

GEZONDHEID IN ALLE LAGEN



Nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid
Gemeente Papendrecht
2003 – 2007

VOORWOORD

Per 1 juli 2003 is de gemeente verplicht een lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld te hebben.

Vorig jaar is daar in regionaal verband over nagedacht hoe we dat vorm willen gaan geven. De GGD heeft in samenwerking met de beleidsambtenaren van de gemeentes de algemene hoofdstukken verzorgd. Vervolgens hebben de portefeuillehouders gezondheidszorg deze concept hoofdstukken besproken en hun eigen prioriteiten toegevoegd.

Daarna hebben de leden van de commissies in de gemeenteraden zich in drie regio's (Hoekse Waard, Drechtsteden en Alblasserwaard Vijfherenlanden) kunnen uitspreken, waarbij per gemeente ook weer prioriteiten konden worden aangegeven.

Uiteindelijk is nu het stuk gereed om besproken en vastgesteld te worden. Het bestaat uit een algemeen deel en een lokaal deel.

Het is een goede zaak dat dit beleidsstuk op deze wijze tot stand is gekomen. Belangrijker is echter dat de uitvoering van beleid gestalte moet krijgen. De projecten moeten worden uitgevoerd. In Papendrecht hebben we als speerpunten de volgende items:

- Zolang mogelijk zelfstandig wonen
- Bevorderen van een gezonde leefstijl bij met name de jeugd
- Stimuleren van beweging en sport
- Bevorderen van de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg

Uiteindelijk is het doel dat op deze wijze de gezondheid van de inwoners van Papendrecht steeds wat beter wordt.

A. Vogel
Wethouder Volksgezondheid

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Inleiding | 3 |
| 1. Algemeen | 4 |
| 1.1 Wat is gezondheid? | 4 |
| 1.2 Waardoor wordt de gezondheid bepaald? | 4 |
| 1.3 De gemeente en onze gezondheid | 5 |
| 1.4 Spelen op de winst | 6 |
| 1.5 Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg | 6 |
| 1.6 Sociaal-economische gezondheidsverschillen | 7 |
| 1.7 Lokaal volksgezondheidsbeleid | 7 |
| 1.8 Landelijke ontwikkelingen en hun regionale uitwerkingen | 8 |
| 1.8.1 Vermaatschappelijking van de zorg | 8 |
| 1.8.2 Toenemende gemeentelijke betrokkenheid bij de openbare geestelijke gezondheidszorg | 8 |
| 1.8.3 Verbreding van het terrein van de indicatiestelling | 9 |
| 1.8.4 Modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) | 9 |
| 1.9 Jeugdgezondheidszorg | 10 |
| 2. De gemeente en de GGD | 11 |
| 2.1. Taken GGD ZHZ | 11 |
| 2.1.1 Bevorderingstaken | 12 |
| 2.1.2 Medische milieukunde | 13 |
| 2.1.3 Technische hygiënezorg | 13 |
| 2.1.4 OGGZ/Vangnet & Advisering | 14 |
| 2.1.5 Infectieziekten | 14 |
| 2.1.6 Jeugdgezondheidszorg | 15 |
| 2.1.7 Plustaken | 15 |
| 2.1.8. Regionaal Ambulancevervoer Zuid-Holland Zuid | 16 |
| 2.1.9 Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen | 16 |
| 3. Inventarisatie bestaand beleid op regionaal niveau | 18 |
| 3.1.1 Regiovisie Zorg Zuid-Holland Zuid | 18 |
| 3.1.2 Regiovisie Jeugd | 19 |
| 3.1.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) | 19 |
| 3.1.4 Verslavingszorgbeleid | 19 |
| 3.1.5 Andere ontwikkelingen | 20 |
| 3.2 Andere beleidsterreinen | 20 |
| 3.3 Intersectorale samenwerking | 23 |
| 3.4 Toegankelijkheid Eerste Lijn | 24 |
| 4. Gezondheidsmonitor | 26 |
| 4.1 De gezondheid in Zuid-Holland Zuid | 26 |
| 4.2 Drie groepen inwoners | 26 |
| 4.3 Jongeren | 26 |
| 4.4 Kwetsbare groepen en gezondheidsverschillen in Zuid-Holland Zuid | 27 |
| 4.5 Gezondheidsmonitor Papendrecht | 28 |
| 4.6 Samenvatting | 30 |
| 5. Hoe gaat de gemeente Papendrecht uitvoering geven aan haar beleid? | 32 |
| 5.1.1 Basistaken | 34 |
| 5.1.2 Zo lang mogelijk zelfstandig wonen | 34 |
| 5.1.3 Sociale kaart | 36 |
| 5.1.4 Leefstijl jeugd | 36 |
| 5.1.5 Bewegingsstimulering en sportbevordering | 37 |
| 5.1.6 Toegankelijkheid eerste lijn | 38 |
| 5.2 Conclusies | 39 |
| Afkortingen | 41 |

BIJLAGEN

- 1 Wettelijk kader op het terrein van gezondheid
- 2 Prioriteiten van de zorgvragers voor het lokaal gezondheidsbeleid
- 3 BRAVO

INLEIDING

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

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

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

Een groot gedeelte van de nota heeft een sterk regionaal karakter en is tot stand gekomen op basis van een nauwe samenwerking met de GGD en de overige gemeenten in deze GGD-regio. Gelet op de uitkomst van de eerder gehouden gezondheidsmonitor in deze regio is bewust voor deze insteek gekozen. Deze monitor gaf namelijk aan dat gezondheidsverschillen over het algemeen geen geografische achtergrond hebben maar vaak het gevolg zijn van andere factoren. Een gezamenlijke aanpak, met uiteraard lokale en subregionale accenten, geeft dan ook de meeste kans op gezondheidswinst.

In hoofdstuk 1 worden de betekenis van gezondheid in het algemeen en de landelijke afspraken om te komen tot lokaal gezondheidsbeleid beschreven. Hoofdstuk 2 beschrijft de werkzaamheden van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zuid-Holland Zuid, waarna in hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het beleid dat gemeentes reeds uitvoeren, alsmede samenwerkingsverbanden die andere (zorg) instellingen op intersectorale wijze uitvoeren. Hoofdstuk 4 wordt inzicht gegeven in de gezondheidsproblemen van de inwoners van Papendrecht. Voor zover mogelijk worden deze gegevens afgezet tegen de gegevens van de regio en van Nederland. Dit wordt gevolgd door de beleidsvoornemens in hoofdstuk 5.

1. ALGEMEEN

1.1 Wat is gezondheid?

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

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

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

1.2 Waardoor wordt de gezondheid bepaald?

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

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

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

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

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

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

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

Roken, drinken en drugsgebruik hebben te maken met de leefstijl. Middels voorlichting, handhaving, het instellen van rookvrije ruimtes en dergelijke kan de gemeente hierop invloed uitoefenen.

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

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

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

1.3 De gemeente en onze gezondheid

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

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

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

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

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

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

gezondheidsbescherming: voorkomen dat burgers worden blootgesteld aan bedreigingen van de gezondheid, bijvoorbeeld: riolering, waterzuivering, bouw- en woningtoezicht, milieubeheer, verkeersveiligheid, hygiëne-inspecties

gezondheidsbevordering: uit oogpunt van gezondheid relevant gedrag positief beïnvloeden

ziektepreventie: stimuleren, coördineren en mede uitvoeren van activiteiten en maatregelen die beogen ziekten te voorkomen, dan wel ziekten in een vroeg stadium op te sporen. In dat kader is de gemeente ook verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg van 0 – 19 jaar.

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (zie bijlage 1)

Met de WCPV hebben gemeenten in medebewind (onder verantwoordelijkheid van de Minister) de verantwoordelijkheid gekregen voor de collectieve preventie. Omdat de gemeente het dichtst bij de burger staat en het beste zicht en de meeste invloed heeft op de lokale leefomgeving, problemen en oplossingsmogelijkheden, heeft het rijk in 1989 deze taak naar de lokale overheid gedecentraliseerd. Gemeenten hebben de opdracht gekregen te zorgen voor collectieve preventie gericht op infectieziekten en op kinderen tussen 0 en 19 jaar. Tevens moet de gemeente een Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) in stand houden die in elk geval deze uitvoeringstaken verricht. Daarnaast hebben de gemeenten de taak om inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van hun bevolking. De WCPV geeft gemeenten ook de taak om de totstandkoming en continuïteit en de samenhang van collectieve preventie te bevorderen en de afstemming met de curatieve gezondheidszorg te verzorgen.

In januari 2000 verscheen er een inspirerend advies aan de Minister van Volksgezondheid van het landelijk platform **Openbare Gezondheidszorg (OGZ)** genaamd: "Spelen op de winst".

1.4 Spelen op de winst

Het rapport "Spelen op de winst"¹ vormt een belangrijke basis voor de versterking van de openbare gezondheidszorg.

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

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

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

Het advies prikkelt de landelijke overheid en de gemeenten om de collectieve preventieve gezondheidszorg een eigen gezicht te geven binnen een landelijk kader. Vanuit deze taak van het Openbaar Bestuur wordt een web geweven: **het lokaal gezondheidsbeleid**. Dit beleid is een belangrijk instrument om de doelen (zie kader) van het OGZ te bereiken. Op grond van de WCPV zijn de gemeenten met ingang van 1 juli 2003 verplicht elke 4 jaar een nota lokaal volksgezondheidsbeleid vast te stellen.

Doelen Openbare Gezondheidszorg "Spelen op de winst"

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

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

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

1.5 Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg

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

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

De genoemde partijen hebben in het contract prioriteiten vastgesteld. De winstmogelijkheden worden gezocht in zo gelijk mogelijke kansen op gezondheid voor iedereen en in

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

randvoorwaarden die het mogelijk maken voor mensen om gezond te leven. De prioriteit ligt daarom bij het terugdringen van **sociaal-economische gezondheidsverschillen** (SEGV) en bij het bevorderen van gezonde **leefstijlen**.

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

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

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

1.6 Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Een van de belangrijke speerpunten, voortvloeiend uit de in het rapport "Spelen op de Winst" genoemde doelen, is het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het blijkt dat niet iedereen gelijke kansen heeft op een gezond leven! Er zijn specifieke groepen te benoemen die wat dat betreft in een achterstandspositie verkeren. De volgende groepen zijn hierin te onderscheiden:

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

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

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

1.7 Lokaal volksgezondheidsbeleid

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

De gemeenten hebben als regisseur een belangrijke taak in:

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

Lokaal gezondheidsbeleid is in wezen beleid door afstemming en sturing vanuit het belang van de gezondheid van de inwoners.

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

Een weloverwogen aanpak die effect sorteert, krijgt de aandacht boven het blussen van branden van alledag. Deze zijn wel aan de orde, worden uiteraard ook adequaat bestreden en zijn tevens relevant als object van monitoren en vroegtijdige signalering. Lokaal

volksgezondheidsbeleid is van nature pro-actief en anticiperend, gericht op investeren in preventie en in processen.

1.8 Landelijke ontwikkelingen en hun regionale uitwerkingen

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

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

1.8.1 Vermaatschappelijking van de zorg

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

Mondigheid van burgers leidt ook tot een omslag van aanbodgericht naar meer vraaggericht werken. Het is daarom voor de gemeente, maar ook voor de organisaties in de gezondheids(zorg) van belang inzicht te hebben of te krijgen in de behoefte van deze burgers.

1.8.2 Toenemende gemeentelijke betrokkenheid bij de openbare geestelijke gezondheidszorg

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

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

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

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

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

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

Van oudsher heeft de gemeente een bemoeienis met de openbare geestelijke gezondheidszorg. Vanuit het ministerie van VWS wordt gestimuleerd deze rol te versterken door het landelijk afgesloten convenant openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Op 19 oktober 1999 is een **landelijk convenant** tot uitvoering van het OGGZ-beleid gesloten. Dit convenant is ondertekend door de Minister van VWS, de VNG, GGZ Nederland, GGD Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Federatie Opvang. Het convenant staat in het teken van twee parallellopende beleidsontwikkelingen: de vermaatschappelijking van de zorg en de ontwikkeling van een Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Om de vermaatschappelijking van zorg te kunnen realiseren, dienen instellingen intensief samen te werken. Deze behoefte aan samenwerking heeft het ontstaan van een convenant sterk gestimuleerd. Het convenant heeft een tweeledig doel. Allereerst willen de landelijke partijen de lokale partijen ondersteunen en stimuleren bij het formuleren en uitvoeren van het OGGZ-beleid. Hiervoor is een landelijk platform OGGZ opgericht. Het tweede doel is dat in 2001 in het hele land de gemaakte afspraken formeel zouden zijn vastgelegd in lokale en regionale convenants binnen het kader van het landelijk convenant. In deze convenants maken de betrokken partners afspraken over een ketenbenadering in de OGGZ, onder meer in de crisisopvang, dak- en thuislozenzorg.

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

1.8.3 Verbreding van het terrein van de indicatiestelling

Sinds 1 januari 1998 (Zorgindicatiebesluit) valt naast de indicatiestelling voor verzorging- en verpleeghuiszorg, de indicatiestelling voor thuiszorg onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Bovendien zijn gelijktijdig de lokale indicatiecommissies vervallen en vervangen door **regionale indicatieorganen (RIO's)**. In de GGD regio Zuid-Holland Zuid zijn twee RIO's: RIO Alblasserwaard/Vijfheerenlanden² en RIO Dordrecht en Zwijndrechtse Waard³. Het RIO, waarin zorgaanbieders, gemeenten en georganiseerde zorgvragers bestuurlijk zijn vertegenwoordigd, is verantwoordelijk voor het (laten) uitvoeren van de objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling. Deze wijze van indiceren houdt in dat dit altijd volgens dezelfde regels gebeurt, dat alle mogelijkheden bij de beoordeling worden betrokken en dat de indicatiestelling los van de belangen van de financiers en de zorgverleners plaatsvindt. De rijksoverheid is van mening dat de RIO's in Nederland meer voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn moeten gaan indiceren om beter aan de wensen van de zorgvrager te kunnen voldoen. Een en ander houdt in dat op korte termijn de indicatiestelling voor WVG, GGZ en gehandicaptenzorg zal worden geïmplementeerd (of op het moment van verschijnen van deze nota al geïmplementeerd is).

1.8.4 Modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

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

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

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

samenwerking en afstemming op lokaal aanbod. Bij de modernisering van de AWBZ is een belangrijke rol toegekend aan zogenaamde **zorgkantoren**. Zorgkantoren zijn regionale ziektekostenverzekeraars die zijn aangewezen door de Ziekenfondsraad ter uitvoering van de AWBZ. In onze regio is dat het zorgkantoor Waardenlanden. Bovendien hebben de zorgkantoren beleidsmatige verantwoordelijkheid gekregen, waardoor een zorgkantoor in de regio een gezaghebbende contractpartij is geworden voor AWBZ-zorgaanbieders. De rol van een zorgkantoor ten opzichte van de cliënten (zorgvragende verzekerden) verandert ook. In de toekomst moeten verzekerden er van op aan kunnen dat het zorgkantoor de zorg inkoop die nodig is. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het contracteren van de zorgaanbieders (denk bijvoorbeeld aan thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen) en voor kwantitatief en kwalitatief voldoende zorg in de regio. Tevens kunnen zij Zorg-op-maat contracteren bij zorgaanbieders en toezien op een doelmatige besteding van de middelen. Deze ontwikkeling versterkt de positie van verzekerden ten opzichte van de zorgaanbieders. In feite is dit de grondgedachte van de modernisering van de AWBZ: een omslag van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorgverlening.

1.9 Jeugdgezondheidszorg

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

Door overheveling van de 0-4 jarigenzorg van de AWBZ naar het gemeentefonds, loopt de financiering van de totale JGZ dan ook via de gemeenten.

2. DE GEMEENTE EN DE GGD

De gemeenten dienen tevens, op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, een gemeentelijke gezondheidsdienst in te stellen en in stand te houden.

Bij de herziening op 9 juli 2002 van de WCPV is door de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie invulling gegeven aan het basispakket dat elke GGD zou moeten uitvoeren. Dit pakket omvat in ieder geval: bevorderingstaken, medische milieukunde, technische hygiënezorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, infectieziekten en jeugdgezondheidszorg. Binnen de regio Zuid-Holland Zuid worden twee GGD-en in stand gehouden, namelijk de **GGD Zuid-Holland Zuid** en de **GGD Zuid-Hollandse Eilanden**.

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

Het dagelijks bestuur is belast met en bevoegd tot de dagelijkse leiding van de regio. Een van de leden van het dagelijks bestuur heeft de portefeuille Volksgezondheid. Dit lid heeft bilateraal overleg met de directie van de GGD en is tevens voorzitter van het portefeuillehoudersoverleg Volksgezondheid/Welzijn. De 14 gemeenten voeren regelmatig overleg met de GGD Zuid-Holland Zuid. Hiervoor is, naast het portefeuillehoudersoverleg, een ambtelijk overleg ingesteld. In dit overleg wordt geadviseerd ten aanzien van het gevoerde en te voeren beleid in het kader van de Wet Collectieve Preventie en worden nieuwe initiatieven op het gebied van de openbare gezondheidszorg besproken. Het portefeuillehoudersoverleg geeft advies aan het dagelijks bestuur van de Regio Zuid-Holland Zuid. Zij kan hiertoe zelf initiatieven nemen, maar kan tevens geraadpleegd worden. De GGD ZHE voert de Basistaken WCPV uit voor de gemeenten in de Hoeksche Waard. De GGD ZHZ voert deze uit voor de gemeenten in de Drechtsteden, Alblasserwaard en Vijfheerenlanden. Onder het samenwerkingsverband/OL ZHZ worden de taken in het kader van de Regionale Ambulancevoorziening, forensische geneeskunde en GHOR tevens uitgevoerd voor de gemeenten in de Hoeksche Waard.

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

2.1. Taken GGD ZHZ

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

Gewerkt wordt vanuit twee sectoren:

- De sector Volksgezondheid omvat de afdelingen Jeugdgezondheidszorg, Algemene gezondheidszorg, Sociaal medische advisering, Gezondheidsbevordering en Onderzoek en Forensische geneeskunde

⁴ Meerjarenbeleidsplan GGD ZHZ 2002-2006

- De sector Operationele Dienst omvat de afdelingen Regionale Ambulancevoorziening Zuid-Holland Zuid, Opleidingen en Technische en Huishoudelijke Dienst.

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

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

2.1.1 Bevorderingstaken

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

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

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

Gezondheidsvoorlichting en opvoeding is een essentieel onderdeel van preventie. Gelet op de uitkomst van de eerste gezondheidsmonitor is reeds projectmatig ingezet op het BRAVO-concept (Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning). Het is de bedoeling om met het oog op de doelgroep een samenhangend preventieprogramma te ontwikkelen en uit te voeren binnen dit BRAVO-concept (zie bijlage 3). Kernwoorden hierbij zijn intersectorale aanpak, participatie uit de doelgroep en multidisciplinaire samenwerking. Een gezonde leefstijl levert volgens "Volksgezondheid Toekomst Verkenning-97" een substantiële bijdrage aan het terugbrengen van het aantal mensen dat een beroep doet op de gezondheidszorg. Met name geldt dit voor kwetsbare groepen zoals jeugd, ouderen, chronisch zieken, allochtonen en lage sociaal economische groepen. Op dit moment zijn er al diverse projecten waarbij mensen gewezen worden op gezonde voeding, het belang van bewegen (o.a. Fittesten) en stresspreventie.

Behalve deze gerichte preventieactiviteiten wordt **publieksinformatie** geboden middels:

- De Gezondheidswijzer
De Gezondheidswijzer is het informatiecentrum van de GGD. Behalve informatie over gezondheid kan het publiek hier ook terecht voor:
 - informatie over bevolkingsonderzoeken
 - informatie en aanmelding voor het VTO-team (vroegtijdige onderkenning) en GGD-cursussen
 - lesmateriaal over gezondheid voor uitleen/gebruik op scholen
 - GGD- en ander informatiemateriaal.
- Informatiezuilen
Verspreid over de GGD-ZHZ regio staan 21 informatiezuilen. Hierin wordt informatie in foldervorm aangeboden.
- Lokale media
Regelmatig worden GGD-artikelen over preventie aangeleverd aan de media en aan gemeenten voor plaatsing op de gemeentepagina.

- GGD Homepage
Deze homepage biedt de mensen niet alleen informatie over het werk van de GGD ZHZ, over ziekte en gezondheid maar ook over actuele ontwikkelingen (met name de pagina over infectieziekten wordt regelmatig bezocht).

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

2.1.2 Medische milieukunde

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

- Klachtenbehandeling
Het gaat hierbij om de behandeling van medisch-milieukundige vragen en gezondheidsklachten. Twee vragen staan hierbij centraal: of een bepaalde milieuverontreiniging een bedreiging vormt voor de gezondheid en of een geconstateerde gezondheidsschade veroorzaakt kan zijn door milieuverontreiniging
- Behalve over het leefklimaat in huis hebben de meeste vragen o.a. betrekking op asbest, ziekteclusters en bodemverontreiniging. De vragen worden zowel door de bevolking als door de overheid en instellingen gesteld.
- Advisering en voorlichting bij incidenten
Het betreft het adviseren en voorlichten van bevolking, gemeenten en hulpverleners bij milieu-incidenten. Kernbegrippen zijn hierbij risicobeoordeling en risicocommunicatie.
- Collectieve preventie
De GGD ZHZ heeft hier een signalerende en adviserende rol t.a.v. gezondheidsrisico's in relatie tot milieu. Dit uit zich o.a. in het leveren van een bijdrage aan het opstellen van gemeentelijke milieubeleidsplannen (o.a. hoe om te gaan met bodemverontreiniging en de relatie gezondheid en vergunningenbeleid). Zo is de de GGD ZHZ betrokken geweest bij het project Modernisering Instrumentarium Geluidshinderbeleid. Door het wegvallen van de huidige Wet geluidshinder per 2003 dient de gemeente zelf een geluidshinderbeleid te ontwikkelen.
Ook worden door de GGD ZHZ in dit kader bouwplannen voor woningen beoordeeld. Het gaat hierbij zowel om vragen van de bevolking of van gemeenten als om pro-actieve voorlichting. Zo geeft de GGD ZHZ voor wat betreft het binnenmilieu voorlichting over "Gezond Wonen", onder andere met behulp van een mini-expositie en door het geven van groepsvoorlichting aan verenigingen en welzijnsinstellingen.

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

2.1.3 Technische hygiënezorg

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

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

2.1.4 OGGZ/Vangnet & Advisering

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

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

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

De werkzaamheden zijn globaal onder te verdelen in:

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

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

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

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

2.1.5 Infectieziekten

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

Belangrijke werkzaamheden binnen de GGD ZHZ hierbij zijn:

- Het geven van voorlichting
Het gaat hierbij niet alleen om voorlichting om risicogedrag te voorkómen (bijv. bij SOA) maar ook voorlichting om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen vanuit de doelgroep deelnemen aan vaccinatiecampagnes (polio en hepatitis-B). Daarnaast vindt ook voorlichting plaats omtrent de mogelijke gevolgen en risico's van bepaalde infecties (bijv. Meningokokken).

- Het geven van advies
Op het moment dat zich een incident voordoet of dreigt voor te doen geeft de afdeling infectieziekten advies over hoe met het incident of met de dreiging hiervan kan worden omgegaan. Hierbij valt te denken aan het aantreffen van een verhoogde concentratie van de legionellabacterie in een sporthal tot en met de dreiging van bioterrorisme.
- Meldpunt in het kader van de infectieziektenwet.
Volgens deze wet moeten artsen een aantal infectieziekten bij de GGD melden.
- Reizigersadvisering
Mensen die afreizen naar een ver land kunnen bij de GGD ZHZ informatie inwinnen over de vaccinaties die voor dat land nodig of wenselijk zijn. De GGD ZHZ draagt tevens zorg voor het toedienen van deze vaccinaties.

2.1.6 Jeugdgezondheidszorg

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

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

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

De GGD Zuid-Holland Zuid (uitvoerder 4-19 jarigen), stichting Rivas en Opmaat (uitvoerders 0-4 jarigen) hebben over de inhoudelijke afstemming van de zorg voor 0-19 jarigen een overeenkomst gesloten en een gezamenlijk beleidsplan integrale jeugdgezondheidszorg ontwikkeld. Uitgangspunt is dat thuiszorginstellingen de zorg voor de 0 tot 4 jarigen, onder regie van de GGD Zuid-Holland Zuid, voorlopig blijven uitvoeren en in 2006, na een evaluatie, de wijze van uitvoering van de totale jeugdgezondheidszorg wordt geëvalueerd.

Door ondertekening op 4 februari 2002 van de bestuurlijke intentieverklaring jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar is één en ander bekrachtigd. De jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen is opgenomen in de gemeenschappelijke regeling Zuid-Holland Zuid.

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

2.1.7 Plustaken

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

- Het Regionaal Indicatie Orgaan Dordrecht / Zwijndrechtse Waard
- Ambtelijke ondersteuning en beleidsadvisering Regionaal Indicatie Orgaan Alblasserwaard en Vijfheerenlanden
- Logopedie op de basisscholen in Dordrecht

- Forensische geneeskunde
Het gaat hier om medische dienstverlening in opdracht van politie of justitie voor taken die liggen op het grensvlak van gezondheidszorg en rechtspleging (lijkschouwingen, psychiatrische beoordelingen, onderzoek alcohol en drugs, letselrapportages bij geweldsmisdrijven, arrestantenzorg en medische zorg aan gedetineerden van de Penitentiare Inrichting de Dordtse Poorten.
- Medische Opvang Asielzoekers op het gebied van collectief preventieve medische zorg.
- Het verzorgen van allerlei opleidingen op medisch/hulpverlenend gebied aan instellingen en het bedrijfsleven.

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

2.1.8. Regionaal Ambulancevervoer Zuid-Holland Zuid

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.9 Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen

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

de huisartsen. Bij grootschalige hulpverlening werken zij onder de noemer van de GHOR Zuid-Holland Zuid met elkaar samen alsof het één organisatie is.

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

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

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

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

In de afgelopen periode is veel geïnvesteerd in de opbouw van de GHOR-organisatie, het opstellen van procedures, het schrijven van plannen en het inventariseren van mogelijkheden. Nu komt vooral het implementeren en het instandhouden van de parate organisatie aan de orde.

3. INVENTARISATIE BESTAAND BELEID OP REGIONAAL NIVEAU

In dit hoofdstuk zal een inventarisatie gepresenteerd worden van beleid op het gebied van volksgezondheid in de regio. Omdat een aantal ontwikkelingen de verschillende regio-indelingen overlapt, wordt hier het werkgebied van de GGD Zuid-Holland Zuid aangehouden, dus zonder de Hoekse waard. Dit zijn 14 gemeenten in de Drechtsteden en in de Alblasserwaard/Vijfheerenlanden.

Op het gebied van gezondheid wordt in onze regio op verschillende terreinen beleid gevoerd:

3.1.1 Regiovisie Zorg Zuid-Holland Zuid

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Regiovisie Jeugd

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

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

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

De provincie wil de niet-vrijblijvende samenwerking met gemeenten vast leggen in convenants, bij voorkeur op de schaal van samenwerkende regionale verbanden.

3.1.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

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

- het opzetten van een preventieprogramma,
- het maken van een sociale kaart,
- het opzetten van een meldpunt vroegtijdige signalering,
- realiseren van een 24-uurs structuur,
- tegengaan van huiselijk geweld,
- ontwikkelen OGGZ-beleid omtrent de toegang tot en de kwaliteit van zorgverlening aan illegalen,
- bevorderen van de uitstroom uit opvangvoorzieningen,
- verrichten van onderzoek naar de positie van kinderen van kwetsbare groepen en tenslotte
- het verzamelen van informatie ten behoeve van planning en evaluatie.

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

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

3.1.4 Verslavingszorgbeleid

In de regio Zuid-Holland Zuid is de gemeente Dordrecht centrumgemeente voor de ambulante verslavingszorg. In dat kader heeft de gemeente Dordrecht het beleid ten aanzien van verslavingszorgbeleid verwoord in de uit 1994 stammende nota 'Over zorg en over last'.

Er is gekozen voor een zakelijke benadering van het verschijnsel verslaving, waarbij gezondheidsbescherming en normalisering voorop staan en criminalisering tegengegaan wordt.

De belangrijkste doelstellingen zijn:

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

3.1.5 Andere ontwikkelingen

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

Daarnaast is er binnen het Drechtstedenbestuur een Bestuurlijke Commissie Sociaal Beleid gevormd. Deze projectgroep gaat uitvoering geven aan het sociaal programma. In een later stadium worden andere sociale terreinen, zoals volksgezondheid, aan het programma toegevoegd.

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

3.2 Andere beleidsterreinen

In deze paragraaf worden een groot aantal aanpalende beleidsterreinen genoemd die een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Op dit terrein van **integraal ouderenbeleid** wordt voornamelijk gewerkt aan het bevorderen van de participatie, het zelfstandig wonen en de integratie van wonen, zorg en welzijn. Daarnaast neemt met het stijgen der jaren ook het aantal gezondheidsklachten toe, die voor een groot deel toe zijn te schrijven aan een ongezonde leefstijl in voorgaande jaren. Het toenemende aandeel van ouderen in de bevolkingsopbouw levert voor de (nabije)toekomst ook diverse uitdagingen op voor wat betreft de capaciteit van de instellingen, alsmede het ontwikkelen en aanbieden van technologische ondersteuning.

Zoals uit de Gezondheidsmonitor valt af te leiden blijkt dat sommige groepen allochtonen van niet-westerse afkomst een slechtere gezondheid ervaren. Zij beschikken over een groot aantal zogenaamde risicofactoren die een slechte gezondheid tot gevolg kunnen hebben. Over het algemeen richt het **allochtonenbeleid** zich op het bevorderen van de integratie in

de Nederlandse maatschappij, bijvoorbeeld door het nieuw- en oudkomersbeleid en het subsidiëren van zelforganisaties.

Specifieke voorlichting over leefstijl en leefwijzen gericht op bepaalde culturele groepen levert zeer veel gezondheidswinst op.

Het **gehandicaptenbeleid** richt zich op het bevorderen van deelname van mensen met een aandoening of een beperking aan het maatschappelijke leven en het voor handen hebben van goede zorgvoorzieningen. Uit een recent rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau⁶ blijkt dat de integratie van gehandicapten echter slecht verloopt. Zo blijkt het voor deze groep moeilijk om betaald werk te vinden en blijft de toegankelijkheid van het openbaar vervoer en openbare gebouwen nog steeds beneden de maat.

Het lokale **jeugdbeleid** richt zich o.a. op preventie, participatie van jongeren in besluitvormingsprocessen, sluitende informatie, netwerken en toezien op voldoende voorzieningen voor jongeren. De hoofddoelstelling van het jeugdbeleid is om een continue, optimale ontwikkeling van jongeren te bewerkstelligen, zodanig dat het bijdraagt aan de psychische gezondheid van jongeren.

Over het algemeen kan gesteld worden dat er gezondheidswinst te behalen is onder jongeren vanwege hun vaak risicovolle leefstijl (veel alcohol, drugs, ongezonde voeding, weinig bewegen, etc).

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

Op het gebied van **openbare orde en veiligheid** moet de gemeente bekend zijn met alle gevaren en risico's die de burger loopt in zijn of haar omgeving. Hiervoor is het nodig dat gemeenten, brandweer, politie en GGD een integrale inventarisatie van risico's hebben. Daarnaast kunnen gemeenten gevoelens van onveiligheid wegnemen, door bijvoorbeeld straten beter te verlichten, bestrijden van zwerfvuil en door te investeren in het opknappen van bepaalde wijken. Weerbaarheid van jongeren kan vergroot worden door projecten zoals bijvoorbeeld het samenwerkingsproject Veilig op Straat.

Ook op het terrein van de **sociale veiligheid** kan veel gedaan worden, zoals het bestrijden van huiselijk geweld.

Bij het ontwikkelen van nieuwe stedenbouwkundige plannen zou het goed zijn om in het kader van **Ruimtelijke Ordening, Volkshuisvesting en Milieu** rekening te houden met de effecten van deze plannen op de gezondheid van de mensen die er gaan wonen, werken of recreëren. Er zijn landelijk diverse methodieken in ontwikkeling om stedenbouwkundige plannen op gezondheidseffecten te screenen.

Gemeenten kunnen verschillende verkeerstechnische maatregelen nemen om de verkeersveiligheid in de gemeente te bevorderen. Te denken valt bijvoorbeeld aan het aanleggen van rotondes en het creëren van 30 kilometerzones.

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

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

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

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

(Vrijwilligers)werk heeft een positief effect op individu en maatschappij. Werk biedt structuur aan het leven en draagt bij aan het ontwikkelen van een positief zelfbeeld. **Sociale activering** blijkt steeds meer een beleidsinstrument te worden om langdurig uitkeringsgerechtigden te activeren, zodanig dat deze mensen weer gaan participeren in de maatschappij.

Gemeenten hebben de mogelijkheid om een eigen **inkomensbeleid** te voeren. Hierdoor kan de financiële positie van individuen of groepen mensen verbeteren. De Algemene Bijstandswet en de Gemeentewet bieden deze mogelijkheden. Gedacht kan worden aan financiële tegemoetkomingen en kortingen op allerlei voorzieningen en activiteiten en kwijtschelding van lokale lasten.

Een aantal gemeenten in de Regio Zuid-Holland Zuid gaan steeds meer wijkgericht werken door middel van het zogenaamde **wijk- en buurtbeheer**. De medewerkers van het wijk- en buurtbeheer hebben vaak een goed beeld van de sociale problematiek in een buurt of wijk. Activiteiten zijn er vaak op gericht om de sociale cohesie te bevorderen.

Het **grootstedenbeleid** is het beleid van het Rijk om op integrale en resultaatgerichte wijze de problemen van de grote steden op het gebied van onder meer veiligheid, leefbaarheid, werkgelegenheid, onderwijs en zorg op dezelfde manier aan te pakken.

De GSB-prioriteiten van de Drechtstedengemeenten zijn om een aanpak te ontwerpen voor de volgende gezondheidsgerelateerde onderwerpen:

1. Het regionale sociale beleid
2. Niemand van school af zonder diploma en het Leerpark
3. Bereikbaarheid en mobiliteit met bijzonder aandacht voor externe veiligheid (goederenvervoer).

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

Lokaal gezondheidsbeleid is in wezen niets anders dan beleid door afstemming en sturing vanuit het belang van de gezondheid van de inwoners.

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

3.3 Intersectorale samenwerking

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

Onder intersectorale samenwerking wordt verstaan de projectmatige samenwerking tussen instellingen en organisaties uit verschillende sectoren, met als doel onder meer het oplossen van gezondheidsproblemen.

De deelnemende organisaties hoeven niet persé belang te hebben bij het oplossen van gezondheidsproblemen, maar kunnen, ieder voor zich, hun eigen belang hebben. De gedachte achter deze samenwerking is dat gezondheid op veel manieren wordt bevorderd en bedreigd. Problemen hebben vaak een eigen dynamiek. Het tempo waarop problemen zich ontwikkelen en de terreinen waarop die zich manifesteren zijn steeds wisselend van aard.

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

Jeugdpreventieteam (JPT) en het Platform Jeugdpreventie

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

Integrale veiligheid en project huiselijk geweld

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

De coördinatie van de hulpverlening van het regionaal project wordt door twee functionarissen verricht te weten een functionaris in dienst van de politie en een functionaris

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

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

in dienst van de GGD ZHZ. Beiden zorgen voor een optimale afstemming tussen justitie en hulpverlening.
Iedere gemeente in deze regio is verantwoordelijk voor het opzetten van een lokaal netwerk.

Het technologisch oefencentrum

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

Gezondheidsbevordering voor ouderen

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

3.4 Toegankelijkheid Eerste Lijn

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

Het **huisartsentekort** in de regio komt nadrukkelijker naar voren. Volgens de District Huisartsenvereniging (DHV) is er in veel plaatsen een dreigend tekort aan huisartsen. Zo blijkt uit een enquête, uitgevoerd door bureau Obeleon, dat bij bepaalde huisartsengroepen (HAGRO's) de komende jaren 50% van de artsen zal uitstromen.

Om deze problematiek te bestrijden wordt een aantal acties ondernomen, bijvoorbeeld het vormen van HOEDconstructies en het oprichten van huisartsenposten. HOED staat voor

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

Huisartsen Onder Eén Dak. Voor de vorming van deze constructie is de medewerking van verschillende partijen noodzakelijk.

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

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

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

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

4. GEZONDHEIDSMONITOR

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

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

4.1 De gezondheid in Zuid-Holland Zuid

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

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

4.2 Drie groepen inwoners

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

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

Dan blijkt dat er drie groepen inwoners te onderscheiden zijn:

- de gezonde hogere en middenklassen,
- de ongezonde lagere middenklasse,
- de zeer ongezonde laagste sociaal-economische klasse.

4.3 Jongeren

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

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

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

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

4.4 Kwetsbare groepen en gezondheidsverschillen in Zuid-Holland Zuid

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

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

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

Het is reeds lang duidelijk dat sommige groepen **allochtonen** van niet-westerse afkomst gemiddeld een slechtere gezondheid ervaren. Dit is enerzijds cultureel bepaald, anderzijds zijn risicofactoren zoals lage of geen opleiding, laag inkomen, ongunstig arbeidsverleden, uitkeringsafhankelijkheid en werkloosheid in deze groep oververtegenwoordigd. Beschikbare gegevens tonen aan dat het gezondheidsgedrag van allochtonen in sommige gevallen gunstiger (t.a.v. vette voeding, alcoholgebruik, roken) en in andere gevallen ongunstiger (t.a.v. lichamelijke activiteit, druggebruik, condoomgebruik) is dan onder de autochtone populatie (Tijd voor gezond gedrag, RIVM).

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

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

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

4.5 Gezondheidsmonitor Papendrecht

Figuur 1 bevolkingspiramide
(%) Papendrecht

De bevolkingspiramide van Papendrecht toont een klassiek patroon voor de leeftijdsgroepen vanaf 50 jaar: langzaam versmallend tot in de oudere leeftijdsgroepen. De basis in de leeftijdsgroep van 0-24 jaar is echter plotseling erg smal, hetgeen aan de bevolkingsopbouw een topzwaar aanzien verleent.

Het valt op dat er wat meer 25 tot 54-jarige mannen dan vrouwen in de gemeente wonen, verklaarbaar door leeftijdsgebonden immigratie en werkgelegenheid. Vanaf het 70-e levensjaar begint het numerieke overwicht aan vrouwen duidelijk te worden - dit is een rechtstreekse weerslag van de circa 5 jaren hogere levensverwachting van vrouwen.

Uit de piramide valt af te leiden dat vanaf omstreeks 2010 het aantal 65-plussers drastisch en langdurig zal toenemen van bijna 13% nu tot boven 17% rond 2020. Verdere vergrijzing tot een aandeel van meer dan 20% van de bevolking boven 65 jaar dient te worden ingecalculeerd: de op afzienbare tijd ouder wordende bevolking is nu nog in de productieve leeftijdsgroep van 25-55 jaar. Demografisch gezien is onafwendbaar een soort "stoomwals-effect" in aankomst. Alleen al door deze demografische verschuivingen zal de zorgomvang jaarlijks met minstens 1% gaan toenemen.

Het onderste deel van de piramide vormt een opvallend smalle basis: nu al is er sprake van "ontgroening"; straks van een (te) bescheiden aanbod op de arbeidsmarkt. De vier jongste geboortecohorten (0 tot 24 jaar) zijn relatief smal en nagenoeg gelijk van omvang. Van de 20-24 jarigen vertrekken er een aantal uit de gemeente, waarschijnlijk door migratie wegens werk, studie of huwelijk. Het bevolkingssegment 0-24 jaar zijn degenen die straks premies voor o.a. AOW en pensioenen moeten opbrengen voor de komende golf ouderen. Ook het beroep op deze nu nog jonge, relatief kleine groep als mantelzorger voor de straks ouderen zal onder sterke druk komen te staan.

Tabel 1 demografisch profiel

| kenmerk | Papendrecht | regio Zuid-Holland Zuid | Nederland |
|--|-------------|-------------------------|-----------|
| demografische druk | 58,8 | 65,8 | 61,2 |
| 65-plussers (%) (1-1-2000) | 12,7 | 13,6 | 13,6 |
| eenoudergezinnen (%) (1-1-1999) | 7,5 | 9,2 | 10,7 |
| allochtonen (%) (1-1-2000) | 12,8 | 15,6 | 17,5 |
| werklozen (% van de 15 t/m 64 jarigen) (1-1-2000) | 2,7 | 3,6 | 4,6 |
| uitkeringsgerechtigden van de Sociale Dienst (% van de 15-plussers) (1-1-2000) | 1,9 | 3,0 | 3,9 |

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

Tabel 2 gezondheidsprofiel

| kenmerk | Papendrecht | regio Zuid-Holland Zuid | Nederland |
|--|-------------|-------------------------|-----------|
| gezondheid (rapportcijfer) | 7,3 | 7,3 | - |
| gezondheidsbeleving (score) | 65 | 64 | - |
| waardering eigen gezondheid (% onvoldoende) | 8 | 9 | - |
| ontwikkeling vd gezondheid (% achteruitgang) | 14 | 15 | - |
| ervaren gezondheid (voegscore) | 5,1 | 5,4 | 3,7 |
| vitaliteit (score) | 65 | 64 | - |
| mentale gezondheid (score) | 78 | 76 | 75 |
| angstgevoelens (% vaak) | 3 | 4 | - |
| eenzaamheidsgevoelens (% vaak) | 7 | 9 | - |
| fysieke functioneren (score) | 86 | 84 | - |
| aandoeningen of ziekten: | | | |
| cara (%) | 10 | 10 | 9 |
| artrose (%) | 15 | 18 | 8 |
| reuma (%) | 6 | 6 | 3 |
| suikerziekte (%) | 3 | 4 | 2 |

Tabel 3 gezondheidszorgprofiel

| kenmerk | Papendrecht | regio Zuid-Holland Zuid | Nederland |
|---|-------------|-------------------------|-----------|
| zelfmedicatie (% gebruik) | 16 | 16 | - |
| slaapmiddelen (% gebruik) | 5 | 4 | - |
| kalmeringsmiddelen (% gebruik) | 4 | 5 | - |
| huisarts (% bezoek) | 81 | 80 | 75 |
| maatschappelijk werk (% bezoek) | 7 | 7 | - |
| pastorale hulp e.d. (% bezoek) | 3 | 4 | - |
| geestelijke gezondheidszorg (% bezoek) | 3 | 4 | - |
| alternatieve geneeswijzen of behandelaars (% bezoek) | 6 | 8 | 7 |
| deelname bevolkingsonderzoek borstkanker (vrouwen) (%) | 79 | 80 | - |
| deelname bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (vrouwen) (%) | 67 | 69 | - |

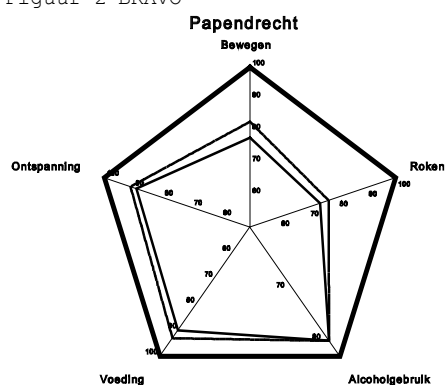
Tabel 4 leefstijl

| kenmerk | Papendrecht | regio Zuid-Holland Zuid | Nederland |
|--|-------------|-------------------------|-----------|
| gezonde leefstijl (% niet gezond) | 4 | 5 | - |
| gezonde eetstijl (% niet gezond) | 5 | 5 | - |
| ongezonde eetgewoonte (% met 1-4 ongezonde eetgewoonten) | 25 | 27 | - |
| matig overgewicht (BMI) (%) | 35 | 37 | - |
| ernstig overgewicht (BMI) (%) | 7 | 10 | 9 |
| inactieven (%) | 17 | 22 | 33 |
| rokers (%) | 23 | 26 | 35 |
| zware rokers (%) | 7 | 7 | 12 |
| drinkers (%) | 72 | 69 | 85 |
| zware drinkers (%) | 6 | 6 | 14 |
| blowers (%) | 3 | 2 | - |

Tabel 5 woonomgeving

| kenmerk | Papendrecht | regio Zuid-Holland Zuid | Nederland |
|---|-------------|-------------------------|-----------|
| woning (rapportcijfer) | 8,2 | 8,1 | - |
| woonomgeving (rapportcijfer) | 7,8 | 7,7 | - |
| veiligheid (rapportcijfer) | 7,5 | 7,4 | - |
| leefbaarheid (rapportcijfer) | 7,8 | 7,7 | - |
| kwaliteit buitenlucht (rapportcijfer) | 7,2 | 7,3 | - |
| last van luchtverontreiniging (% regelmatig/vaak) | 4 | 8 | - |
| klachten aan luchtwegen (% regelmatig/vaak) | 4 | 6 | - |

Figuur 2 BRAVO



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

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

4.6 Samenvatting

Belangrijkste conclusie is dat de geconstateerde gezondheidsverschillen niet herleidbaar zijn tot geografische verschillen. Papendrecht wijkt wat dat betreft niet af van de regio. Deze constatering is van belang voor de aanpak van deze gezondheidsverschillen en sluit aan bij

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 HOE GAAT DE GEMEENTE PAPENDRECHT UITVOERING GEVEN AAN HAAR BELEID?

Zoals hiervoor is aangegeven is gekozen voor een regionale insteek. Dit sluit ook aan bij de uitkomsten van de eerder dit jaar gehouden informatiebijeenkomsten voor raadsleden. De door de Papendrechtse raadsleden aangegeven prioriteiten en problemen sloten voor het grootste gedeelte aan bij die van de andere gemeenten. Veel problemen zullen dan ook regionaal worden opgepakt. Uiteraard zijn hierbij wel lokale en of subregionale accenten en zal de uitvoering toegespitst moeten zijn op de lokale situatie.

Missie

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

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

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

1. de in de WCPV opgenomen gemeentelijke taken;
2. de gezondheidsmonitor Zuid-Holland Zuid 2000;
3. de door de raadsleden uitgezette richtingen tijdens (en naar aanleiding van) de informatiebijeenkomsten voor raadsleden;
4. de door het RPCP aangedragen prioriteiten van de zorgvragers (lokale participanten, belanghebbenden, adviesraden, etc. zullen bij de verdere concretisering/uitvoering worden betrokken);
5. en uiteraard het collegeprogramma "Impulsen voor een nieuw beleid" en de eerder vastgestelde Welzijnsvisie

De WCPV is de basis om voor de wettelijke taken de gemeenschappelijke deler(s) te definiëren en zo mogelijk tot regionale beleids- en uitvoeringsafspraken te komen. Dit zou mogelijk kunnen leiden tot een productenhandboek van de GGD Zuid-Holland Zuid, waarin de (regionaal/lokaal) af te nemen producten beschreven zijn.

Verder lijkt het op dit moment haalbaar om op grond van de gezondheidsmonitor en de door de raadsleden uitgezette richtingen voor de thema's "leefstijl, met name gericht op jeugd", "sportbevordering", "toegankelijkheid van voorzieningen", "zo lang mogelijk zelfstandig wonen", "vestiging huisartsen" en "de aanwezigheid van een complete en actuele sociale kaart" een gezamenlijk, regionaal ingestoken, traject te kiezen. De laatste vier onderwerpen sluiten tevens aan bij de door het RPCP aangedragen prioriteiten van de zorgvragers.

Voor wat betreft het collegeprogramma sluiten de in dat programma genoemde aandachtspunten en doelgroepen (bevorderen gezond gedrag, jeugd en ouderen) naadloos aan bij de conclusies van deze nota.

In de welzijnsvisie is een belangrijk aspect, het voorkomen van sociale uitsluiting. Dit krijgt nog meer betekenis als we beseffen dat die groepen waarvoor sociale uitsluiting dreigt ook de kwetsbare groepen zijn voor wat betreft de volksgezondheid.

Visie

Wil gezondheidsbevordering succesvol zijn dan moet met een aantal elementen rekening gehouden worden. Zo is participatie van de bevolking belangrijk. Doordat mensen meedenken en meehelpen aan het beleid en de uitvoering is er meer kans van slagen dat mensen werkelijk hun leefstijl aanpassen. Daarnaast is het feit dat men meedenkt en meehelpt op zich al positief (participatie is dan naast middel ook doel).

In dit kader geldt voor Papendrecht ook nog de aansluiting met het wijkgericht werken. Uit onderzoek blijkt dat een aantal succesfactoren te formuleren zijn bij het toepassen van een wijkgerichte aanpak:

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

Daarnaast moet er sprake zijn van intersectorale samenwerking. Dit betekent dat er niet alleen een goede afstemming en samenwerking moet zijn met andere beleidsterreinen binnen de gemeente (bijv. jeugd en sport) maar dat er ook afstemming en samenwerking moet plaatsvinden met andere organen die verantwoordelijkheden hebben op het terrein van de volksgezondheid (bijvoorbeeld het zorgkantoor dat belast is met de AWBZ). Een samenhang tussen de collectieve preventie (gemeenten), de geneeskunde (cure) en de zorg (care) is van groot belang. Ingrijpen in de leefstijlen van burgers zal bij een goede afstemming de meeste kans van slagen hebben.

Toetsing

Het toetsen op behaalde gezondheidswinst is wellicht voor een eerste nota te hoog gegrepen. Wel kan men kiezen voor een globale toetsing door bijvoorbeeld de gegevens die de GGD periodiek verzamelt in de Gezondheidsmonitor over een bepaalde periode te vergelijken. Daarnaast valt te denken aan evaluatieve gesprekken met alle betrokken partijen. Dit zal voor deze eerste nota meer informatie geven dan effectmetingen. Zo kan men nagaan of de, op basis van de in deze nota vastgestelde ambities (doelgroepen/gezondheidsproblemen), concrete projectplannen zijn gerealiseerd en wat de ervaringen zijn van de betrokken partijen (kwalitatieve inschattingen van de resultaten).

Eerder Gelet op de regionale insteek en de rol van de GGD zal het lokaal gezondheidsbeleid twee keer per jaar geagendeerd worden op zowel het ambtelijk- als het portefeuillehoudersoverleg.

5.1.1 Basistaken

Ambitie:

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

Doelstelling:

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

Toelichting:

De taken die de WCPV aan de gemeente opdraagt zijn te onderscheiden in bevorderingstaken (artikel 2) en uitvoeringstaken (artikel 3 en 3a). Bij de bevorderingstaken kan met name gedacht worden aan preventieactiviteiten en bij de uitvoeringstaken aan zaken als infectieziekten bestrijding en jeugdgezondheidszorg. Voor een nadere omschrijving wordt verwezen naar hoofdstuk 2.

Doordat de WCPV de verantwoordelijkheid legt bij de gemeenten en de uitvoering bij de GGD zal er sprake moeten zijn van een duidelijke aansturing. Voor een aantal taken is dat op dit moment vastgelegd (ten aanzien van de OGGZ en de JGZ hebben gemeenten in Zuid-Holland Zuid een convenant betreffende de werkwijze (mede)ondertekend). Voor de overige taken vindt aansturing plaats via jaarplanning, begroting en rekening. Om de aansturing te verbeteren en als gemeente meer zicht te hebben op de uitvoering van deze taken en de eventuele keuzes die gemeenten hierin kunnen maken verdient het aanbeveling om alle taken die de GGD op grond van de WCPV verzorgt en de aansturing hiervan vast te leggen. Deze ambitie is er dan ook op gericht dat gemeenten (regionale samenwerking is hier vereist) ten behoeve van de basistaken infectieziektebestrijding, medische milieutaken, technische hygiënezorg en bevorderingstaken de komende jaren aangeven hoe zij deze basistaken wenst aan te sturen.

Plan van aanpak:

Discussie en beschrijving infectieziektebestrijding en bevorderingstaken in 2003 en 2004, vaststelling eind 2004. Discussie en beschrijving medische milieutaken in 2005, vaststelling eind 2005.

Discussie en beschrijving technische hygiënezorg in 2006, vaststelling eind 2006.

5.1.2 Zo lang mogelijk zelfstandig wonen

Ambitie:

Het vanuit gezondheidsbeleid leveren van een bijdrage om woongebieden zodanig in te laten richten dat het voor iedereen mogelijk is daar te blijven wonen, ook indien de levensomstandigheden zich wijzigen.

Doelgroep:

In principe alle inwoners van de gemeente, maar specifiek voor inwoners boven de 55 jaar alsmede mensen met een (functie)beperking.

Doelstelling lange termijn:

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

Toelichting:

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

Om kwetsbare groepen in de eigen omgeving te laten wonen is het van belang dat Papendrecht een visie ontwikkelt op levensloopbestendige zones of leefbare kernen. Onderzoek van het Zorgberaad bij de 14 gemeenten in ZHZ wees uit dat gemeenten in volgorde van belangrijkheid noemen:

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

Gelet op de vergrijzing binnen Papendrecht (zie o.a. de in hoofdstuk 4.5 weergegeven bevolkingspiramide) verdient dit onderwerp grote aandacht. Op dit moment wordt in samenwerking met Stolpehove gewerkt aan een dergelijke visie. De ontwikkelingen bij de Kleine Waal kunnen hierbij gezien worden als start.

Plan van aanpak:

Duidelijk is dat vele beleidsterreinen hierbij betrokken zijn. Hierbij valt te denken aan het ouderenbeleid, volkshuisvestingsbeleid maar ook het rijksbeleid voor wat betreft de AWBZ (verpleging en verzorging). Het gaat in feite om de afstemming wonen – zorg – welzijn. Het onderdeel volksgezondheid heeft hierbij geen trekkende rol, maar een slechte afstemming van deze drie onderdelen heeft wel verstrekende gevolgen voor de volksgezondheid van deze steeds groter wordende doelgroep. De ambtenaren Volksgezondheid en Welzijn leveren dan ook samen met de GGD een bijdrage vanuit de invalshoek gezondheid. Er wordt gebruik gemaakt van de onderzoeken en nota's van de Provincie ZHZ en van de regionale beleidsvisie op Wonen, zorg en welzijn van het Zorgberaad ZHZ. Laatstgenoemde instelling heeft een Vernieuwingsbrigade ingesteld die ondersteuning biedt op het gebied van procesondersteuning, concrete en inhoudelijke informatie en technische informatie.

Getracht zal worden samen met alle betrokkenen op regionaal niveau integrale beleidsuitgangspunten vast te stellen op basis waarvan processen kunnen starten, gericht op realisatie van de doelen en ambitie zodat in 2006 tot zichtbare producten kan worden gekomen. Deze producten zullen dan een lokale weerslag moeten hebben. Zoals hiervoor al is aangegeven vindt er op dit moment voor wat betreft Papendrecht met betrekking tot het onderdeel zorg al overleg met Stolpehove plaats. Voor de welzijnscomponent speelt de Stichting Welzijn Ouderen Papendrecht een belangrijke rol en uiteraard is de Raad van Advies voor het Ouderenbeleid Papendrecht een belangrijke gesprekspartner voor de ontwikkeling en verdere concretisering van beleid op dit terrein.

5.1.3 Sociale kaart

Ambitie:

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

Doelgroep:

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

Doelstelling lange termijn:

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

Doelstelling korte termijn:

Belang van sociale kaart is onderkend en er is gekomen tot een afspraak over de plaats waar de sociale kaart wordt gemaakt én onderhouden alsmede over de financiering daarvan.

Het profiel van de sociale kaart (wie en wat wordt in de kaart vermeld) is gezamenlijk bepaald. Een planning van realisatie van de sociale kaart is beschikbaar.

Toelichting:

De gebruiker kan burger en/of voorziening zijn (netwerken, doorverwijzen).

Plan van aanpak:

Deze ambitie zal regionaal aangepakt worden. Hierbij valt te denken aan het leggen van een relatie met (digitale)gemeentegids, websites en zorgloket-info. Daarnaast zal een werkgroep ingesteld worden die een voorstel maakt tot het realiseren van een sociale kaart m.b.t. preventie in relatie tot volksgezondheid en de mogelijkheden onderzoekt voor verbreding van de kaart naar preventie (en ook laagdrempelige hulpverlening) in het algemeen. Dit moet uiteindelijk leiden tot bestuurlijke besluitvorming. Participatie van gebruikers om te komen tot maximale bereikbaarheid en gebruiksgemak van de kaart staat uiteraard voorop.

Partijen:

Zorgkantoor, gemeenten, provincie ZH, regio Zuid-Holland Zuid, Zorgberaad, de in het profiel van de kaart passende voorzieningen, gebruikers.

Evaluatie:

Volledigheid, actualiteit, beschikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van de kaart.

5.1.4 Leefstijl jeugd

Ambitie:

Het bevorderen van een gezonde leefstijl en het verminderen van risicogedrag bij jongeren.

Doelgroep:

Jeugdigen en hun omgeving.

Doelstelling:

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

Toelichting:

Er is een toenemend aantal jongeren dat op steeds jongere leeftijd ongezond gedrag vertoont. Met name jongeren uit bepaalde sociale groepen combineren verschillende risicovolle leefstijlen en weten dit langdurig vol te houden. Te denken valt hierbij bijvoorbeeld aan de combinatie van overmatig alcoholgebruik, roken, pillen slikken, ongezonde voeding, onveilig rijden en onveilig in het verkeer.

Veel jongeren in deze regio hebben slechte eetgewoonten en één op de vijf jongeren is te zwaar.

Plan van aanpak:

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

Daarnaast is een integrale aanpak nodig. Alle mogelijke instanties (scholen, verenigingen, sportclubs, cultuur) zullen met elkaar moeten samenwerken om jongeren in zoveel mogelijk settings en omstandigheden eenduidig aan te spreken en te zorgen dat gezonde keuzes ook gemakkelijke keuzes worden.

In een regionale aanpak is de school vaak het juiste vertrekpunt, terwijl vanuit de lokale aanpak de vrijetijdsbesteding het vertrekpunt kan zijn.

Voor Papendrecht kunnen, gelet op de regiofunctie voor wat betreft het voortgezet onderwijs, projecten gericht op de scholen voor voortgezet onderwijs kansen bieden om het gedrag te beïnvloeden.

Verder vindt er op dit moment in regionaal verband overleg plaats met het Boumanhuis voor wat betreft een invulling van de preventie op het terrein van verslavingszorg.

Tot slot bieden binnen Papendrecht ook de ontwikkelingen op het terrein van de breedtesport mogelijkheden.

Partijen:

Scholen, verenigingen, verenigingsraad, gemeente, de Jeugdraad, GGD Zuid-Holland Zuid en Bouman Verslavingszorg, gezondheidszorg.

Evaluatie:

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

5.1.5 Bewegingsstimulering en sportbevordering ¹¹

Ambitie

Vergroten van de gezondheid door sport en beweging.

Doelgroep

Alle inwoners van de gemeente, maar accenten worden gelegd op de jeugd.

Doelstelling termijn

Een breed publiek ziet het belang van gezond bewegen en een actieve leefstijl in.

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

Toelichting

Sport en beweging hebben een positieve invloed op de gezondheid, de fitheid en het welbevinden van mensen. Door sport en beweging kunnen ziekten worden voorkomen, kan het herstel van ziekten worden versneld en de reïntegratie van mensen in de samenleving worden bevorderd.

De praktijk leert dat de gezondheidswinst van sport en beweging onvoldoende wordt benut.

Plan van aanpak

Op het terrein van sport is op dit moment in Papendrecht veel in beweging. De subsidie aanvraag in het kader van de breedtesport, herbezinning sportaccommodaties, participatie en verenigingsondersteuning, sportstimulering (hierbij valt o.a. te denken aan de buurtsportactiviteiten) etc. In dit kader kan ook nog het speelplaatsenbeleid worden genomen voor wat betreft de ruimten voor ongeorganiseerde sport. Acties om vanuit het oogpunt van volksgezondheidsbeleid op laagdrempelige wijze sportdeelname te bevorderen moeten onderdeel uitmaken van deze ontwikkelingen. De in het collegeprogramma opgenomen ambitie dat in 2006 5 % meer inwoners aan sport en bewegen doen wordt door deze nota volledig onderschreven.

In regionaal verband kunnen ook voorbeelden zoals voorlichting aan risicogroepen, het promoten van fiets- en wandelroutes, sportpassen, sportkennismakingstrajecten en het plaatsen van meer fietsenstallingen onderzocht en uitgewerkt worden.

Ook hier komen combinaties van beleidsterreinen aan de orde. Gelet op de winst die te halen valt bij de jeugd is de combinatie met het onderwijs een belangrijke. Zo wordt op dit moment al een plan uitgewerkt om op een van de scholen na schooltijd gymnastieklessen te laten verzorgen met ondersteuning van sportverenigingen. Dit past ook in de ontwikkelingen m.b.t. de brede schoolgedachte. Ook wordt gedacht aan sportkennismakingstrajecten op de scholen (kies voor hart en sport) en voor extra bewegingsaandacht voor kinderen met een motorische achterstand.

Dergelijke combinaties worden thans ook voorbereid op het terrein van de ouderenzorg, onderwijs en de gehandicapten sport.

Partijen

Gemeenten, GGD, sportclubs, verenigingsraden, gehandicaptenplatform, ouderenbonden, intermediairen, allochtonen, scholen.

Evaluatie

Toename van sport- en bewegingsactiviteiten.

5.1.6 Toegankelijkheid eerste lijn

Ambitie:

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

Doelgroep:

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

Doelstelling korte en lange termijn:

Vanuit gezondheidsperspectief een gezamenlijke modus zien te vinden zodat het niveau van de eerste lijn op peil blijft.

Toelichting:

In toenemende mate doen zich problemen voor wat betreft de beschikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen in de eerste lijn. Daarbij kan gedacht worden aan de aanwezigheid van voldoende huisartsen, tandartsen en verloskundigen. Ontwikkelingen in deze beroepsgroep (scheiding wonen/werken, parttime werk, voorkeuren voor standplaatsen, invulling taak huisarts, samenwerking onder één dak) geven aanleiding om gerichte actie te ondernemen om er voor te zorgen dat niveau van deze zorg op peil blijft.

Daarnaast laat de fysieke toegankelijkheid te wensen over. Veel apotheken, tandartsen, huisartsen en verloskundigen zijn voor mensen in een rolstoel niet toegankelijk, er is geen informatiemateriaal voor mensen die blind of slechtziend zijn en er zijn geen voorzieningen voor doven en slechthorenden.

Voor Papendrecht zijn er op dit moment geen problemen. In principe heeft iedere inwoner de beschikking over huisartsenzorg (soms niet gelijk als vaste patiënt). Gelet op de leeftijd van de huisartsen, maar ook gelet op de vergrijzing in Papendrecht, zijn over enige tijd wel problemen te verwachten. Dit betekent dat er nu actie moet worden ondernomen om te voorkomen dat op niet al te lange termijn ook Papendrechtse inwoners geconfronteerd worden met een tekort aan huisartsen. Op dit moment vindt er al een nauw overleg plaats tussen de huisartsen, de woningstichting en de gemeente en zijn er concrete plannen om te starten met een samenwerkingsvorm. Hierbij kan nog wel opgemerkt worden dat de gemeente hier een ondersteunende rol heeft. De beroepsgroepen zelf zullen hierbij de nodige initiatieven moeten nemen.

Plan van aanpak:

Op regionaal niveau een inventarisatie van huidige ondersteuning aan huisartsen, tandartsen en verloskundigen door GGD Zuid-Holland Zuid (praktijkauto's, forensische geneeskunde, opleiding verpleegkundigen). Het inventariseren van wensen en ideeën zowel bij beroepsgroepen als bij patiënten. Komen tot een gezamenlijk plan van aanpak, alsmede adviezen bij locaties en planvorming

Zoals hiervoor al is opgemerkt zijn in Papendrecht al wat concretere acties ondernomen. Verder uitwerking hiervan en uitbreiding tot mogelijk meerdere samenwerkingsvormen (meerdere locaties) hebben de aandacht. De gemeentelijke rol in deze is een ondersteunende en mogelijk faciliterend als het gaat om huisvesting.

Partijen

Eerstelijnsvoorzieningen, zorgvragersorganisaties, zorgverzekeraars, gemeenten.

Evaluatie:

Inzicht in de huidige situatie en in die van de komende vijf jaar. Het bijstellen van het gezamenlijk plan van aanpak. Meer fysiek toegankelijke eerstelijnsinstellingen.

5.2 Conclusies

De eerste conclusie die getrokken kan worden is dat deze nota voor een kadernota eigenlijk veel te lang is geworden. Gelet echter op het feit dat dit de eerste nota Lokaal Gezondheidsbeleid is alsmede het regionale karakter van deze nota, is er toch voor gekozen om deze nota een groot informatief gehalte mee te geven. Volksgezondheid heeft tot nu toe altijd wat op de achtergrond gestaan en werd beschouwd als iets wat binnen het medische circuit thuishoort. In deze nota is, naast het geven van informatie, getracht de verantwoordelijkheid van de gemeente duidelijk te maken. Concrete plannen heeft u in deze nota niet echt aangetroffen. Wel zijn door vaststelling van deze nota de doelgroepen en de daaraan gerelateerde problemen in relatie tot gezondheid, in beeld gebracht en zijn hierin keuzes gemaakt (o.a. leefstijl jongeren, zelfstandig wonen ouderen, toegankelijkheid eerste lijnszorg, sport). Projectplannen gericht op de gezondheidsbevordering van de doelgroepen zoals in deze nota omschreven zullen vanaf nu gemaakt worden. Zoals in deze nota ook is

duidelijk geworden gebeurt er op dit terrein al heel veel. Er wordt niet gestart vanuit een 0 situatie. Naast de basis voor nieuwe projectplannen is deze nota ook bedoeld om overzicht te krijgen van de activiteiten en relaties met andere beleidsterreinen. Vanuit regionaal perspectief is dan ook aangegeven dat op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid de diverse gemeenten in de regio Zuid-Holland Zuid binnen verschillende facetten actief zijn, maar het dikwijls ontbreekt aan een integrale aanpak.

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

Voor het gezondheidsbeleid zijn diverse maatschappelijke en demografische ontwikkelingen van belang. Zo levert de dubbele vergrijzing een grote bijdrage aan de toename van het aantal chronisch zieken; vraagt de multiculturalisering om aanpassing van het aanbod van de welzijn- en gezondheidsinstellingen; en betekent de sociaal-economische tweedeling dat we onze specifieke aandacht moeten richten op het gebied van kansen aan risicogroepen. Een belangrijke ontwikkeling is de regierol die de gemeente toebedeeld krijgt op de diverse terreinen die een relatie hebben met haar burgers. Papendrecht kan bij het uitoefenen van al die taken gebruik maken van de kennis en expertise van vele instellingen. Zoals al is aangegeven zullen bij de verdere uitwerking van de nota de lokale belanghebbenden betrokken worden. In het kader van die regierol is het van belang jaarlijks te rapporteren aan de gemeenteraad.

Voor wat betreft de financiën is er voor gekozen in deze nota geen claim te leggen voor extra gelden in de begroting 2004. Wel zal er voldoende tijd vrijgemaakt moeten worden voor de ontwikkeling van concrete plannen. Pas op basis van deze plannen zullen de financiële gevolgen in kaart worden gebracht. Wel zal actief getracht worden geldstromen binnen andere beleidsterreinen zo optimaal mogelijk, gezien vanuit het perspectief van volksgezondheid, in te zetten. Hierbij valt te denken aan sport (subsidie breedtesport), regionale gelden voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg, gelden JGZ, etc.

Met het verschijnen van deze nota en door de uitwerking van de gestelde ambities en streefdoelen in plannen, realiseert de gemeente de doelstelling van lokaal gezondheidsbeleid en voldoet zij aan de vereisten die de WCPV stelt. Vervolgstappen zijn nu de ontwikkeling van concrete projectplannen en uiteindelijk in 2006 evaluatie van deze nota en ontwikkeling van de volgende nota (moet in 2007 gereed zijn).

AFKORTINGEN

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

BIJLAGE 1

Wettelijk kader op het terrein van gezondheid

Grondwet

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

'Gemeenten hebben van oudsher gedeeld in die zorg voor de gezondheid, zowel op eigen initiatief als op grond van een aantal specifieke wetten, die taken in medebewind aan gemeenten opdragen.' Gemeenten hebben, aldus deze brief, verantwoordelijkheden op het brede volksgezondheidssterrein: preventie, Care, Cure en Geestelijke gezondheidszorg (w.o. maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid, vrouwenopvang) Bovendien hebben gemeenten taken op terreinen die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloeden: welzijn, volkshuisvesting, milieu, onderwijs, openbare orde.

Rechten van het kind

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

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

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

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

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

De gemeentewet

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

De Welzijnswet

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

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

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid WCPV (WCPV)

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

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

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

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

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

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

Wet voorzieningen gehandicapten (WVG)

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

Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)

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

Leerplichtwet

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

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

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

Wet op de openlucht recreatie en besluit hygiëne, gezondheid en veiligheid kampeerterreinen

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

Algemene bijstandswet (ABW)

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

Kwaliteitswet zorginstellingen

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

Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)

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

Zorgindicatiebesluit

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

Om een hoogwaardige uitvoering van de AWBZ te waarborgen is een zogenaamd concessiestelsel ingevoerd. Dit houdt in dat een zorgverzekeraar slechts voor een periode van vier jaar een concessie voor een zorgkantoor krijgt toegewezen. Na afloop van deze periode kan bezien worden of een concessie verlengd wordt.

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

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

Wet ambulancevervoer

Verantwoordelijkheid uitvoering ambulancevervoer en voor instandhouding Centrale Post Ambulancevervoer.

Wet Infectieziektebestrijding

Verantwoordelijkheid voor preventie en bestrijding van infectieziekten.

Wet op de lijkbezorging

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij overlijden, begraven en cremieren.

Quarantainewet

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

Deconstructiewet

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

Waterleidingwet

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aan preventie van infectieziekten.

Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen

Voorschriften voor het geneeskundig handelen bij ongevallen en rampen.

Wet tarieven gezondheidszorg

Het ambulancevervoer wordt hier mede uit bekostigd.

Kwaliteitswet zorginstellingen

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

Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen

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

Wet Basisvoorziening Kinderopvang

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

Arbeidsomstandighedenwet

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

BIJLAGE 2

Prioriteiten van de zorgvragers voor het lokaal gezondheidsbeleid

Inleiding

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

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

Binnen het RPCP zijn de volgende zorgvragerssectoren¹² vertegenwoordigd:

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

Wensen van de zorgvragers

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

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

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

Prioriteiten van de zorgvragers

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

1. Algemeen

Vestigingsklimaat eerste lijnsgezondheidszorg.

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

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

Transmurale zorg

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

Participatie

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

¹² Deze sectoren sluiten elkaar niet uit.

¹³ Deze visies zijn te verkrijgen bij het RPCP.

¹⁴ Dit actieplan is niet opgesteld door het RPCP.

Informatievoorziening

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

Bejegening

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

2. Allochtonen

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

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

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

Met betrekking tot de hulpverlening:

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

3. Ouderen, gehandicapten en chronisch zieken

Ouderen, maar zeker ook gehandicapten en chronisch zieken, willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen.

De volgende elementen spelen daarbij een rol:

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

4 Vermaatschappelijking van de zorg/community care

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

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

5 Geestelijke Gezondheidszorg

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

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

BIJLAGE 3

BRAVO

Inleiding

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

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

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

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

Bewegen

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

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

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

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

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

Innovatieve richtingen, die ingeslagen kunnen worden, zijn:

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

Roken

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

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

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

Voor jongeren zijn de volgende kanttekeningen te maken:

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

Alcohol

Ook de landelijke overheid wil door het voeren van voorlichtingscampagnes de Nederlandse bevolking attenderen op het feit dat het beter is om het alcoholgebruik te matigen. Het lijkt er soms op dat alcoholvoorlichting beschouwd kan worden als het spreekwoordelijke "dweilen met de kraan open". Hiervan zou wellicht sprake zijn als voorlichting geïsoleerd als instrument voor preventie wordt gebruikt, terwijl andere instrumenten zoals

beperking van de beschikbaarheid en vroegtijdige signalering onbenut blijven. De GGD ZHZ werkt vaak mee om landelijke voorlichtingscampagnes op lokaal regionaal niveau te ondersteunen

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

Belangrijke aandachtspunten:

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

Voeding

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

Aandachtspunten:

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

Aanbevelingen ten aanzien van activiteiten:

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

Ontspanning

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