft.

Of mensen gezond kunnen leven hangt af van vijf (bepalende) factoren (gezondheidsdeterminanten):

- Erfelijke factoren
- De fysieke leefomgeving
- De sociaal-economische leefomgeving
- De leefstijl
- De toegang tot de organisatie van het zorgaanbod

#### 2.2 Lokaal volksgezondheidsbeleid

Lokaal volksgezondheidsbeleid moet zijn gericht op het behalen van gezondheidswinst voor burgers. Voor gemeentebestuurders is evenwel slechts een deel van de bepalende factoren beïnvloedbaar.

Erfelijke factoren *sec* zijn zeer bepalend voor de gezondheid, maar onttrekken zich aan de gemeentelijke invloedssfeer. Technologische ontwikkelingen maken het mogelijk om grensverleggend onderzoek te doen naar beïnvloeding van o.a. deze erfelijke factoren. Dit onderzoek beperkt zich niet tot alleen de technische kant, maar raakt tevens de ethische kant.

Fysieke en sociale omgevingsfactoren oefenen grote invloed uit op de gezondheidstoestand en op de beleving van de gezondheid van de burger.

Bij fysieke factoren gaat het bijvoorbeeld om woningverbetering, verbetering van de woonomgeving en verkeersveiligheid.

Sociaal-economische omgevingsfactoren hebben bijvoorbeeld betrekking op werk en inkomen, opvoedingsondersteuning, ontwikkelingsstimulering, de maatschappelijke participatie en aandacht voor de sociale infrastructuur waarbij het gevoel van onveiligheid wordt tegengegaan.

Op veel van deze beide aspecten kunnen gemeenten gezondheidswinst voor hun burgers behalen.

De grootste gezondheidswinst is in de 19<sup>e</sup> en 20<sup>e</sup> eeuw behaald door de verbeteringen van de fysieke omgeving en de sociale structuur (de aanleg van riolering, drinkwatervoorzieningen en invoering van het sociale zekerheidsstelsel).

De toegang tot de organisatie van het zorgaanbod, dat wil zeggen de spreiding en het aanwezig zijn van voldoende zorgaanbod, is een beïnvloedbare factor. De gemeente is niet primair verantwoordelijk voor de aanwezigheid van de meeste vormen van zorgverlening (dat is het Zorgkantoor).

De gemeenten ervaren wel een voorwaardenscheppende rol als het gaat om het aanbod, de kwaliteit en de spreiding van voorzieningen in haar gemeente. Daarbij is haar belangrijkste taak het aanbieden van vestigingsfaciliteiten aan zorgaanbieders. Afstemmen van vraag en aanbod in de zorg is te allen tijde van belang.

De expliciete gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de toegang tot AWBZ-zorg in de vorm van de indicatiestelling (RIO's) staat op het punt van verdwijnen.

Schaarste aan zorg is een voortdurende bedreiging. In zijn algemeenheid is het aanbod aan zorgvoorzieningen in Nederland van een voldoende niveau. Er is nog wel een gezondheidswinst te halen, maar geen extreem grote gezondheidswinst.

*In de huidige maatschappelijke situatie is de verwachting, dat de grootste gezondheidswinst is te behalen door beïnvloeding van de leefstijl en de sociaal-economische omgeving van mensen. De sociaal-economische omgeving wordt breed opgevat en heeft bijvoorbeeld ook betrekking op de opvoedingssituatie en sociale veiligheid.*

### 2.3 Doelen van lokaal volksgezondheidsbeleid

Uit de brede opvatting van gezondheid en de vijf bepalende factoren voor de gezondheid vloeit een drieledige doelstelling voort voor het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid.

1. Het bevorderen van de kwaliteit van de fysieke en sociale leefomgeving voor alle groepen in de samenleving
2. Het bevorderen van gezond gedrag
3. Het bevorderen van een sluitend systeem aan gezondheidsvoorzieningen en de toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen voor alle doelgroepen

De nadruk in deze nota wordt gelegd op het bevorderen van gezond gedrag en het bevorderen van de kwaliteit van de sociale leefomgeving, omdat op deze terreinen de grootste gezondheidswinst behaald kan worden.

Het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid is gebaseerd op informatie over de gezondheidssituatie. Regelmatig onderzoek naar de gezondheidssituatie, het signaleren van veranderingen en problemen en het traceren van sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn absolute voorwaarden voor het voeren van verantwoord beleid en evaluatie van gevoerd beleid.

***Voor de gemeente is GGD Drenthe de eerst aangewezen onderzoeksorganisatie.***

Gezondheidsproblemen komen het meeste voor bij groepen die ook in sociaal-economisch opzicht in minder gunstige omstandigheden leven. Er zijn nog steeds erg grote verschillen in de gezondheid, welke voor een aanmerkelijk deel zijn te verklaren uit sociaal economische verschillen.

***Mensen met een lagere sociaal economisch status leven niet alleen korter, het aantal "gezonde" jaren laat een nog veel pregnanter schil zien.***

Het is van het grootste belang om, waar mogelijk, de verschillen in gezondheid als gevolg van sociaal economische status te verkleinen. De mensen met een lagere SES kom je overal tegen (kinderen, jeugd, volwassenen, ouderen, gehandicapten etc.).

De gemeente gaat daarom in haar doelgroepenbeleid specifiek aandacht geven aan het tegengaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Bij adequaat preventief beleid op relatief jonge leeftijd zijn al de grootste resultaten te behalen.

## 2.4 Wetgeving en Ontwikkelingen.

Een drietal wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van haar inwoners: de Grondwet, de Welzijnswet en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV).

Voor een meer uitgebreid overzicht van relevante wetten en aanverwante beleidsterreinen wordt verwezen naar bijlage 1 bij de regionale nota (wettelijk kader).

De Grondwet en de Welzijnswet leggen de overheid een algemene verantwoordelijkheid op, een soort morele verplichting, om zich te bemoeien met de gezondheid van haar burgers.

De WCPV geeft een omschrijving van specifieke, nader omschreven uitvoerende verantwoordelijkheden. Hierin is de gemeentelijke verantwoordelijkheid als volgt omschreven: "De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en curatieve gezondheidszorg".

Uit de combinatie van algemene en specifieke verantwoordelijkheden vloeien verschillende taken voort. Deze verschillende taken en verantwoordelijkheden leiden tot verschillende rollen van de gemeente in het gemeentelijk beleid (zoals een uitvoerende- en een regierol).

De WCPV legt expliciet taken op, die de gemeente moet (laten) uitvoeren: infectieziektebestrijding en Jeugdgezondheidszorg. In de Jeugdgezondheidszorg spreekt de WCPV over het basistakenpakket met daarin een onderscheid tussen uniform deel en maatwerkdeel. Het uniform deel is voor het hele land gelijk. Voor de invulling en uitvoering van het maatwerkdeel heeft de gemeente de noodzakelijke beleidsvrijheid.

### Zorg.

Er zijn grote veranderingen gaande op de terreinen van zorg.

De Rijksoverheid benadrukt een verantwoordelijkheidsverdeling tussen burger en overheid en tussen rijk en gemeente. De nadruk wordt meer en meer gelegd op preventie (= voorkomen van). De gemeente krijgt een steeds nadrukkelijker taak omdat zij de specifieke, lokale situatie het beste kent en zo nodig specifiek beleid (=maatregelen) kan ontwikkelen.

De gemeente moet op plaatselijk niveau de turbulente ontwikkelingen op het gebied van "vermaatschappelijking van zorg" in goede banen leiden en in concrete maatregelen vertalen. De dubbele vergrijzing komt op afzienbare termijn op ons af, een groot deel van ouderen en gehandicapten wil langer zelfstandig in eigen huis blijven wonen, de regie over het eigen leven in eigen hand houden en deel (blijven) nemen aan de samenleving. Gemeenten staan verder voor de opgave om alles wat (binnenkort) uit de AWBZ verdwijnt + de huidige voorzieningen die onder de Welzijnswet en WVG vallen te bundelen en vanuit de "vangnetfunctie" als voorziening aan de burger aan te bieden (toekomstige Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

Een belangrijke ontwikkeling waar de burger direct mee te maken heeft is de druk op de eerstelijnszorg. Er is in een aantal plaatsen in Nederland al sprake van een situatie waar in achterstandswijken (lage SES) geen of nauwelijks meer professionele eerstelijnszorg aanwezig is. Huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten etc. hebben het erg druk. In onze gemeente is (nog) geen huisartsentekort, maar wel is dit een probleem wat in de toekomst actueel kan worden. Om het probleem van het huisartsentekort en de druk op te vangen zijn er in Drenthe en Groningen enkele Centrale Huisartsen Posten opgericht.

De rol van de gemeente met betrekking tot de eerstelijnszorg wordt meestal gezien als beperkt tot vestigingsfaciliteiten (randvoorwaarden scheppen).

Wij vinden, dat onze randvoorwaardelijke positionering ook betrekking moet hebben op de lokale regierol.

## Hoofdstuk 3.

### Gezondheidssituatie in Noordenveld.

Hoofdstuk 3 heeft vooral een informeren karakter. Aan de hand van de meest recente "leefstijlonderzoeken" vindt een beschrijving plaats van de ervaren gezondheidssituatie door de inwoners. Per doelgroep worden met name opvallende uitkomsten van de leefstijlonderzoeken weergegeven. Voor een uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar bijlage 3 van de regionale nota.

#### 3.1 *Algemeen beeld.*

Tot voor heel kort was de ontwikkeling dat we in Nederland (en in Noordenveld) steeds langer en steeds langer in relatief goede gezondheid leefden. Tamelijk recent onderzoek (Voksgezondheid Toekomst Verkenningen, december 2002) heeft in beeld gebracht, dat Nederland hierbij gaat achterlopen ten opzichte van het Europese gemiddelde. Voor vrouwen is er sprake van dat de toename in levensverwachting stagneert.

*Ongezond gedrag is de belangrijkste oorzaak van de stagnerende gezondheidsontwikkeling.*

Vooral onder jongeren zijn de trend in ongezond gedrag ongunstig. Ouderen daarentegen gaan zich steeds gezonder gedragen

Gezondheid is ongelijk verdeeld in Nederland (en ook in Noordenveld). Er zijn nog steeds aanzienlijke verschillen tussen arm en rijk (en in de wat grotere plaatsen ook van buurt tot buurt). Over het algemeen geldt dat mensen met een lage(re) sociaal economische status (lage opleiding, laag inkomen etc.) nog steeds een slechtere gezondheid hebben dan mensen met een hoge(re) sociaal economische status. Hierin is in de afgelopen jaren geen verandering opgetreden.

Uit leefstijlonderzoeken van de GGD komt naar voren dat de gezondheidssituatie van onze inwoners niet aantoonbaar afwijkt van die van de andere inwoners van onze regio.

De gemiddelde sociaal economische status (van met name de ouderen) in onze gemeente is relatief hoog. Ongeveer 25% heeft een laag inkomen (waarvan 10% zeer laag) en een lage opleiding, ongeveer 20% heeft een hoge opleiding; 45% heeft het hogere inkomen.

#### 3.2 *Bevolkingsopbouw.*

*De bevolkingsopbouw van Noordenveld is afwijkend van het Drentse gemiddelde, Noordenveld is relatief oud.*

Onze gemeente is een zeer aantrekkelijke woongemeente, kapitaalkrachtige ouderen zijn een aantrekkelijke marktpartij voor allerlei investeerders. De kapitaalkrachtige ouderen behoren grotendeels tot de categorie mensen met een hogere sociaal economische status. Het "Drenthenieren" is een bekend verschijnsel. Verder bereiken steeds meer ouderen een hogere leeftijd; de zogenaamde "dubbele vergrijzing".

De prognose is (Drenthe XV, januari 2002, bijlage 1) dat deze ontwikkeling zich zal doorzetten en in de nabije toekomst (2015) nog een aanmerkelijke stijging ondergaat; in Noordenveld is dan **28,8%**, in Drenthe 26,1% en in Nederland 23,0% van de inwoners ouder dan 60 jaar; in onze regio neemt het aantal 80+ in diezelfde periode toe met 35%.

In deze prognose is nog geen rekening gehouden met de gevolgen van de Regiovisie Assen Groningen 2030.

#### 3.3 *Jeugd*

*In het algemeen gaat het goed met de jeugd in Noordenveld. Het merendeel van de jongens en meisjes beoordeelt hun gezondheid als goed.* Ondanks dit positief beeld is er ook een aanzienlijke groep jongeren die in hun ontwikkeling naar volwassenheid met min of meer ernstige problemen te maken heeft (gehad).

- Aandoeningen en ziekten.

Een relatief klein deel (15%) heeft een lichamelijke aandoening (eczeem, allergie, hooikoorts). Een kwart van alle jongeren in het voortgezet onderwijs heeft mogelijk een psychosociaal probleem. Dit betreft dan problemen op het gebied van: thuissituatie, persoonlijke problemen, school, vrienden en/of seksualiteit. Van dit kwart heeft ongeveer 70% (kortdurende) hulp nodig bij de oplossing. Een zeer klein percentage heeft gespecialiseerde 2<sup>e</sup> lijnshulp (bijv. GGZ) nodig. Opvallend is, dat psychosociale problematiek meer voorkomt bij meisjes dan bij jongens.



## Leefstijl

Voor wat betreft leefstijl valt op, dat de jeugd veel alcohol drinkt en met name grote hoeveelheden in 1 keer. Negen procent van de jongens in het voortgezet onderwijs drinkt ongeveer 20 glazen alcohol per week en 14% drinkt (nog) meer.

Meisjes drinken aanmerkelijk minder. Drie procent drinkt ongeveer 20 glazen per week en eveneens drie procent drinkt meer.

- Overgewicht

Overgewicht komt meer en meer voor en vanaf steeds jongere leeftijd. In onze gemeente is sprake van een toename welke vergelijkbaar is met geheel Drenthe. Voeding, beweging, sociaal economische status en overgewicht lijken een relatie met elkaar te hebben. GGD en OKZ Icare gaan in een gecombineerde opzet aandacht aan deze ontwikkeling schenken.

- Roken.

Roken is een risicofactor die in sterke mate bijdraagt aan vermijdbare sterfte. Ruim de helft van alle jongeren heeft ooit gerookt. Het percentage rokers tussen 10-19 jaar is 26%. Onder de jongeren van 19-23 jaar is dat 43%.

- Drugs

Tot 1997 nam het gebruik van hasj onder scholieren toe. In 2000 bleek dat het gebruik ten opzicht van 1997 was afgenomen. Van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs in Drenthe heeft 19% van de jongens en 13% van de meisjes wel eens hasj gebruikt. Het percentage jongens en meisjes uit Noord- en Midden Drenthe dat de laatste maanden van 2002 hasj heeft gebruikt ligt lager, respectievelijk 10 en 4%. Deze percentages liggen aantoonbaar lager dan de landelijke gegevens uit 2000.

Het gebruik van ecstasy in Drenthe blijkt laag te zijn. Ongeveer 4% van alle jongeren in het voortgezet onderwijs heeft ooit XTC gebruikt. Dit komt overeen met het landelijk gemiddelde.

### 3.4 Volwassenen

Uit de gezondheidsenquête uit 1998, gehouden door GGD NMD onder volwassenen van 20-70 jaar blijkt dat ruim driekwart (79%) van de inwoners hun eigen gezondheid als goed tot heel goed beoordeelt. Deze uitkomst is zonder meer goed te noemen. Inspanningen ter verbetering zullen daarom op het resterende kwart gericht moeten zijn.

- Aandoeningen en ziekten

49% van de mannen en 57% van de vrouwen heeft één of meer langdurige aandoeningen. Vooral chronische aandoeningen bij dragen aan ongezonde levensjaren.

Met het stijgen van de leeftijd neemt het aantal chronische aandoeningen toe.

Daarnaast nemen psychische aandoeningen een belangrijke plaats in: 34% heeft aangegeven psychische klachten te hebben.

- Leefgewoonten/leefstijl

In Noord- en Midden Drenthe rookt 31% van de volwassen bevolking. 7% van de mannen en 2% van de vrouwen gebruikt excessief alcohol.

Het CAD had in 2003 ruim 100 cliënten uit Noordenveld in behandeling voor alcohol, drugs of gokverslaving.

Van de mannen heeft 40% overgewicht. Bij de vrouwen is dat 32%.

Er is een verband tussen overgewicht en sekse, leeftijd (overgewicht vooral 50+), opleidingsniveau (overgewicht vooral bij lage opleiding) en beweging.

Echte bewegingsarmoede komt voor bij zo'n 20% van de inwoners.

In 2003 heeft een vervolgonderzoek plaats gevonden bij de inwoners tussen 20 en 65 jaar oud. Vanuit Noordenveld zijn daarbij ruim 450 inwoners betrokken. De resultaten zijn nog niet bekend.

### 3.5 Ouderen

In 2002/2003 heeft GGD Drenthe onder ouderen (65 jaar en ouder) onderzoek verricht. In Noordenveld gaat het dan om ongeveer 5500 inwoners, waarvan plm. 2000 van 75 jaar en ouder. Vanuit de resultaten van dit onderzoek komen de volgende kenmerkende zaken voor de gemeente Noordenveld naar voren:

1. Opleiding en inkomen:

74% heeft een middelbaar of hoger opleidingsniveau; 67% heeft een netto inkomen van € 1100 of meer per maand (waarbij 45% meer dan € 1300). Beide aspecten wijken (in positieve zin) af van het Drentse gemiddelde.

98,8% zegt rond te kunnen komen van het inkomen (in Drenthe is dat 95,3%)

2. Voorzieningen.
  - \* Meer dan de helft van de ouderen weet niet waar men informatie kan krijgen over huursubsidie, kwijtschelding van gemeentelijke belasting, bijzondere bijstand, vergoeding WVG, huisbezoek door vrijwilligers, vormingsactiviteiten en het persoonsgebonden budget.
  - \* Het gebruik van met name de maaltijdvoorziening is relatief laag; (6%); vervoer, onderhoudsdienst woning en alarmering zijn relatief veel gebruikte voorzieningen.
3. Gezondheid.
  - \* Gemiddeld vindt ruim 60% van de ouderen dat hun gezondheid (zeer) goed is. Van de mensen met een hoge SES vindt 73% dat, met een lage SES is dat bijna 50%. Ook ervaart 9% de gezondheidstoestand als slecht/niet zo best
  - \* Opvallend is het verschil in gezondheidsbeleving tussen leeftijdscategorieën. In de leeftijd 65-74 jaar ervaart 67% een (zeer) goede gezondheid; van de 75 jarigen en ouder is dat 50%.
  - \* Een slecht ervaren gezondheid staat niet op zichzelf. Uit nader onderzoek blijkt dat men zich dan ook vaker eenzaam voelt, minder zelfredzaam is, meer aandoeningen heeft, vaker contact heeft met zorgverleners en ook vaker slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt .
4. Eenzaamheid
 

15% van de ouderen voelt zich eenzaam en 10% zeer eenzaam. Beide percentages wijken aanzienlijk af van het Drents gemiddelde. Het blijkt dat ouderen die (zeer) eenzaam zijn vaker lichamelijke klachten hebben en een groter beroep doen op de gezondheidszorg;
5. Woonsituatie en woonbehoefte.
  - \* 85% van de ouderen woont helemaal zelfstandig en wil dat zo lang mogelijk blijven doen. Bij een eventuele hulpbehoefte wil tweederde in de woning blijven wonen, eventueel met aanpassingen;
  - \* als reden voor een toekomstige verhuizing wordt in een kwart van de gevallen de grootte van de woning genoemd en bijna de helft wil dat uit voorzorg
  - \* Ingeval van onontkoombare verhuizing kiest ruim de helft voor een seniorenwoning
  - \* De woonomgeving in Noordenveld wordt door 89% als (heel) prettig ervaren en nog meer mensen (99%) voelen zich ook veilig.

Desondanks zegt toch nog 22%, dat men 's avonds niet (meer) op straat durft te gaan.

  - \* De bereikbaarheid van voorzieningen is nog (lang) niet altijd optimaal.

De brievenbus is voor 1 op de 10 ouderen niet (goed) bereikbaar;  
 Voor winkel, huisarts, apotheek en postkantoor/bank is dat bij een op de zes;  
 Voor de kerk, bibliotheek, dorps huis, openbaar vervoer en park/groenstrook is dat een kwart tot een derde
6. Sport en beweging
 

Ruim 80% van de ouderen doet tenminste 1 keer per week aan lichaamsbeweging of sport; wandelen en fietsen zijn veruit het populairst. 1 op de vijf zelden of nooit. Ouderen van 65-74 jaar die niet aan sport of beweging doen laten dat omdat ze zeggen geen tijd en/of zin te hebben. Huisartsen kunnen het gezondheidsbelang van sport nog meer benadrukken

Relatief zijn meer ouderen 75plus inactief wegens gezondheidsproblemen.
7. Zorg
  - \* Bijna de helft van alle ouderen doet de huishouding nog zelf; voor lichamelijke verzorging is dat tweederde.
  - \* In Noordenveld bestaat de hulpverlening voor bijna 60% uit professionele hulp. Dit ligt 12% hoger dan het Drents gemiddelde
  - \* 20% verleent hulp als vrijwilliger; 15% is bereid om meer zorg te verlenen.

### 3.6 Algemene ontwikkelingen bij speciale groepen.

Tenslotte zijn er groepen die speciale aandacht verdienen omdat uit landelijke onderzoeken is gebleken, dat zij meer risico lopen wat betreft hun gezondheid.

Deze groepen zijn ook aanwezig in de gemeente Noordenveld.

- Mensen met een lage(re) sociaal economische status hebben relatief meer kans op een kort en ongezond leven dan mensen met een hoge(re) sociaal economische status
- Chronisch zieken en gehandicapten hebben te kampen met aandoeningen die van grote invloed zijn op de kwaliteit van leven
- Dak- en thuislozen hebben veelal te kampen met verslavings- en psychiatrische problemen.
- Verslaafden lopen door hun gedrag aanzienlijk meer gezondheidsrisico's.
- Allochtonen en nieuwkomers hebben vaak te maken met een slechtere gezondheidstoestand en weten de voorzieningen vaak slechter te vinden.

### 3.7 Samenvatting.

Samenvattend kan gesteld worden, dat de gezondheidssituatie van de Noordenveldse bevolking over het algemeen goed is; dat er toch risicogroepen zijn en dat op verschillende punten nog gezondheidswinst valt te behalen.

## Hoofdstuk 4.

### Ambities en beleidsvoornemens

#### 4.1 *Ambities.*

Niet alle ambities zijn tegelijk te realiseren. Bij de invulling wordt aangesloten bij Bestuursakkoord en Collegeprogramma.

- |            |  |
|------------|--|
| Ambitie 1. | Vergroten van de kansen op gezondheid voor mensen met een lage sociaal-economische status om vermijdbare verschillen in gezondheid te verkleinen                 |
| Ambitie 2. | Stimuleren van een gezonde leefstijl bij de inwoners   |
| Ambitie 3  | Bevorderen van de sociale en geestelijke gezondheid van de inwoners en dus een verbetering van de kwaliteit van leven  |
| Ambitie 3. |  |
| Ambitie 4. | Verbeteren van de kwaliteit van leven met mensen met een beperking of chronische ziekte  |
| Ambitie 5. | Het bevorderen van een sluitend systeem aan gezondheidsvoorzieningen en de bereikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidsvoorzieningen voor alle doelgroepen |
| Ambitie 6. | Effectief uitvoering geven aan de taken die voortvloeien uit de WCPV.  |
- De ambities komen tot uitdrukking in de beleidsvoornemens ten aanzien van de volgende (doel)groepen.

#### 4.2 *Beleidsvoornemens naar doelgroepen*

##### 4.2.1 **Inwoners met een lage Sociaal Economische Status**

- De gemeente wil een gezonde(re) leefstijl onder mensen met een lage SES bevorderen. Voor de uitvoering hiervan wordt de GGD Drenthe benaderd
- Wij willen het aanbod van het Volwasseneneducatie (VE) primair richten op de inwoners met een lage SES. Het VE dient zich ook te richten op de ondersteuning van de Cliëntenraad
- De gemeente blijft zich voortdurend inspannen om de sociaal-economische positie van de zwakste groepen te verbeteren; daartoe wordt prioriteit gelegd bij het behalen van een Startkwalificatie door iedereen
- Een betaalde baan is meer dan geld alleen, het zorgt ook voor maatschappelijke betrokkenheid (collega's, contacten) en een regelmatige dagindeling.  
In het gemeentelijk beleid staat daarom het vinden van betaald werk centraal, zonodig door toepassing van uitstroom- en activeringsmiddelen.  
Inwoners die langdurig op een minimuminkomen zijn aangewezen dreigen op enig moment het contact met hun omgeving te verliezen. Hierbij kan gedacht worden aan beëindiging sportlidmaatschap, geen vervangingsmogelijkheid van duurdere elektrische apparatuur, niet meer deelnemen aan sociale en/of culturele activiteiten.  
In het toekomstige voorzieningenbeleid zal specifieke aandacht aan deze problematiek worden geschonken

##### 4.2.2. **Jongeren**

- Het alcoholgebruik onder jongeren is hoog, zeker als het wordt vergeleken met de omvang van het drugsgebruik. Daarom worden de preventie en voorlichtingsactiviteiten op het gebied van alcohol geïntensiveerd. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van het CAD en GGD Drenthe
- Roken is een vorm van verslaving met forse gezondheidsbedreigende gevolgen. Het merendeel van deze rookverslaving ontstaat op jongere leeftijd. Wij willen actieve ondersteuning verlenen aan een rookontmoedigingsbeleid in die gelegenheden, waar de gemeente bij betrokken is.
- Met betrekking tot drugspreventie vinden wij dat een eenduidige boodschap uitgedragen moet worden. Voor gesubsidieerde activiteiten op het terrein van preventie geldt dat deze bewezen moeten hebben effectief te zijn.
- Overgewicht en inactiviteit onder jongeren leiden op korte en langere termijn tot gezondheidsproblemen. In de gemeentelijke nota breedtesport richten wij ons onder andere op sportstimulering door jongeren. Wij bieden de basisscholen ingaande het schooljaar 2004-2005 de mogelijkheid om 3 x per week aandacht te schenken aan lichamelijke opvoeding. Daarnaast houden wij het gratis schoolzwemmen in stand.
- De gemeente wil de toegang tot de jeugdhulpverlening nog verder verbeteren. Samen met de provincie, het bureau Jeugdzorg en De Toegang Noordenveld wordt nagegaan op welke wijze dit het beste kan gebeuren
- Wij willen een samenhangend beleid voeren ten aanzien van gezondheid, opvoeding en welzijn van de jeugd van 0-19 jaar. In het jeugdbeleid moet de samenhang tussen diverse beleidsterreinen als

onderwijs, kinderopvang/peuterspeelzaalwerk, VVE en GOA en Jeugdgezondheidszorg verankerd zijn en blijven.

Nieuwe ontwikkelingen dienen deze samenhang zo mogelijk te versterken

- De Jeugdgezondheidszorg is een verantwoordelijkheid van de gemeente en wordt uitgevoerd door GGD Drenthe en OKZ Icare.

Landelijk wordt nog de discussie gevoerd hoe en met welke opdracht logopedie binnen de GGD wordt ondergebracht. Zowel qua inhoud als financiering zal de “Noordenveldse Variant” hierop gaan aansluiten.

Binnen de vrij te besteden maatwerkmiddelen kiest de gemeente Noordenveld voor de volgende items:

- onderzoek naar mogelijkheid betere spreiding consultatiebureaus
- opvoedingsondersteuning en probleemsignalering
- samenwerking en afstemming

#### 4.2.3 Ouderen

- Gevoelens van eenzaamheid hebben een belangrijke invloed op de gezondheidsbeleving van ouderen. Binnen de prestatieafspraken met de Stichting WiN wordt voorkoming van eenzaamheid een van de speerpunten van beleid.
- De gemeente wil een gezonde leefstijl voor ouderen bevorderen. Wij zullen (laten) onderzoeken op welke wijze dit het beste gerealiseerd kan worden waarbij met name de thuiswonenden van 65+ onze speciale aandacht hebben.
- De toegankelijkheid van voorzieningen blijkt in de praktijk problemen op te leveren doordat steeds opnieuw aanmelding nodig is. Wij willen het non-gebruik van de voorzieningen beperken door goede voorlichting en de ontwikkeling van een lokaal loket voor ouderen
- Toegankelijkheid en bereikbaarheid van voorzieningen zijn onder andere afhankelijk van adequaat vervoer.  
Daar waar nodig en gewenst ondersteunt de gemeente de vrijwillige van deur tot deur vervoersorganisaties SON en VOR
- Oudere mensen met beperkingen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Er is sprake van een omslag van aanbodgestuurde- (verhuizen naar de voorziening) naar vraaggestuurde zorg (de noodzakelijke zorg in huis halen).  
De gemeente Noordenveld speelt op deze ontwikkelingen in, onder andere door uitwerking en concretisering in deelprojecten van het concept woonzorgzone Norg
- Er is sprake van een verschuiving van de kosten; van zorgkantoor (AWBZ) naar gemeente (welzijnsdiensten). Wij gaan met het Zorgkantoor in gesprek over afstemming van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en financiering.

#### 4.2.4 Inwoners met een beperking of chronische ziekte

- Bij de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, welke omstreeks 1-1-2006 is voorzien, wordt de WVG in die nieuwe wet wordt ondergebracht. De gemeente wordt dan verantwoordelijk voor een nog breder aanbod van voorzieningen  
In de bestaande situatie kent de gemeente Noordenveld kent een ruimhartig WVG-beleid, dat (aanmerkelijk) verder gaat dan de huidige wettelijk voorgeschreven minimale zorgplicht. Enerzijds staat dit uitgangspunt als gevolg van de daarmee gepaard gaande kosten onder druk, anderzijds heeft de gemeenteraad regelmatig uitgesproken het voorzieningenniveau niet wezenlijk te willen aantasten.
- De gemeente vindt een integrale indicatiestelling een belangrijke voorwaarde voor een goede toegankelijkheid naar zorg en voorzieningen.  
De mogelijkheden van centrale afhandeling van aanvraag tot afhandeling in één lokaal loket worden de komende jaren onderzocht. Intensieve samenwerking met GGD, RIO en Zorgaanbieders wordt nagestreefd.
- De gemeente wil mantelzorgers in Noordenveld ondersteunen. Initiatieven om in onze gemeente te komen tot een Contactpunt Mantelzorg, gekoppeld aan een provinciale organisatie, worden ondersteund

- Toegankelijkheid en bereikbaarheid van voorzieningen zijn onder andere afhankelijk van adequaat vervoer. Daar waar nodig en gewenst ondersteunt de gemeente de vrijwillige van deur tot deur vervoersorganisaties SON en VOR
- Binnen de ontwikkelingen van “vermaatschappelijking van zorg” is de gemeente bereid medewerking te verlenen aan initiatieven om lichamelijk en verstandelijk gehandicapten zo lang mogelijk in de gebruikelijke woonomgeving te huisvesten

#### **4.2.5 Bevorderen van de sociale en geestelijke gezondheid van de algemene bevolking (Openbare Geestelijke GezondheidsZorg: OGGZ).**

- Wij willen een sluitend aanbod voor de OGGZ realiseren. De gemeente neemt daartoe het initiatief om het bestaande overleg begeleid wonen uit te breiden tot netwerk OGGZ en Meldpunt Overlast
- De gemeente nodigt andere partijen op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg uit om goede afspraken ten aanzien van bemoeizorg te ontwikkelen en vast te leggen

#### **4.2.6 Bevorderen van een sluitend systeem van gezondheidsvoorzieningen**

- De gemeente wil de vestiging van huisartsen en andere eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen faciliteren
- De gemeente voert periodiek overleg met (vertegenwoordigers van de) plaatselijke huisartsen.
- De gemeente ontwikkelt op korte termijn een visie op de gehele eerstelijnszorg in Noordenveld waarin in ieder geval aan de orde komen:
  - relatie eerstelijnszorg en gemeentelijke voorzieningen (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)
  - relatie gezondheidsvoorzieningen, zorgaanbod en gevolgen extramuralisering en vermaatschappelijking
  - taak en rol van de gemeente in de eerstelijnszorg.

### **4.3 Knelpunten.**

Niet alle beleidsvoornemens kunnen tegelijk of zelfs maar in de beleidsperiode 2004 – 2008 worden uitgevoerd.

Een belangrijk knelpunt is de afnemende financiële ruimte waar de gemeente Noordenveld ook mee te maken heeft.

### **4.4 Planning etc.**

In een plan van aanpak zal een planning van activiteiten worden beschreven. Om dit plan van aanpak te kunnen schrijven zal de gemeenteraad prioriteiten aangeven:

**welke activiteiten moeten binnen het ambitieniveau en kostenontwikkeling het eerst tot speerpunt uitgewerkt worden.**

In hoofdstuk 5 en 6 wordt hierop terug gekomen.

## Hoofdstuk 5

### Lokaal volksgezondheidsbeleid in Noordenveld

In dit hoofdstuk worden 1<sup>e</sup> de (gemeentelijke) activiteiten op het terrein van de volksgezondheid beschreven en 2<sup>e</sup>. op basis van de doelstellingen en de ambities van de gemeente Noordenveld op haar rol **speerpunten** voor het lokale beleid geconcretiseerd.

De sociale kaart van Noordenveld is opgenomen in *bijlage 2*.

In *bijlage 5* zijn de gemeentelijke beleidsterreinen met raakvlakken met het lokale volksgezondheidsbeleid beschreven (ontwikkeling integraal beleid).

#### 5.1 *Beleidssterreinen binnen het volksgezondheidsbeleid*

De gemeentelijke taken op het terrein van de volksgezondheid zijn te onderscheiden in een drietal beleidsterreinen:

- zorgbeleid
- preventiebeleid
- integraal beleid

##### 5.1.1 **Zorgbeleid**

Op het terrein van volksgezondheid en zorg zijn zowel gemeenten als zorgverzekeraars actief. De zorgverzekeraar financiert de zorg gericht op individuele behandeling (cure) of langdurige zorg (care).

De gemeente richt zich op ontwikkeling resp. instandhouding van een adequaat en laagdrempelig voorzieningenniveau (zoals soc.cult.werk, alg.maatsch.werk, verslavingszorg, maatschappelijke opvang en verstrekkingen WVG).

De gemeente Noordenveld ziet het (binnen haar regiefunctie) als haar taak om op lokaal niveau hiaten in de basis(eerstelijns)gezondheidszorg te signaleren en te voorkomen door te streven naar voldoende capaciteit, kwaliteit, samenhang en samenwerking. Aandachtspunten hierbinnen zijn spreiding, bereikbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid voor iedereen van de basisgezondheidszorg in de lokale situatie.

##### Uitwerking in Noordenveld.

➤ Aanwezigheid 1<sup>e</sup> lijnszorg.

De gemeente Noordenveld vindt het belangrijk, dat de gezondheidszorg voorzieningen binnen de schaal en omvang van de eigen gemeente voor iedereen beschikbaar, toegankelijk en bereikbaar zijn.

Hierbij moet worden gedacht aan 1<sup>e</sup> lijnsgezondheidsvoorzieningen (huisarts, tandarts, thuiszorg etc.) verpleeg- en verzorgingshuizen, maatschappelijk werk maar ook aan CAD, RIBW, De Toegang en GGZ/PTZ. Waar mogelijk en noodzakelijk kiest de gemeente Noordenveld voor een actieve opstelling om dit te realiseren.

Gemeentelijke doorlopende en gerealiseerde activiteiten zijn o.a.:

- overleg huisartsen en DHV
- ontwikkelingen in/rondom De Hoprank (Peize) en De Wiekslag (Norg)
- ontwikkelingen in/rondom Vasalis (Roden)
- 
- Het regelen van een vangnetfunctie voor de OGGZ in de gemeente valt onder zorg- en voorzieningenbeleid. In dit kader zijn in onze gemeente al enkele projecten opgezet zoals o.a.:
- Project Begeleid Wonen
- Huisvesting t.b.v. De Leite (Roden en Peize)
- Idem Hendrik van Boeijen (Roden)

### 5.1.2 Preventiebeleid

Preventie richt zich op voorkoming van ziekten en bevorderen van gezondheid door het beperken van en omgaan met (gezondheids)risico's, bevordering van gezond gedrag alsmede vroegtijdige opsporing en beperking van de gevolgen van ziekte.

Doel is het bevorderen van een zo lang mogelijk gezond leven voor zo veel mogelijk mensen. Onze aandacht wordt nadrukkelijk gericht op de mensen met een lagere sociaal economische status.

Door preventief beleid (en sport) kunnen oorzaken van ziektes worden weggenomen, kan worden bijgedragen aan een verbeterde gezondheid en kunnen de oorzaken van een almaar toenemende vraag naar zorg op een duurzame manier worden aangepakt. Preventie is daarbij ook nog eens vele malen goedkoper dan zorg.

De gemeente moet zorgen dat collectieve preventie een permanent punt van aandacht is. Zij heeft de opdracht om (samen met de GGD) tussen alle gezondheidszorginstellingen, welzijnsorganisaties en vrijwilligersorganisaties afstemming en samenwerking te bevorderen (= regie te voeren) met betrekking tot het aspect preventie.

Daarnaast moet zij de afstemming tussen (collectieve) preventie en zorg bevorderen.

#### Uitwerking in Noordenveld.

##### ➤ Collectieve preventie

De gemeente Noordenveld vindt dat collectieve preventie een permanent punt van aandacht is en kwalitatief goed moet worden behartigd. De gemeente wil (samen met de GGD) de lokale afstemming en samenwerking op het terrein van collectieve preventie bevorderen.

Preventie is de beste en goedkoopste benadering om gezondheidsproblemen (in de meest brede zin) te voorkomen resp. de gevolgen in omvang en mate te beperken.

##### ➤ Bevorderen gezonde leefstijl.

- in onze gemeente draaien op alle basisscholen verschillende (geïntegreerde SAP, Politie en HALT) preventieprogramma's gericht op versterking van de sociale weerbaarheid
  - De gemeente subsidieert het CAD om naast (ambulante) hulpverlening ook voorlichting te geven over alcohol en drugs.
  - Binnen het programma Breedtesport neemt sportstimulering voor doelgroepen (jeugd en ouderen) een belangrijke plaats in.
  - Binnen het lokaal onderwijsbeleid wordt ingaande het schooljaar 2004/2005 aan alle basisscholen de mogelijkheid geboden om 3 x per week schoolsport in het lesrooster op te nemen. De kosten worden door de gemeente betaald.
  - De kosten van schoolzwemmen worden volledig door de gemeente voor haar rekening genomen

##### ➤ Bevorderen gezondheid van de jeugd.

In hoofdstuk 6 van de regionale nota wordt specifiek en uitgebreid ingegaan op de Jeugdgezondheidszorg. Belangrijk is om te weten, dat de algemene preventieve Jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jaar onder regie van de WCPV valt en dat de JGZ onderdeel moet uitmaken van het integrale Jeugdbeleid.

De provincie is op basis van de Wet op de Jeugdzorg verantwoordelijk voor de planning en financiering van de Jeugdzorg en binnen dat kader voor het Bureau De Toegang Noordenveld.

Activiteiten die de gemeenten Noordenveld op dit moment al verricht op het gebied van het Integraal Jeugdbeleid/de JeugdGezondheidsZorg zijn o.a.:

- Er zijn een aantal jeugdnetwerken actief. Hierin werken verschillende organisaties samen. Het doel is het zo vroeg mogelijk hulp op maat in de woonomgeving van de jongere te bieden. Het netwerk 12+ (12-23 jarigen) bestrijkt de hele gemeente en wordt vanuit de gemeente gecoördineerd
  - In samenwerking met JGZ-Icare wordt invulling gegeven aan het maatwerkdeel jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen. Intensivering van de peuterspeelzalen, vroegtijdige signalering van ontwikkelingsachterstanden, bieden van opvoedingsondersteuning en voorkoming tussentijdse uitval zijn de benoemde doelen. Tevens is gestart met inloopsprekuren bij een aantal peuterspeelzalen.

- Op alle basisscholen worden diverse preventieprogramma's met betrekking tot genotmiddelen, roken, pesten enz. gedraaid. De scholen bepalen (in principe) zelf welke activiteiten in het lessenpakket worden opgenomen.
  - Het aanbod van een vorm van schoolmaatschappelijk werk is momenteel in ontwikkeling. Er wordt een nauwe relatie en samenwerking gelegd met het Bureau De Toegang Noordenveld.
  - In 2001 heeft de raad de nota "De Jeugd heeft de Toekomst" vastgesteld. Nagenoeg alle bij de leeftijdsgroep betrokken instellingen werken samen in de zogeheten Kerngroep Jeugd resp. verschillende werkgroepen. Op basis van deze nota worden door de Kerngroep jaarlijks actieprogramma's vastgesteld.
- Bevorderen van de gezondheid van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten.  
In hoofdstuk 4 van de regionale nota wordt uitgebreid ingegaan op de huidige organisatie en de ontwikkelingen op het terrein van de ouderenzorg.  
De gemeentelijke verantwoordelijkheden spitsen zich toe op de ontwikkelingen wonen, welzijn, preventie en – binnen afzienbare termijn - de vormgeving en invulling van lokale loketten. Ook zal er nog een ouderennota verschijnen.
- In de nota "Noordenveld, een gemeente om te wonen" is uitgesproken, dat de gemeente actief participeert in de ontwikkelingen ten aanzien van vermaatschappelijking van zorg.  
In Roden is het woonzorgcomplex Vasalis gerealiseerd.  
In Peize zijn veel functies samengebundeld in verzorgingshuis De Hoprank.  
In Norg worden de onderliggende gedachten van een woonzorgzone via deelprojecten geconcretiseerd.
  - De Stichting Welzijn in Noordenveld ontvangt een structurele substantiële subsidie waarmee allerlei welzijnvoorzieningen voor ouderen mogelijk zijn. Doel hiervan is om ouderen zo lang mogelijk hun zelfstandigheid te laten behouden.
  - De Cliëntenraad is de gesprekspartner voor de gemeente waar het gaat om uitvoering en beleid met betrekking tot de WVG.
  - In 3 regio's in de provincie worden samen met de RIO's pilots lokale loketten ontwikkeld, waarbij wordt nagegaan onder welke mogelijkheden en voorwaarden integrale indicering (incl. rio) in lokale loketten gerealiseerd kan worden
  - De gemeente subsidieert een vereniging voor aangepast sporten
  - De aanwezigheid van op de behoefte afgestemd vervoer verhoogt het gevoel van gezondheid. Het specifieke (vrijwilligers) van deur tot deur vervoer via SON en VOR levert hierin een belangrijke bijdrage
- Bevorderen van gezondheid/welzijn van de gehele bevolking of specifieke groepen.  
Ter bevordering van de algemene gezondheid en welzijn van de inwoners subsidieert de gemeente een groot aantal organisaties. Een uitgebreide beschrijving van de verschillende organisaties in de regio is te lezen in paragraaf 2.6 van de Regionale Nota. Wij volstaan op deze plaats met het noemen van enkele organisaties en hun belangrijkste activiteiten.
- GGD Drenthe  
GGD Drenthe is in 2002 ontstaan door de fusie van de 3 regionale GGD-en. De GGD bewaakt en bevordert de Volksgezondheid in Noordenveld door:
    - het actief en passief ondersteunen van de gemeente bij vraagstukken op het gebied van de collectieve en individuele volksgezondheid
    - de uitvoering van de Infectieziektenwet
    - de gemeente te adviseren over beïnvloedbare factoren in de samenleving welke een effect (kunnen) hebben op de volksgezondheid (milieu, leefstijl, voorzieningen, risico's)
    - het uitvoeren van preventief gerichte activiteiten voor geïdentificeerde risicogroepen
    - het zijn van een kennispartner voor de gemeente, instanties en burgers op het gebied van de openbare gezondheidszorg en fungeren als vraagbaak
    - het ontwikkelen van coördinatie op verschillende (deel)terreinen van de openbare geestelijke gezondheidszorg.



- Stichting Welzijn in Noordenveld.  
De stichting ondersteunt activiteiten die het maatschappelijk en sociaal leven van de bevolking positief beïnvloeden. Speerpunten van beleid zijn:  
1<sup>e</sup>. bevorderen van maatschappelijke participatie en ontwikkeling van jeugd- en jongerenwerk, 2<sup>e</sup>. vrijwilligersondersteuning en 3<sup>e</sup>. ouderenwerk met specifieke aandacht voor de mensen in kwetsbare situaties.
- Algemeen Maatschappelijk Werk Noordenveld  
Het algemeen maatschappelijk werk verleent eerstelijns hulp aan mensen met psychosociale problemen en vormt een verbindende schakel tussen de verschillende disciplines en voorzieningen in zorg en welzijn.  
De kerntaken zijn direct gericht op de 'producten' van het algemeen maatschappelijk werk:
  1. cliëntgerichte hulpverlening
  2. Signalering
  3. dienstverlening aan derden.
- RIBW Assen.  
De Stichting RIBW Drenthe is deelnemer in het Project Begeleid Wonen, waarvan de uitvoering valt onder de doelstellingen van Maatschappelijke Opvang. Een aantal kenmerkende werkzaamheden in Noordenveld zijn:
  - begeleiding van mensen, waarvan de problematieken net buiten allerlei "definities" vallen
  - beschikbaarstelling van 24-uurs dag- en nachtopvang in 2 daartoe gehuurde woningen
  - bieden van gestructureerde daginvulling (RDAC) in De Boskamp
- Netwerk OGGZ  
RIBW, AMW, Woonborg en gemeente maken deel uit van het project begeleid wonen. De bedoeling is om dit project om te zetten naar het netwerk OGGZ-Noordenveld. Door de aanwezigheid van velerlei disciplines in het Wozoco Vasalis kennen veel "potentiële" deelnemers aan zo'n netwerk elkaar al zowel qua organisatie, werkwijze als persoonlijk.  
Uit een in 2003 uitgevoerd provinciebreed onderzoek kwam naar voren, dat de situatie in Noordenveld al duidelijk beter was dan in de andere gemeenten

### 5.1.3 Integraal Beleid.

Volksgezondheid heeft directe raakvlakken met de beleidsterreinen wonen, welzijn en zorg. Volksgezondheidsbeleid heeft daarnaast verscheidene dwarsverbanden met andere beleidsterreinen zoals jeugdbeleid, ouderenbeleid, sportbeleid, lokaal sociaal beleid, veiligheidsbeleid, onderwijsbeleid en milieubeleid.

Gezondheidsaspecten **moeten** op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in bestuurlijke beslissingen op andere gebieden dan specifiek volksgezondheid worden ingebracht en meetellen bij afwegingen en besluitvorming.

De vraag naar zorg is veranderd, omdat mensen langer thuis willen blijven wonen. De veranderde vraag naar zorg richt zich deels op terreinen die direct of indirect onder de verantwoordelijkheid vallen van gemeenten en deels op de verzekerde zorg waarvoor anderen verantwoordelijk zijn. Op gemeenten rust de taak dit aanbod bij elkaar te brengen.

Van gemeenten wordt nu meer en meer gevraagd om zelf beleid te bepalen in overleg met omringende gemeenten, zorgverzekeraars en instellingen. De gemeente zal op steeds meer terreinen - waarop ze een regierol toebedeeld heeft gekregen - beleidsdoelstellingen moeten omschrijven en op de verwezenlijking daarvan toe moeten zien.

#### Uitwerking in Noordenveld.

- De regierol en de terugtrekkende overheid

De regierol in het lokale volksgezondheidsbeleid wordt concreet ingevuld door partijen bij elkaar te brengen die elk op hun eigen manier betrokken zijn bij het onderwerp om gezamenlijk vorm te geven aan het beleid. Uitgangspunt in Noordenveld is de netwerkbenadering met een interactieve aanpak.

Dat betekent dat burgers, maatschappelijke organisaties, bedrijven, instellingen en andere overheden in een zo vroeg mogelijk stadium bij het beleid zullen worden betrokken om in een open samenwerking tot de voorbereiding en uitvoering van beleid te komen.

Naast deze rol van de gemeente als regisseur en de werkwijze in de vorm van interactieve beleidsvorming werkt de gemeente Noordenveld toe naar een integrale aanpak op verschillende onderdelen van het lokale volksgezondheidsbeleid.

➤ *De WCPV als centraal uitgangspunt*

De WCPV is per 1 januari 2003 in werking getreden.

In de WCPV is een groot aantal gemeentelijke taken geregeld:

- De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve zorg. In de wet wordt een groot aantal taken met name genoemd.
- De gemeente draagt zorg voor het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie op basis van epidemiologische analyse. Najaar 2002 is de laatste Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM verschenen. Ook in 2002 is de laatste "leefstijlonderzoek" van GGD Drenthe verschenen.
- De gemeenteraad bewaakt gezondheidsaspecten van bestuurlijke beslissingen en draagt bij aan preventieprogramma's, inclusief gezondheidsvoorlichting en opvoeding.
- De gemeenteraad bevordert de medisch-milieukundige zorg (signaleren van ongewenste situaties; adviseren over risico's bij rampen of dreigende rampen en het geven van voorlichting en het doen van onderzoek) en de technische hygiënezorg. (onder meer het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder activiteiten worden verricht een verhoogd risico bestaat op de verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen en het geven van voorlichting)
- Ook draagt de gemeenteraad zorg voor het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in de wet verstaan
  - a. het signaleren en bestrijden van risicofactoren,
  - b. het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen
  - c. het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis,
  - d. het bieden van psychosociale hulp bij rampen en
  - e. het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ.
- De gemeenteraad draagt verder zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding (algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen en het geven van voorlichting).
- De gemeenteraad draagt op grond van de WCPV vanaf 1 januari 2003 zorg voor de Jeugdgezondheidszorg voor de leeftijdscategorie van 0 – 19 jaar. Het rijk heeft voor het hele land basistaken vastgesteld. Binnen het basistakenpakket is onderscheid tussen het uniform gedeelte (geldt voor iedereen) en het maatwerkdeel (wordt per gemeente ingevuld).

➤ *Afstemming van zorg en dienstverlening.*

In alle 3 de hoofdkernen in onze gemeente zijn ontwikkelingen tot stand gebracht met een directe relatie naar afstemming van zorg, welzijn en dienstverlening.

De toekomstige Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) biedt naar verwachting nog meer mogelijkheden om tot feitelijke afstemming te komen. Door herschikking van de financiering van zorgvelden wordt de gemeente (ook financieel) een steeds belangrijker partij voor veel zorgaanbieders en het zorgkantoor (ziekenfonds).

Omgekeerd wordt het daarmee voor de gemeente ook steeds belangrijker, dat voorzieningen voor zorg, welzijn en dienstverlening adequaat op elkaar zijn afgestemd en beschikbaar, toegankelijk en bereikbaar zijn voor onze inwoners.

Zij zullen als belangrijkste criteria hebben:

- Waar moet ik me melden
- Is de voorziening aanwezig en adequaat
- Is de voorziening betaalbaar

## 5.2 Kerntaken en aanpalende beleidsterreinen

In het schema wordt een overzicht gegeven van de kerntaken van het lokale volksgezondheidsbeleid op basis van de WCPV (binnenste ring).

In het bovenste deel van de buitenste tweede ring op deze pagina worden de beleidsterreinen weergegeven die overlap hebben met volksgezondheidsbeleid.

In het onderste deel van de buitenste ring staan die terreinen, waar sprake kan zijn van bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor de volksgezondheid.



### 5.3 Speerpunten

De speerpunten zijn geformuleerd vanuit de verantwoordelijkheid van de lokale overheid voor met name de mensen met een lagere economische status (kwetsbare groepen). Er is gestreefd naar een mix van uitvoering en beleid, leeftijd en doelgroepen en structurele en incidentele middelen. Gelet op de landelijke ontwikkelingen is ook al vast (voorzichtig) rekening gehouden met de gevolgen van de Wet Maatschappelijke ondersteuning.

1. Door de ingewikkelde regelgeving in combinatie met veranderende (zorg)behoeften wordt de toegang tot de juiste zorg meer en meer een probleem.  
Wij willen komen tot de realisering van één plaats waar de aanvrager terecht kan voor al zijn vragen.
2. De aanwezigheid en bereikbaarheid van de eerstelijnszorg is voor veel inwoners een bron van toenemende zorg.  
Wij willen - in samenspraak met de beroepsbeoefenaren - een visie neerleggen op de eerstelijnszorg in Noordenveld
3. Aan JGZ-icare wordt opdracht gegeven om onderzoek te doen naar noodzakelijke randvoorwaarden en mogelijkheden om een evenwichtige spreiding van consultatiebureaus te realiseren.
4. Het is belangrijk, dat kinderen in de schoolgaande leeftijd kwalitatief en kwantitatief goed bewegingsonderwijs krijgen.  
De gemeente stelt daarvoor de noodzakelijke middelen beschikbaar.
5. In de nota jeugdbeleid is de noodzaak van een doorgaande lijn, om de onderlinge samenhang te bevorderen, onderstreept. Wij vinden dat dit ook geldt voor de samenhang tussen verschillende beleidsvelden.
6. Een goede toegang tot de jeugdhulpverlening is (ook) een gemeentelijke verantwoordelijkheid.  
Het algemeen maatschappelijk werk moet hierin een taak gaan vervullen.
7. Het algemeen maatschappelijk werk heeft een basisfunctie binnen de Openbare Geestelijke Gezondheid Zorg. Al geruime tijd speelt de vraag hoe en waar het algemeen maatschappelijk werk Noordenveld organisatorische het beste kan worden gepositioneerd.  
De discussie over de organisatorische vormgeving moet zo snel mogelijk wordt afgerond.
8. De Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg komt de laatste jaren meer en meer onder de aandacht. Onder andere Problematisch woongedrag en Huiselijk Geweld trekken op dit moment de aandacht. Alhoewel het in Noordenveld ogenschijnlijk rustig is, blijkt uit onderzoek en rapportage van de GGD dat er meer zaken spelen dan in eerste aanleg lijken. Preventief handelen en het "organiseren" van hulpverleningscontacten in een zogenaamd netwerk OGGZ leidt tot goede resultaten, vooral tot voorkoming van problemen.  
Het thans reeds bestaande overleg begeleid wonen zal worden omgezet in een plaatselijk oggz-netwerk Noordenveld
9. De tijd dat de gemeente bijna vanzelfsprekend nieuwe taken zelf gaat uitvoeren is voorbij. Op de beleidsterreinen wonen, zorg en welzijn moet je als gemeente weten wat je wilt en hoe dat kan worden bereikt.  
De invulling van het begrip regiefunctie wzw zal op Noordenvelds niveau worden geconcretiseerd.
10. Najaar 2002 heeft het College de nota Woonzorgzone Norg vastgesteld en ter informatie aan de raad aangeboden. Verbetering en afstemming van een aantal zaken zijn vastgelegd in een aantal deelprojecten.  
De uitvoering van deelprojecten woonzorgzone Norg zal met spoed ter hand worden genomen.
11. Het aantal ouderen neemt toe, mensen worden steeds ouder en Noordenveld is een aantrekkelijke woongemeente. Veel ouderen van buitenaf komen in onze gemeente wonen. Binnen die ontwikkelingen is het haast vanzelfsprekend, dat de gemeente een "nota ouderenbeleid" opstelt waarin wordt verwoord, welk beleid de komende jaren wordt gevoerd.

12. De groeiende groep mensen van 75 jaar en ouder dreigt door allerlei oorzaken buiten de maatschappelijke ontwikkelingen te geraken.  
Samen met de stichting WiN willen wij hieraan via gerichte voorlichting en advies iets doen.
13. Uit onderzoeken komt naar voren, dat de leeftijdscategorie 65+ veruit de grootste claim legt op de zorgcapaciteit. Verder is zichtbaar, dat deze leeftijdscategorie de komende jaren in omvang zeer fors toeneemt. Niet alleen het aantal 65+ers neemt toe, men wordt gemiddeld ook steeds ouder (de zogenaamde dubbele vergrijzing).  
Het gemeentelijk beleid wordt gericht op preventieve activiteiten, ter bevordering van een gezonde leefstijl 65+ omdat deze activiteiten direct dubbel en dwars hun waarde opleveren (langer gezond leven, lagere kosten)
14. Eind 2003 heeft de VNG de notitie "Gemeenten voor een Gezonde en Zelfredzame Samenleving" opgesteld en aan iedere gemeente toegezonden. (*bijlage 4*)  
De inhoud is toekomstgericht en geeft handvaten, hoe de gemeente op verschillende deelterreinen met het brede kader lokaal volksgezondheidsbeleid kan omgaan. Wij stellen ons voor om - samen met de GGD - deze notitie verder op het niveau van Noordenveld uit te werken

## Hoofdstuk 6.

### Financiën

#### 6.1 *Kostenoverzicht bestaand beleid*

Vanuit de brede en integrale benadering van het gezondheidsbeleid staan in dit overzicht de bedragen, afgeleid van de onderwerpen genoemd in hoofdstuk 5.2 Dit is dus breder dan alleen de direct opgenomen kosten van zorg en gezondheid (zoals opgenomen in het jaarprogramma onderdeel zorg).

Uitgangspunt is de **begroting 2004**.

1. Openbare Gezondheidszorg	
1.1 Basis Gezondheidszorg (incl. GGD)	€ 206.925
12. Verslavingszorg	- 19.830
13. Overige kosten Volksgezondheid	- 18.811
2. Jeugd Gezondheids Zorg – uniform deel	
2.1 kosten GGD Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 4-19 jaar	- 134.536
2.2 kosten JGZ-lcare uitvoering JGZ 0-4 jaar	- 400.000
3. Jeugdgezondheidszorg - maatwerkdeel	
3.1 kosten GGD uitvoering maatwerkdeel 4-19 jaar	- 49.801
3.2 kosten JGZ-lcare uitvoering maatwerk 0-4 jaar	- 24.189
4. Maatschappelijke Begeleiding en Advies	
4.1 jaarprogramma en subsidies	- 19.070
4.2 Regionaal Indicatie Orgaan	- 234.358
4.3 project begeleid wonen Noordenveld c.a.	- 36.800
5. Algemeen en Specifiek Maatschappelijk Werk	
5.1 kosten gemeentelijk algemeen maatschappelijk werk	- 503.000
5.2 Overige specifieke kosten - 24 uur's bereikbaarheid	- 7.000
5. Jeugdhulpverlening	
5.1 De Toegang c.a.	- 33.640
sub-totaal	€ 1.688.960
Diverse aanpalende beleidsterreinen	
6.1 Kinderopvang (incl. peuterspeelzalen)	- 337.000
6.2 Jeugdbeleid	- 80.000
6.3 Welzijnswerk (o.a. WiN)	- 1.066.000
6.4 Vrijwilligerswerk	- 31.600
6.5 ouderenbeleid	- 23.000
6.6 Sportbeleid (incl. Breedtesport)	- 66.000
6.7 Speelgelegenheden	- 83.500
6.8 Wijkinrichting (groenvoorzieningen)	- 1.660.000
6.9 Onderwijsachterstanden en -kansenbeleid	- 172.700
6.10 kosten logopedie	- 65.000
6.11 Schoolbegeleiding	- 198.000
6.12 overige kosten lokaal onderwijsbeleid	- 156.000
6.13 (Volwassenen)Educatie en Beroepsonderwijs	- 627.800
6.14 Div.regeling Sociale zaken	- 300.000
6.15 Werkgelegenheidsactiviteiten soc.zaken	- 1.495.000
6.16 Uitvoering WVG	- 1.870.000
6.17 Bibliotheekwerk	- 580.000
<b>Totaal</b> afgerond	€ 10.500.000

## 6.2 Kostenramingen speerpunten

Het motto "actief terughoudend" van het Collegeprogramma is in de speerpunten vertaald in:

- ❖ Zorgvuldig omgaan met wat we hebben bereikt;
- ❖ Creatief zijn ten aanzien van verbeteringen en
- ❖ Innovatief zijn waar het gaat om noodzakelijk nieuw beleid.

Het in de Voorjaarsnota 2004 geschetste financieel meerjarenperspectief noodzaakt eens te meer een stringente terughoudende benadering, zeker als het om financiën gaat.

Het accent komt te liggen in de sfeer van kwaliteitsverbetering, niet op het aanpakken van nieuwe zaken, zo mogelijk binnen de beschikbare financiële kaders. Deze benadering is derhalve ook gehanteerd bij de financiële uitwerking van de speerpunten

Speerpunten vanuit basisfunctie van de lokale overheid: zorg voor mensen in een achterstandssituatie, naar volgorde van uitvoering

Nr.		Kostenraming	Dekking	Jaar van Uitvoering
1.	organisatorische vormgeving AMW	p.m. incidenteel	Regulier budget	2004-2005
2.	Realisering Consultatiebureau Peize	7.500 <b>structureel</b>	<b>Extra budget nodig</b>	2004-2006
3.	Uitbreiding lessen lichamelijke opvoeding naar 3 x per week	p.m. structureel	Rijksmiddelen Breedtesport	2004-2005
4.	invullen regiefunctie Wonen, Zorg en Welzijn (0,1 fte)	p.m. structureel	binnen beschikbare formatie	2005-2006
5.	uitvoering div. deelprojecten nota woonzorgzone Norg	25.000 <b>incidenteel</b>	<b>Extra budget nodig</b> (pilots)	2004-2008
6.	Optimaliseren van de toegang tot de jeugdhulp verlening via o.a. schoolmaatschappelijk werk	p.m. structureel	regulier budget AMW	2005-2006
7.	opstellen nota eerstelijnszorg (0,2 fte)	15.000 <b>incidenteel</b>	<b>Extra budget nodig</b>	2005-2006
8.	ontwikkelen netwerken OGGZ (0,1 fte)	p.m. structureel	Binnen beschikbare formatie	2005-2006
9.	richtlijnen VNG-notitie De Gezonde Gemeente uitwerken (0,2 fte)	7.500 incidenteel + p.m. structureel	GGD + Eigen beheer	2005-2007
10.	bevorderen gezonde leefstijl 65+	p.m. incidenteel	uitvoering door GGD	2006-2007
11.	versterking samenhang gezondheid, opvoeding, onderwijs en welzijn 0-19 jaar	p.m. structureel	Binnen reguliere middelen	2004-2008
12.	ontwikkeling en invulling functie ouderenadviseur (1/2 fte. extra)	30.000 structureel	<b>Extra budget nodig</b> 50% binnen budget WiN	2006-2007
13.	realiseren centraal loket + integrale indicering (raming 2 fte)	100.000 structureel	relatie met toekomstige WMO	2006-2007
14.	opstellen nota Ouderenbeleid (0,3 fte)	p.m.	Binnen beschikbare formatie	2007-2008

## Bijlage 1.

### Bevolkingsgegevens

Bron: Bevolkingsprognose Drenthe XV, Provincie Drenthe, januari 2002

Omvang en de toe- / afname van de bevolking per leeftijdsgroep, absoluut en procentueel, in de periode 2000 tot 2015, in de gemeenten Aa en Hunze, Assen, Noordenveld, Tynaarlo, in Drenthe en Nederland

#### Gemeente Aa en Hunze

Leeftijd	2000		2015		Toe-/afname	
	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.
0-14	4400	17.7	4100	16.4	-300	-6.8
15-29	3400	13.7	3600	14.4	200	5.9
30-44	5800	23.4	4200	16.8	-1600	-27.6
45-59	5700	23.0	6000	24.0	300	5.3
60-74	3700	14.9	4900	19.6	1200	32.4
75+	1800	7.3	2300	9.2	500	27.8
Totaal	24800	100.0	25000	100.0	200	0.8

#### Gemeente Assen

Leeftijd	2000		2015		Toe-/afname	
	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.
0-14	11400	19.5	12300	17.8	900	7.9
15-29	10800	18.5	12600	18.3	1800	16.7
30-44	14500	24.8	13400	19.4	-1100	-7.6
45-59	11200	19.2	15100	21.9	3900	34.8
60-74	6800	11.6	10900	15.8	4100	60.3
75+	3800	6.5	4700	6.8	900	23.7
Totaal	58400	100.0	69000	100.0	10600	18.2

#### Gemeente Midden Drenthe

Leeftijd	2000		2015		Toe-/afname	
	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.
0-14	6300	19.4	5800	17.1	-500	-7.9
15-29	5200	16.0	5500	16.2	300	5.8
30-44	7600	23.5	6100	17.9	-1500	-19.7
45-59	6800	21.0	8000	23.5	1200	17.6
60-74	4300	13.3	6000	17.6	1700	39.5
75+	2100	6.5	2500	7.4	400	19.0
Totaal	32400	100.0	34000	100.0	1600	4.9



**Gemeente Noordenveld**

Leeftijd	2000		2015		Toe-/afname	
	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.
0-14	5600	18.2	4900	15.4	-700	-12.5
15-29	4600	15.0	4900	15.4	300	6.5
30-44	7000	22.8	5600	17.6	-1400	-20.0
45-59	7000	22.8	7300	22.9	300	4.3
60-74	4600	15.0	6200	19.4	1600	34.8
75+	2000	6.5	3000	9.4	1000	50.0
Totaal	30700	100.0	31900	100.0	1200	3.9

**Gemeente Tynaarlo**

Leeftijd	2000		2015		Toe-/afname	
	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.
0-14	6000	19.0	4900	15.9	-1100	-18.3
15-29	4100	13.0	4300	14.0	200	4.9
30-44	7100	22.5	4900	15.9	-2200	-31.0
45-59	7000	22.2	7400	24.0	400	5.7
60-74	4800	15.2	6300	20.5	1500	31.3
75+	2500	7.9	3000	9.7	500	20.0
Totaal	31500	100.0	30800	100.0	-700	-2.2

**Provincie Drenthe**

Leeftijd	2000		2015		Toe-/afname	
	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.
0-14	87300	18.6	82100	16.6	-5200	-6.0
15-29	79700	17.0	81700	16.5	2000	2.5
30-44	10900	23.2	89600	18.1	-19400	-17.8
45-59	97700	20.8	112900	22.8	15200	15.6
60-74	64600	13.8	88600	17.9	24000	37.2
75+	31500	6.7	40900	8.2	9400	29.8
Totaal	469800	100.0	495800	100.0	26000	5.5

**Nederland**

Leeftijd	2000		2015		Toe-/afname	
	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.	Abs.	Proc.
0-14	2945500	18.6	2836100	16.8	-109400	-3.7
15-29	3059600	19.3	3170000	18.8	110400	3.6
30-44	3843700	24.2	3273600	19.4	-570100	-14.8
45-59	3139200	19.8	3693200	21.9	554000	17.6
60-74	1918300	12.1	2718800	16.1	800500	41.7
75+	957600	6.0	1164900	6.9	207300	21.6
Totaal	15863900	100.0	16856500	100.0	992600	6.3

## Prognose van de bevolking naar leeftijd in verband met zorgvoorzieningen

### Noord Drenthe (Aa en Hunze, Assen, Noordenveld, Tynaarlo)\*

Leeftijd	Aantal inwoners per 1 januari			Toename aantal inwoners	
	2000	2005	2015	Abs.	Proc.
65+	22500	24300	30600	8100	36
75+	10100	11100	13100	3000	30
80+	5500	6200	7400	1900	35
Totaal	145600	150800	156700	11100	8

\* Voor deze gegevens is aangesloten bij de regio-indeling van de indicatieorganen. De gegevens van Midden Drenthe zijn daardoor niet in bovenstaand overzicht verwerkt.

### Provincie Drenthe

Leeftijd	Aantal inwoners per 1 januari			Toename aantal inwoners	
	2000	2005	2015	Abs.	Proc.
65+	72100	77600	96300	24200	34
75+	31600	35200	40900	9300	29
80+	16200	19500	23500	7300	45
Totaal	469800	483200	495800	26000	6

### Nederland

Leeftijd	Aantal inwoners per 1 januari			Toename aantal inwoners	
	2000	2005	2015	Abs.	Proc.
65+	2154700	2278000	2847000	6923000	32
75+	959900	1031000	1164900	205000	21
80+	502800	574600	659400	156600	31
Totaal	15848300	16286200	16856500	1008200	6

## Bijlage 2.

### Sociale kaart zorg en welzijn gemeente Noordenveld

Zorgvoorzieningen: cure

#### **Eerstelijnszorg**

<b>Eerstelijnszorg</b>	Norg	Peize	Roden
Huisartsen	3	2	7
Tandartsen	2	2	5
Apotheken	apotheehoudende huisarts	1	2
Verloskundigen			1
Fysiotherapie	2	2	5
Maatschappelijk werk	Nevenvestiging AMW Noordenveld	Nevenvestiging AMW Noordenveld	Hoofdvestiging AMW Noordenveld
Thuiszorg			Ouder en kindzorg; Icare-post Thuiszorgbureau Roden

Tevens is er een breed aanbod aan alternatieve geneeswijzen in de gemeente Noordenveld.

#### **Tweedelijnszorg**

De inwoners van de gemeente Noordenveld zijn voor de tweedelijnszorg in de cure-sector aangewezen op voorzieningen op provinciaal en bovenprovinciaal niveau.

Ziekenhuizen: Wilhelminaziekenhuis Assen; Martiniziekenhuis, Groningen; Academisch Ziekenhuis, Groningen.

Revalidatiecentrum: Beatrixoord, Haren

Geestelijke gezondheidszorg: GGZ Drenthe, Assen; GGZ Groningen, Zuidlaren  
Klinische en ambulante geestelijke gezondheidszorg; forensische psychiatrie.  
Chronische patiënten worden elders intramuraal opgevangen. (Assen, Zuidlaren)

#### **Jeugdzorg**

Bureau Jeugdzorg Noordenveld: De Toegang

Zorgvoorzieningen: care

#### **Geestelijke gezondheidszorg**

RIBW-Drenthe: Regionale Instelling voor Beschermend Wonen

De RIBW-Drenthe helpt mensen vanaf 16 jaar die vanwege psychiatrische problemen beperkingen ondervinden. De RIBW-Drenthe helpt bij het wonen, de dagbesteding en de invulling van de vrije tijd. Maatschappelijke opvang: woonbegeleiding 16 plaatsen. AMW verzorgt de indicaties. Begin december 2002 is een voorziening voor dag- en nachtopvang van start gegaan.

GGZ Drenthe/ CAD-Drenthe: Psychiatrische thuiszorg met 28 plaatsen.

De discussie van vermaatschappeling speelt. Voor de nieuwe instroom via het RIAGG is het beschermd wonen in de gemeente een mogelijkheid.

### **Ouderenzorg en huisvesting**

Voorzieningen	Norg	Peize	Roden
Wonen en zorg	De Wiekslag (intramurale en extramurale verzorgingshuiszorg) en licht psycho geriatrische zorg De Enk.	De Hoprank (intramurale verzorgingshuiszorg en pg dagverzorging)  De Leite (extramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten)	De Hullen (intramurale en extramurale verzorgingshuiszorg; pg groepsverzorging) Verpleeghuisdependance Anholt-Esmarke (somatisch) Aanleunflats en seniorenwoningen  De Noorderkroon (serviceflat; instroom met thuiszorgindicatie, 24 uurs-zorg)  De Leite (extramurale zorg voor oudere verstandelijk gehandicapten)  Vasalis (Woonzorgcombinatie)
Wonen	De Garve (serviceflat) Vijversburg (serviceflat)		Stichting De Rozenhof, Roden
Restaurantfunctie		De Hoprank	De Hullen

Buiten de gemeente zijn verpleeghuisvoorzieningen in Assen, Nieuw Graswijk (psychogeriatric en somatiek) en Anholt (somatiek) en Zuidlaren, De Enk (psychogeriatric)) Toegang tot de AWBZ-gefinancierde zorg wordt verleend door het Regionaal Indicatieorgaan Noord en Midden Drenthe, Norg

#### **Meervoudige gehandicaptenzorg**

Er zijn een aantal initiatieven, welke zich richten op de ontwikkeling van zelfstandige huisvesting en zorg voor meervoudig gehandicapte volwassenen in het dorp Roden. (o.a. Tamarisk en Het Koningskind).

#### **Verstandelijk gehandicaptenzorg**

Hendrik Van Boeijen heeft 24 plaatsen ingevuld in het project Vijfde Verloting in Roden. Tevens heeft Hendrik van Boeijen een zorgboerderij in Westervelde.

De Leite is een instelling voor licht verstandelijk gehandicapten; ze heeft 18 appartementen in Peize. Voor deze groep wordt woonbegeleiding en daginvulling gegeven.

In Roden wordt extramurale zorg en huisvesting geboden aan 28 bewoners. Als gevolg van doorstroming naar de directe woonomgeving is de totale "zorgpopulatie" inmiddels gegroeid naar plm. 50 inwoners.

Het Geertieshoes is het dagactiviteitencentrum voor verstandelijk gehandicapten; in beperkte mate wordt ook door andere inwoners gebruik gemaakt van deze accommodatie.

## **Preventie**

### *Gemeente Noordenveld*

Stichting Welzijn in Noordenveld ( Stichting WIN)

- Kinderwerk, jeugd en jongerenwerk
- Opbouwwerk
- Vrijwilligersproject SAMSAM, vrijwilligersvacaturebank
- Cursuswerk
- Ouderenwerk  
Alarmering; Maaltijdvoorziening; Meer Bewegen voor Ouderen; Seniorenvoorlichting;  
Klussendienst; Dienstenloket;  
Ouderenvervoer Norg (Stichting ouderenvervoer Norg, SON)  
Ouderenvervoer Peize/Roden (Vervoer voor ouderen, VOR)

WVG

Sociale Zaken

### ***Bovengemeentelijke instellingen***

CAD: Consultatiebureau voor alcohol en drugs te Assen

GGZ Drenthe, afdeling preventie, Assen

GGD Drenthe te Assen

### ***Patiënten/consumenten***

In de gemeente Noordenveld is een groot aantal patiëntenverenigingen actief.

De provinciaal overkoepelende organisatie is het Regionaal Patiënten en Consumenten Platform RPCP.

## Bijlage 3.

### Bestuursakkoord en Collegeprogramma 2002 - 2006

#### Bestuursakkoord

Het Bestuursakkoord draagt het kenmerk van actief terughoudend dat is ontstaan bij het zoeken naar een evenwicht tussen actieve politiek-bestuurlijke ambities enerzijds en een redelijke terughoudendheid als het gaat om de uitvoerbaarheid van deze ambities, zowel qua werkbelasting als financieel, anderzijds.

Deze terughoudendheid is ook in het Bestuursakkoord terug te vinden bij de specifieke opmerkingen (pagina's 13, 14 en 15) op het terrein van zorg en volksgezondheid.

#### Collegeprogramma.

In collegeprogramma 2002 – 2006 wordt uitgebreider aandacht geschonken aan het lokale zorg- en gezondheidsbeleid. Allereerst is het motto actief terughoudend door het college voor deze raadsperiode vertaald in:

- ❖ Zorgvuldig omgaan met wat we hebben bereikt;
- ❖ Creatief zijn ten aanzien van verbeteringen en
- ❖ Innovatief zijn waar het gaat om noodzakelijk nieuw beleid waardoor het accent meer komt te liggen in de sfeer van kwaliteitsverbetering en minder op het aanpakken van nieuwe zaken.

Vanuit die benadering is in het Collegeprogramma in de hoofdstukken 7 en 8 invulling gegeven aan beleidsvoornemens. De relevante tekst is hierna opgenomen.

#### *“ Hoofdstuk 7.2 Zorg en Welzijn (pag.10 e.v.)*

##### b. Vrijwilligersbeleid

Er wordt beleid op het gebied van vrijwilligers vastgesteld. Eerder is, in het kader van het Jaar van de Vrijwilliger, een eerste aanzet gegeven tot het trachten te realiseren van een steunpunt voor vrijwilligers als eerste onderdeel van integraal vrijwilligersbeleid.

##### c. Jeugdbeleid

Uitgangspunt is een slagvaardig beleid, dat in kan spelen op situaties die zich voordoen. Met de uitvoering van de plannen voor het jaar 2002 is gestart. Jaarlijks worden plannen gemaakt gebaseerd op 4 inhoudelijke speerpunten:

- . afstemming zorg - onderwijs - algemeen maatschappelijk werk -welzijnswerk;
- . een sluitende aanpak (in het bijzonder) voor de 0-6-jarigen;
- . een gestructureerd en doorlopend aanbod aan sociale weerbaarheidstraining;
- . ruimte voor jeugdigen met de nadruk op ontmoeting en vrijetijdsbesteding.

##### d. Intensivering Seniorenbeleid

Het terrein van welzijn, zorg en senioren staat op veel niveaus in de belangstelling. Bestaande voorzieningen, vrijwilligers- en mantelzorg en op het platteland aanwezige “vanzelfsprekende” burenhulp staan onder druk. Onze gemeente kent een goed aanbod van voorzieningen, doch niet ieder dorp is hetzelfde en vraagt hetzelfde. Soms kan ook de schaal te klein zijn om een wenselijke geachte voorziening/activiteit te realiseren. Er vinden velerlei (gesubsidieerde) activiteiten plaats zonder dat hierin samenhang is aangebracht.

Wellicht ontbreken ook (gewenste) activiteiten omdat de vraag respectievelijk de omvang van de vraag niet bekend is. Het “seniorenbeleid” is als specifiek beleidsgebied in onze gemeente achter gebleven. Daarom zullen de volgende stappen gezet worden:

- . De gemeente pakt zijn regisseursfunctie op. In de komende collegeperiode zal daartoe een nota ouderenbeleid worden ontwikkeld;
- . Bestaande voorzieningen/activiteiten zullen positief kritisch worden benaderd. Binnen de omvang van een dorp kunnen verschillende keuzes worden gemaakt;
- . Op basis van de uitkomsten van inventarisaties worden enkele “pilots” (behoefteonderzoeken) voor integraal ouderenbeleid opgestart.

In de nota "Wonen" zijn hoofdlijnen van beleid vastgelegd ten aanzien van de combinaties wonen en zorg. Met de in onze gemeente werkzame woningstichtingen zijn prestatieafspraken (convenanten) gemaakt. Voor Norg wordt een notitie gemaakt waarin op basis van wensen en behoeften van alle betrokkenen (ook de inwoners) een programmatische vertaling van een samenhangend pakket aan wonen, welzijnsdiensten en zorg staat aangegeven. Kortom; een flexibel pakket aan dienstverlening volgens het systeem van vraaggestuurde zorg in een aangegeven woonomgeving naar de individuele dienstverlening opdat inwoners zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving kunnen blijven wonen.

#### e. Lokale zorgloketten

Eenzijds worden zorg en dienstverlening meer en meer in eigen huis uitgevoerd, anderzijds verdwijnen steeds meer gebruikelijke voorzieningen van het platteland. Door ICT ontwikkelingen wordt de wereld steeds kleiner. Door schaalvergroting van welzijns- en zorginstellingen wordt de directe bereikbaarheid hiervan door de zorgbehoevende inwoner evenwel steeds moeilijker. Met het RIO zullen afspraken gemaakt worden over haar inbreng en personele inzet in het zorgloket.

### *HOOFDSTUK 8. VOLKSGEZONDHEID EN MILIEU*

#### 8.1 Volksgezondheid

- Gemeenten zijn verplicht om vóór 1 januari 2003 een beleidsnota Volksgezondheid vast te stellen. De regionale paragraaf wordt gezamenlijk opgesteld door de Noord- en Midden Drentse gemeentes. In de lokale paragraaf wordt de situatie per specifieke gemeente beschreven. Het geheel is gericht op het ontwikkelen van maatwerk voor het grondgebied van de specifieke gemeente. De nota moet vervolgens iedere 4 jaar worden geactualiseerd. Er komt een nota lokaalgezondheidsbeleid met ruime aandacht voor de lokale situatie waarmee een adequate regievoering in de zorg mogelijk wordt.
- De fusie naar 1 provinciebrede GGD is per 1 januari 2002. gerealiseerd. De GGD werkt met een zogenaamde productbegroting. De discussie over plaats en functie van de GGD (beleidsvoorbereiding, beleidsuitvoering of een combinatie van beide) in relatie tot producten en productbegroting en het eigen gemeentelijke gezondheidsbeleid zal in deze collegeperiode plaats vinden. Er zullen afspraken gemaakt worden over de taak (en daarmee samenhangende financiering) van de GGD en over de afstemming van beleidswerkzaamheden tussen gemeente en de GGD en de beheersing van de uitgaven.
- De Ouder Kind Zorg (O.K.Z.; de vroegere consultatiebureaus voor 0-4 jarigen) wordt uitgevoerd door JGZ-Icare en vindt plaats in Norg, Roden en Nieuw Roden; de zorg voor 4 – 19 jarigen valt onder de verantwoordelijkheid van de GGD. De gemeente is sinds 2003 verantwoordelijk voor het integrale jeugdgezondheidsbeleid voor 0 – 19 jarigen. Er moet een dusdanige afstemming tussen Icare en GGD ontstaan, dat de gemeente ook feitelijk de regie kan voeren en gewenst beleid kan omzetten in resultaten. Verder is het streven primair gericht op het vergemakkelijken van de bereikbaarheid van de OKZ-bureaus door een betere spreiding over de gemeente (ook een consultatiebureau in Peize). Het rijk heeft in 2001 en 2002 door middel van de Tijdelijke Regeling Vroegsignalering (door tijdige signalering voorkomen van problemen op school, etc.) geld beschikbaar gesteld om risicokinderen in de leeftijd van 0 – 6 jaar te signaleren. De resultaten van de vroegsignalering worden meegenomen in het lokale jeugdbeleid; de overeengekomen meerjarenafspraken worden vertaald in het zogeheten "maatwerk" waarin een specifieke plaats is opgenomen in de samenwerking consultatiebureau en peuterspeelzalen."

**Bijlage 4.**

VNG visiedocument

# **Gemeenten voor een Gezonde en zelfredzame samenleving**



De kosten van de zorg groeien onrustbarend. In een samenleving die steeds verder vergrijsst en complexer wordt, doen steeds meer personen een beroep op de AWBZ-zorg.

Mensen willen daarbij zelfstandig blijven wonen, ook wanneer zij ouder worden, gehandicapt zijn of te maken hebben met een psychische stoornis. De vermaatschappelijking van de zorg is een trend die al langer is ingezet en niet meer te stuiten lijkt. De samenleving en de overheid staan voor de uitdaging te zorgen voor de steunstructuren.

Op het terrein van gezondheid, maatschappelijke opvang en zorg speelt de lokale overheid, naast zorgverzekeraars, zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en provincies, een steeds belangrijkere rol. Gemeenten worden door hun burgers aangesproken op problemen die zich voordoen bij zorg- en welzijnsbeleid. Zij zijn dan ook de meest aangewezen overheidslaag om de handschoen op te pakken, want alleen gemeenten zijn het best in staat om het noodzakelijke maatwerk te leveren op het gebied van wonen met zorg en welzijn voor kwetsbare groepen.

In dit document geeft de VNG aan hoe gemeenten hun verantwoordelijkheid en rol op dit terrein kunnen invullen en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. Daarbij wordt aangesloten bij de maatschappelijke ontwikkelingen en het huidige regeerakkoord.

Gemeenten willen verantwoordelijkheid nemen en vragen in ruil daarvoor de benodigde ruimte om die uitdaging aan te gaan. Aan de volgende voorwaarden moet in elk geval worden voldaan om onze samenhangende visie op gezondheid en zorg ten uitvoer te brengen:

- landelijke kaders en lokale beleidsruimte;
- wettelijk verankerde gemeentelijke regie;
- voldoende middelen om extra taken naar behoren uit te voeren;
- instelling van één financieringsstroom, een breed en regelarm fonds voor een dienstenstelsel voor kwetsbare groepen.

Door te investeren in preventie en te werken aan ontbureaucratisering en deregulering worden gemeenten in staat gesteld een bijdrage te leveren aan de noodzakelijke kostenbeheersing van het zorgstelsel.

## Ontwikkelingen

### Maatschappelijke trends

In een samenleving die steeds verder vergrijsst, doen steeds meer personen een beroep op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De komende decennia zal Nederland nog sterker te maken krijgen met de gevolgen van de vergrijzing, waardoor de doelgroep sterk in omvang zal toenemen.

Ook is zichtbaar dat er een significant aantal mensen is die (tijdelijk) niet opgewassen is tegen de huidige ingewikkelde samenleving, in een sociaal isolement terechtkomt en psychiatrische stoornissen heeft.

Mensen willen bij voorkeur zelfstandig wonen, ook wanneer zij ouder worden, gehandicapt zijn of te maken hebben met een psychische stoornis. De vermaatschappelijking van de zorg is een positieve trend die echter ook zijn grenzen kent; er zal altijd intramurale capaciteit beschikbaar moeten zijn voor een beperkte doelgroep.

Daarnaast zijn mensen steeds ongezonder gaan leven, vooral de leefwijze van de jeugd baart zorgen. Nederland zakt op de gezondheidsscorelijst af naar de Europese middenmoot. De sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn aanzienlijk. Zo leven laagopgeleide mannen vijf jaar korter dan hun hoogopgeleide seksegenoten. Preventieve, gezondheidsbevorderende maatregelen moeten geïntensiveerd worden, want investeren in lokale preventie (in het bijzonder buiten de directe gezondheidszorg) levert de meeste gezondheidswinst op.

Ook de geestelijke gezondheid van een groeiend aantal burgers is een bron van zorg. Er zijn mensen die in een isolement verkeren, verkommeren en verloederen, en dikwijls ook overlast veroorzaken in hun omgeving. Geweld binnen relaties is een ernstig en verborgen probleem dat slachtoffers eist.

Vermaatschappelijking, extramuralisering, vergrijzing en sociaal isolement stellen nieuwe eisen aan de eerstelijnsgezondheidszorg en de maatschappelijke opvang. De eerstelijnsgezondheidszorg is dan ook hard aan modernisering toe.

Nieuwe samenwerkingsverbanden tussen verschillende zorgverleners, zoals huisartsen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en praktijk- en wijkverpleegkundigen, bieden kansen om het tekort aan huisartsen te ondervangen, maar ook om het aanbod in een wijk beter toe te snijden op de zorgvraag. Het is van belang dat deze samenwerkingsverbanden niet alleen vanuit het perspectief van de zorgaanbieders totstandkomen, maar vooral vanuit het perspectief van de burgers. Deze samenwerkingsverbanden kunnen er ook voor zorgen dat cure, care en preventie beter op elkaar worden afgestemd.

Om deze taak die gemeenten hebben in het kader van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) goed te kunnen uitvoeren, hebben de gemeenten de juiste instrumenten nodig.

## **Gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren <sup>1</sup>**

Op het terrein van volksgezondheid en zorg zijn zowel gemeenten als zorgverzekeraars actief. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Welzijnswet (het instandhouden van voorzieningen voor onder meer sociaal-cultureel werk, algemeen maatschappelijk werk, de verslavingszorg en maatschappelijke opvang), de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en de WCPV.

Gemeenten ontwikkelen vanuit deze wetten lokaal sociaal beleid, ouderen- en gehandicaptenbeleid en lokaal gezondheidsbeleid. Gemeenten zijn verplicht een nota gezondheidsbeleid te ontwikkelen, die vaak ook de (langetermijn)planning van de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals samenwerkingsverbanden, betreft. De financiering van dit lokaal beleid vindt plaats vanuit het gemeentefonds en via specifieke doeluitkeringen.

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ, de Ziekenfondswet (ZFW) en de particuliere verzekeringen. Op grond van deze kaders wordt aan mensen die dat nodig hebben zorg geboden gericht op behandeling (cure) of langdurige zorg (care). Financiering gebeurt op basis van premiegefinancierde middelen.

Zorgverzekeraars en gemeenten krijgen steeds meer met elkaar te maken, vooral bij het verstrekken van zorg en diensten aan mensen met beperkingen die thuis willen blijven wonen. Maar ook op andere terreinen, zoals de planning van de eerstelijnsgezondheidszorg (de huisartsen, het maatschappelijk werk en de basisgezondheidszorg) neemt de noodzaak tot samenwerking toe. De gemeenten hebben baat bij lokale zorgnetwerken. Dat komt expliciet tot uitdrukking in de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de instandhouding van Regionale Indicatieorganen (RIO's) die de toegang tot de AWBZ regelen.

In de discussie rondom de stelselherziening in de zorg dient het Rijk apart aandacht te besteden aan de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Dit is ook de aanbeveling uit het rapport *Zorg in de grote steden* (2003) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM).

Het financiële belang van gemeenten en zorgverzekeraars is nogal verschillend. Het is voor zorgpartijen eenvoudiger om kosten af te wentelen op gemeentelijke voorzieningen dan andersom. Dit heeft te maken met de aard van de verplichting en de financiering. Op de eerste plaats zijn de aanspraken in de AWBZ en de aan de ZFW verbonden Regeling hulpmiddelen scherper omschreven en afgebakend. Daarnaast is in de AWBZ sprake van een zorgplicht en volledige bekostiging op basis van indicatie, terwijl er in de Wvg een aanspraak met een financieel risico voor gemeenten bestaat. Om samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren te bevorderen, moet er duidelijkheid komen over de afzonderlijke financiële verantwoordelijkheden.

<sup>1</sup> *Zorgkantoren zijn opgericht om de AWBZ-taken uit te voeren. Vanaf hier spreken we over zorgverzekeraars als verzamelnaam.*

## Het huidige regeerakkoord

In het hoofdlijnenakkoord *Meedoen, meer werk en minder regels* van het kabinet zijn er op zorggebied twee belangrijke doelstellingen.

### 1. Betaalbaarheid van de zorg, betere kwaliteit en kwantiteit van de zorg nodig

In het akkoord wordt gesteld dat kwaliteit en kwantiteit van de zorg te vaak tekortschieten, terwijl de kosten explosief stijgen (het kabinet houdt in deze periode rekening met een stijging van de collectief verzekerde zorguitgaven in de AWBZ boven de basisraming van het CPB van 1 miljard). Burgers klagen over de kwaliteit en toegang tot dienstverlening. Zij voelen een steeds grotere afstand tussen overheid en burger. Bovenmatig ziekteverzuim, bureaucratie, veel en gedetailleerde rijksregels, te veel aandacht voor beleidsontwikkeling en te weinig voor de uitvoering daarvan, een ingewikkeld woud van landelijke subsidies, gebrek aan handhaving: het zijn allemaal signalen van een landelijke overheid die minder doeltreffend en doelmatig werkt dan gewenst.

Zonder extra geld kan per patiënt beter worden gepresteerd indien de burgers centraal worden gesteld, vooral de kwetsbare groepen. De administratieve lastendruk, de bureaucratie en overhead op alle onderdelen van de zorg moeten fors omlaag. Geld en tijd moeten aan patiënten en cliënten worden besteed, niet aan bovenmatige overhead en formulieren.

### 2. Meer preventie nodig

Om het beroep op de zorg terug te dringen, moet ook meer aandacht worden geschonken aan de volksgezondheid door preventief beleid en sport, zo stelt het regeerakkoord. Juist hierdoor kunnen de oorzaken van ziektes worden weggenomen, kan worden bijgedragen aan een verbeterde gezondheid en kunnen de oorzaken van een alsmaar toenemende vraag naar zorg op een duurzame manier worden aangepakt. Een bijkomend effect is, dat preventie ook het veiligheidsgevoel van mensen zal bevorderen.

De regering staat een effectieve en slagvaardige overheid voor ogen. Deze slagvaardige overheid moet zich kenmerken door minder bureaucratie en regelzucht, concrete beleidsdoelstellingen, een voortvarende aanpak van langslpende problemen en herstel van de verantwoordelijkheden van de samenleving.

## Bevrijdende kaders

In het rapport *Bevrijdende kaders*, dat de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) in 2003 publiceerde, wordt aangegeven dat de verzorgingstaat met zijn nadruk op centraal ingrijpen, grootschaligheid, uniformiteit en gelijkheid niet meer past bij de actuele maatschappelijke verhoudingen. Pogingen om het systeem beter op veranderingen in de samenleving af te stemmen mislukken omdat de ingrepen van de rijksoverheid te dominant zijn. Hierdoor is er geen ruimte voor maatwerk. Daarom bepleit de RMO twee nieuwe ontwikkelingslijnen:

- Kaderstelling: hieronder wordt verstaan dat de overheid zich beperkt tot essentiële kaders en zich van daaruit actief op hoofdlijnen bemoeit met de samenleving. De overheid stuurt op kernregels, biedt ruimte voor maatwerk en bewaakt de kwaliteit.
- Horizontalisering: dat wil zeggen dat instellingen zich binnen de gestelde kaders meer richten op burgers en op elkaar dan op de overheid. Burgers worden actief betrokken bij het functioneren van instellingen.

Deze ontwikkelingen houden volgens het RMO-rapport het volgende in:

- deregulering;
- prioritering: samen keuzes maken voor beleidsprioriteiten;
- deorganiseren: verschillende taken die nauw met elkaar verwant zijn in een kader bijeenbrengen;
- rivaliteit: concurrentie bevorderen als het gaat om uitblinken in kwaliteit voor burgers;
- feedback;
- handelingsruimte: sturen op hoofdlijnen;
- gedifferentieerde verantwoording: op hoofdlijnen naar de overheid en horizontaal aan burgers en instellingen;

## Gemeenten nemen hun verantwoordelijkheid

De samenleving en de overheid staan voor de uitdaging om verbeteringen aan te brengen in de volksgezondheid, de maatschappelijke opvang en de zorg. Naast een goede woning en een gezonde woonomgeving hebben burgers op diverse terreinen voorzieningen, hulp, zorg en dienstverlening nodig.

Kwetsbare groepen wonen niet in landelijke kaders maar in concrete gemeenten. Gemeenten staan het dichtst bij de burger en zijn daarom de meest aangewezen overheidslaag om de regie te voeren over de steunstructuren. Als geen andere bestuurslaag is de gemeente in staat om de verschillende beleidslijnen onderling af te stemmen en een integraal beleid te realiseren voor haar burgers, met name voor de kwetsbare groepen. Gemeenten kunnen bovendien voortbouwen op de bestaande gemeentelijke sociale infrastructuur bij de ontwikkeling van het benodigde vangnet bij zorg en gezondheid.

Per 1 juli 2003 (de wettelijk verplichte datum) hebben bijna alle gemeenten een gemeentelijk gezondheidsbeleid geformuleerd. Op basis van deze visies moet de implementatie van de vermaatschappelijking van de zorg op lokaal niveau vorm krijgen.

De gemeenten zijn bereid hun verantwoordelijkheid op te pakken en willen:

- een actief gezondheidsbeleid voeren dat gericht is op preventie en gezondheidsbevordering en dat met name aandacht geeft aan jeugd, vergrijzing en sociaal-economische gezondheidsverschillen;
- een actief zorgbeleid voeren dat gericht is op wonen met welzijn en zorg voor haar burgers, met name de kwetsbare groepen, zoals gehandicapten, chronisch zieken, dak- en thuislozen, psychiatrische patiënten en ouderen.

Om deze uitdaging succesvol aan te gaan moet volgens de VNG aan de volgende voorwaarden worden voldaan.

### Voorwaarden

#### 1. Het Rijk stelt brede kaders en gemeenten ontwikkelen een specifiek zorg- en gezondheidsbeleid op maat

Het is van belang te komen tot een integrale visie van het kabinet op wonen met zorg en welzijn voor kwetsbare groepen en een beleidskader gericht op preventie. De beleidsdoelstellingen, gekwantificeerd en meetbaar, moeten op *hoofdlijnen* worden gesteld. Het landelijk kader moet voldoende *handelingsruimte* bieden om het beleid op lokaal, zonodig regionaal, niveau te vertalen naar een visie en concrete maatregelen.

Een gemeentelijk zorgbeleid voor wonen met zorg en welzijn moet onderdeel zijn van het gemeentelijk gezondheidsbeleid, moet op lokale leest worden geschoeid en democratisch worden gelegitimeerd. Op basis van lokale gegevens die beschikbaar zijn over vraag en aanbod op het terrein van gezondheid, zorg, wonen en dienstverlening, maakt de gemeente – in goed overleg met lokale organisaties van cliënten en instellingen – een analyse van de belangrijkste knelpunten waarmee burgers worden geconfronteerd. Vervolgens formuleert de gemeente in haar nota gezondheidsbeleid een visie op de oplossing daarvan, waarin zij aangeeft welke maatregelen zij voorstaat, wat de bijdrage van de gemeente zelf is en wat zij van de andere partijen verwacht. Daarbij worden politieke keuzes en prioriteiten volgens democratische principes aan de burgers verantwoord.

Sommige knelpunten zullen op regionaal niveau moeten worden aangepakt omdat zorg vooral op regionaal niveau is georganiseerd. In dat geval kunnen gemeenten in regionaal verband afspraken maken over de wijze waarop overleg met zorgpartijen plaatsvindt. Een startpunt kan de samenwerking van gemeenten zijn in relatie tot het RIO of de GGD, of in een portefeuillehouderoverleg.

Bij deze nieuwe rolverdeling tussen overheden past geen landelijk afrekensysteem. De rijksoverheid kan de kwaliteit van de voorzieningen beter bewaken met alternatieve methoden, zoals *visitatie* en *peer group control*. Gemeenten dragen onderling zorg voor een adequaat systeem van benchmarking om van elkaar te leren en zodoende het interne kwaliteitsbeleid te verbeteren. Gemeenten worden *horizontaal* en kritisch gevolgd door de gemeenteraad, waarvan de toezichthoudende rol in het dualiseringstraject is versterkt. De belangenorganisaties participeren in de beleidsvormingstrajecten en richten hun lobby ook op de gemeenteraad. Op die manier ontstaat horizontale verantwoording.

## **2. Het Rijk zorgt voor een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en een wettelijke verankering van de gemeentelijke regiefunctie**

De basis voor een bestendige samenwerking op lokaal niveau is een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheden op de beleidsterreinen van zorg en gezondheidsbeleid. Het moet duidelijk zijn wie op beide beleidsterreinen de verantwoordelijkheid voor het systeem draagt, wie verantwoordelijk is voor het beleid en wie voor de uitvoering. Concrete afspraken tussen de overheden over de financiering van de beleidsuitvoering zijn een voorwaarde om het samenwerkingsproces tussen betrokken partijen op lokaal en regionaal niveau te stimuleren.

Om de maatschappelijke verantwoordelijkheid te kunnen nemen moet de regiefunctie van gemeenten op het terrein van lokaal zorg- en welzijnsbeleid goed worden vastgelegd en wettelijk verankerd. Het langstlepend probleem van twee regisseurs – zorgkantoren voor de inkoop van AWBZ-zorg en lokale overheden voor woonzorgarrangementen en welzijn – moet opgelost worden door een duidelijke uitspraak over de gemeentelijke regiefunctie. Gemeenten dienen daarom over adequate sturingsmogelijkheden te beschikken om invloed te kunnen uitoefenen op inkoop en planning van AWBZ-zorg in de regio.

Ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg leveren gemeenten een bijdrage aan goede zorg in de buurt. Ook hier is van belang dat het Rijk de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars blijft benadrukken.

Gemeenten krijgen de opdracht in samenspraak met de lokale samenleving, instellingen, cliënten en burgers *prioriteiten* te stellen. Op basis van de beleidsvisie komen partijen tot overeenstemming over het te voeren beleid en de wijze waarop partijen in de uitvoering samenwerken.

## **3. Bij decentralisatie van taken zorgt het Rijk voor bijbehorende middelen en brengt die onder in één geldstroom**

Om de zorg en de gezondheid voor burgers zo efficiënt mogelijk te waarborgen, dienen bij decentralisatie van beleidstaken naar gemeenten alle financiële regelingen en budgetten op het betreffende beleidsterrein zo veel mogelijk in één geldstroom te worden ondergebracht. Hierdoor kan:

- recht worden gedaan aan het streven naar ontschotting van verwante beleidsvelden en en vermindering van de bureaucratie;
- voortgebouwd worden op de bestaande gemeentelijke sociale infrastructuur;
- optimaal invulling worden gegeven aan lokale prioriteiten;
- integraal beleid worden gevoerd op de terreinen volksgezondheid, wonen, zorg en welzijn;
- aan de burger samenhangend maatwerk worden geleverd.

Het budget moet toereikend zijn om de gemeentelijke verantwoordelijkheden te realiseren; extra taken betekent dus voldoende extra middelen om die taken naar behoren uit te voeren. Bij de AWBZ zal een vermindering van de intramurale capaciteit uiteindelijk tot kostenverlaging bij de overheid leiden.

Het financiële kader moet *regelarm* zijn om de handelingsruimte te optimaliseren. Door in de gemeenten adequate voorzieningen te treffen kunnen gemeenten – in ruil voor lokale beleidsruimte – de bezuinigingen in de zorg voor de burger zo veel mogelijk verzachten.

Gemeenten moeten daarnaast, met het oog op de noodzakelijke afstemming tussen AWBZ-care en gemeentelijk welzijn, invloed hebben op de inzet van AWBZ-middelen in de regio. Daartoe zal de samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren beter moeten worden verankerd. Op deze wijze kan door gemeenten een bijdrage worden geleverd aan de verbetering van de leefsituatie van kwetsbare burgers en daarmee een beroep op (duurdere) zorg helpen voorkomen.

## Het resultaat

Als aan de bovenstaande voorwaarden wordt voldaan zijn gemeenten in staat om:

- preventie- en zorgbeleid te integreren ten behoeve van de jeugd en kwetsbare groepen door het creëren van een gezonde fysieke en sociale omgeving;
- het beleid voor wonen met zorg en welzijn optimaal en efficiënt te organiseren voor kwetsbare burgers die thuis willen blijven wonen of zo snel mogelijk daarnaar terug willen;
- aan burgers maatwerk te bieden in termen van ketenzorg, cliëntondersteuning en het hebben van een aanspreekpunt dicht in de buurt.

–  
Voor het Rijk biedt deze aanpak een kans om de stijgende kosten van de zorg een halt toe te roepen. Door deregulering, extramuralisering, ontbureaucratisering en toezicht op hoofdlijnen wordt het mogelijk de premiegefinancierde lasten te reduceren. Een deel van de ruimte die door terugdringing van de administratieve lastendruk wordt gerealiseerd, kan worden geherinvesteerd in de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Zo komt een belangrijke doelstelling van het kabinet – betere zorg tegen lagere kosten – in het verschiet.

## Bijlage 5.

### Beleidssterreinen met raakvlakken met lokaal volksgezondheidsbeleid in Noordenveld

#### Kinderopvang

De gesubsidieerde (= niet-commerciële) kinderopvanginstellingen in de gemeente Noordenveld zijn gefuseerd. Er zijn in de gemeente twee commerciële instellingen voor kinderopvang. De gemeentelijke activiteiten op het terrein van de kinderopvang die raakvlakken hebben met zorg hebben betrekking op de inzet van de GGD bij de jaarlijkse controle bij kinderopvanginstellingen en peuterspeelzalen op hygiëne en veiligheid en verder eisen in het kader van de Verordening Kinderopvang.

De nieuwe Wet Basisvoorziening Kinderopvang geeft de GGD een andere rol. De advisering vindt dan geprotocolleerd plaats en de verantwoordelijkheid als geheel wordt bij de GGD neergelegd. Peuterspeelzalen en kindercentra hebben een rol bij het signaleren en aanpakken van problemen rond kinderen uit risicogroepen in samenwerking met de ouder- en kindzorg van Icare. Daar waar nodig wordt doorverwezen naar het algemeen maatschappelijk werk en de jeugdhulpverlening. Op verzoek van ouders worden via de peuterspeelzalen en de kinderopvang programma's voor opvoedingsondersteuning uitgevoerd.

Bij de ontwikkeling van projecten worden zowel de commerciële als de niet-commerciële instellingen betrokken.

#### Jeugdbeleid

Eind 2001 is het conceptactieplan voor het jeugdbeleid in de gemeente Noordenveld verschenen. In 2001 is samen met de professionele organisaties een start gemaakt om vorm te geven aan het integrale jeugdbeleid. In de gemeente Noordenveld is gekozen voor 4 speerpunten:

##### 1. *Zorg voor 0-6 jarigen*

Doel van het speerpunt zorg 0-6 jarigen is om te komen tot een integrale registratie-, overdrachts- en samenwerkingsvorm. Partners zijn Icare (OKZ), SKCN, Basisonderwijs, GGD, De Toegang, eventueel STAMM, Stichting WIN en de gemeente.

Om de voorgenomen doelen te bereiken zal de samenwerking op lokaal niveau worden bevorderd van consultatiebureaus met peuterspeelzalen, centra voor kinderdagopvang en buitenschoolse opvang, basisscholen, de GGD en voorzieningen voor jeugd. Tevens wordt aandacht besteed aan de deskundigheidsbevordering van medewerkers van de consultatiebureaus.

In Noordenveld is geen sprake van bepaalde wijken of buurten waar veel risicokinderen wonen, maar deze kinderen zijn er wel. Signalering is daarom belangrijk.

##### 2. *Ruimte voor jeugdigen*

Het speerpunt "Ruimte voor jeugdigen" is gericht op het realiseren van voldoende mogelijkheden voor opvang en ontmoeting van jeugdigen binnen de hele gemeente. Partners zijn de centra voor buitenschoolse opvang, de Stichting WIN en de gemeente. Op dit terrein is sprake van een verbinding met de breedtesport. De toegankelijkheid van recreatieve voorzieningen en het gebruik ervan wordt bevorderd.

##### 3. *Zorg voor jeugdigen*

Het speerpunt "Zorg voor jeugdigen" is gericht op de bevordering van de samenwerking tussen zorg, onderwijs, algemeen maatschappelijk werk en het jeugd- en jongerenwerk, zowel binnen De Toegang als samen met De Toegang.

De bedoeling is om de oorspronkelijke gedachtegang achter De Toegang ten aanzien van de toegankelijkheid voor de hulpvragende jongere en zijn of haar ouders concreet gestalte te geven. Dit houdt in, dat de organisaties zodanig samenwerken, dat op elke hulpvraag een screening volgt en een diagnose wordt gegeven uitmondend in een gericht aanbod. Dit kan zijn in de vorm van informatie en advies en licht ambulante zorg of in de vorm van geïndiceerde zorg. Daarnaast heeft De Toegang een preventieve taak en wordt informatie en advies gegeven. De lijn met het algemeen maatschappelijk werk wordt versterkt.

##### 4. *Beïnvloeding van gezondheidsbedreigende factoren*

Het vierde speerpunt is gericht op het ontwikkelen van een gestructureerd aanbod van sociale vaardigheids- en sociale weerbaarheidstraining voor 0-23 jarigen. Partners zijn het CAD, GGD, onderwijs en politie/HALT.

Het is de bedoeling dat er een doorlopend en afgestemd aanbod komt in plaats van veel kleinere losstaande projecten.

De sluitende aanpak van de opvoedingsondersteuning van 0-6 jarigen maakt deel uit van dit speerpunt. Met de organisaties die betrokken zijn bij De Toegang zullen afspraken worden gemaakt over samenwerking en afstemming.

In het jeugdbeleid zijn de evaluatie en de voortgang permanente punten van aandacht.

### **Onderwijs**

Voor het onderwijs is beleid ontwikkeld voor de voor- en vroegschoolse educatie en het onderwijsachterstandenbeleid. De onderwijsorganisaties spelen een belangrijke rol als het gaat om de preventieve taken in het lokale volksgezondheidsbeleid.

### **Cultuur.**

De Cultuurnota van de gemeente Noordenveld is van nog betrekkelijk recente datum. Nagenoeg algemeen wordt geaccepteerd, dat de aanwezigheid en bereikbaarheid van culturele voorzieningen van belang is voor het persoonlijke welbevinden.

### **Ouderenbeleid**

Waar sprake is van zorggerelateerde huisvesting, wordt bevorderd dat de woonruimteverdeling gaat verlopen via een in het leven te roepen zorgloket.

In de nota Woonzorgzone Norg (Dienstverlening, welzijn, wonen en zorg opnieuw bekeken) zijn (binnen een lange termijn visie) een aantal concrete deelprojecten benoemd, welke zich richten op de ontwikkeling van een zo optimaal mogelijke woonomgeving waarin zo lang mogelijk zelfstandig gewoond kan worden.

In het concept van de Woonzorgzone is een sleutelpositie weggelegd voor sociaal cultureel werk voor ouderen, de zelfstandigheidfilosofie en de lokale informatiebalies.

### **Algemeen Maatschappelijk Werk**

Het Algemeen Maatschappelijk Werk is een eerstelijns zorgvoorziening.

Voor het AMW is in februari 2001 een werkplan vastgesteld. Op basis van het werkplan richt het AMW zich op de samenwerking met GGZ-Drenthe, RIBW-Drenthe en CAD-Drenthe en met de organisatie van de schuldhulpverlening. In samenwerkingstrajecten wil het AMW zich meer profileren als casemanager.

Werkinhoudelijk geldt voor het maatschappelijk werk als basis de omschrijving zoals is vastgesteld door de Vereniging Nederlandse Gemeenten en de MO-Groep (werkgeversorganisatie). Specifiek voor Noordenveld aanwezige aandachtsgebieden en uitvoeringsaangelegenheden worden nog in 2004 vastgesteld.

Met het amw-team worden gesprekken gevoerd om te komen tot een op alle terreinen verantwoorde ontvlechting uit de gemeentelijke organisatie.

### **Verkeer en wijkinrichting**

De gemeente Noordenveld vindt verkeersveiligheid voor haar inwoners van groot belang.

Bij ongewijzigd beleid en de nog steeds toenemende mobiliteit zullen de kosten en het menselijk leed van verkeersongelukken alleen maar toenemen.

Er is gekozen voor een gestructureerde aanpak onder de naam "Duurzaam Veilig", vastgelegd in het gemeentelijk verkeers- en vervoersplan (GVVP).

### **Volkshuisvesting**

Het is bekend dat goede woon- en leefomstandigheden een positieve bijdrage leveren aan het welbevinden van de mens.

Het volkshuisvestingsbeleid heeft in de prestatieafspraken vooral ten aanzien van het wonen voor ouderen en gehandicapten aantoonbare raakvlakken met het lokaal volksgezondheidsbeleid.

Het huisvestingsbeleid is in 2000 vastgelegd in de nota "Noordenveld, een gemeente om te wonen" met als werktitel: Nota Wonen.

Daarin is uitgesproken, dat levensloopbestendig wordt gebouwd. Bij subsidiëring wordt levensloopbestendigheid meegenomen, evenals bij de selectie van ontwikkelaars van grote projecten. Het begrip levensloopbestendig is na het verschijnen van de nota geconcretiseerd: een slaapkamer en de natte cel beneden. Dit houdt een andere verkaveling in: breder en minder diep. De woonkeur (seniorenlabel) wordt gehanteerd voor ouderenhuisvesting. Bedoeling is om het gebruik van de woonkeur te verbreden.

In de nota wonen van de gemeente Noordenveld wordt onderzoek naar de capaciteitsbehoefte aan woonzorgcombinaties voor ouderen voorgesteld. Initiatieven tot de bouw van woonzorgcombinaties in de categorie sociale woningbouw worden gestimuleerd met een gemeentelijke bijdrage in de onrendabele top.



De overdracht van bezit van de niet winstbeogende instellingen (NWI's) aan de corporaties wordt gestimuleerd.

Met 2 volkshuisvesters in de gemeente Noordenveld zijn afspraken gemaakt over een voldoende voorraad aangepaste woningen. Met de corporaties zijn op grond van de nota prestatieafspraken gemaakt, die periodiek worden geëvalueerd en in 2004 worden geactualiseerd.

Het beleid van vermaatschappelijking van zorg wordt ondersteund.

De gemeente Noordenveld streeft naar het huisvesten van verstandelijk gehandicapten in de eigen gemeente en heeft in de nota een taakstelling van 100-125 plaatsen op zich genomen.

### **Welzijnswerk**

De rol van het sociaal-cultureel werk is nog niet volledig uitgekristalliseerd. Het sociaal-cultureel werk kan en moet een rol vervullen in de uitvoering van de preventieve taken op het terrein van het lokale volksgezondheidsbeleid.

De activiteiten voor ouderen van de Stichting WiN vormen de brug tussen welzijn en zorg. Het ouderenwerk krijgt in het kader van het lokale volksgezondheidsbeleid een rol in de signalering van problemen en de organisatie van preventieve activiteiten. Welzijnsactiviteiten als dagopvang, maaltijdvoorziening en activerend huisbezoek werken preventief bij het zolang mogelijk zelfstandig kunnen wonen.

### **Breedtesport**

Op het terrein van sport worden in de gemeente Noordenveld op twee hoofdlijnen plannen ontwikkeld. In de loop van 2004 zal een nota sportbeleid verschijnen om structuur te geven aan accommodatiebeleid, subsidiebeleid en tarievenbeleid.

In het onderdeel "sportstimulering en sportontwikkeling" is aangesloten bij de Stimuleringsregeling Breedtesportimpuls van VWS. Er is een subsidieaanvraag ingediend en toegekend. Als voorbereiding op de aanvraag voor het project Breedtesportimpuls is door de gemeente een onderzoek gedaan naar sportdeelname onder een viertal leeftijdscategorieën.

Het project Breedtesportimpuls heeft als doel om het lokale sportaanbod in de gemeente te versterken, waar mogelijk in samenwerking met andere beleidsterreinen of sectoren, zoals bijvoorbeeld onderwijsbeleid, jeugdbeleid, ouderenbeleid en welzijnsorganisaties.

Het project Breedtesportimpuls richt zich op 3 hoofdlijnen:

1. Stimuleren van sportdeelname van doelgroepen, zoals jeugd, ouderen, gehandicapten en chronisch zieken en vluchtelingen
2. Het versterken en verbeteren van de sportinfrastructuur c.q. het sportaanbod door middel van onder meer samenwerking tussen sportverenigingen en welzijns- en onderwijsinstellingen, verenigingsondersteuning en ondersteuning van vrijwilligers
3. Het vergroten van de multifunctionaliteit van accommodaties door het leggen van dwarsverbanden, zoals kinderopvang/bso en sport, gebruik van sportkantines voor kinderopvang, dorpshuizen en sportkantines, scholen en sportaccommodaties, ontmoetingscentrum en bewegingsactiviteiten

In de onderwijshuisvestingsplannen (Roden-centrum, Nieuw-Roden en Peize) worden sportaccommodaties en sportstimulering meegenomen. In het kader van de verlengde schooldag zullen sportactiviteiten worden aangeboden.

Het is de bedoeling om jeugdige sporters ook na de basisschoolleeftijd vast te houden.

Aandachtspunt is om jongeren te betrekken bij de organisatie van de sport en eventueel ook het kader.

### **Parate hulpverlening.**

De Infectieziektenwet regelt de verplichte aanmelding van infectieziekten en voorziet in de toepassing van dwangmaatregelen bij onwillige patiënten. In de wet is geregeld hoe de gemeente moet reageren op nieuwe infectieziektegevallen en welke bevoegdheid er is om verdere infecties te voorkomen.

De Wet Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen regelt de bevoegdheid van de gemeente bij rampen. De feitelijke uitvoering is neergelegd bij de GGD Drenthe. De gemeente beschikt over een rampenplan, welke periodiek moet worden geactualiseerd.

Daarnaast heeft de gemeente nog een taak in de uitvoering van het ambulancevervoer.