

**Nota lokaal volksgezondheidsbeleid Noordenveld**  
**Regionale paragraaf Noord en Midden Drenthe.**

**Juni 2004**

## **Inhoudsopgave**

### **Deel II. Regionale Paragraaf Noord en Midden Drenthe**

Inhoud	pagina
Inleiding	3
Hoofdstuk 1 Wat is lokaal volksgezondheidsbeleid	5
Hoofdstuk 2 Landelijke en regionale ontwikkelingen	7
Hoofdstuk 3 Gezondheidssituatie in Noord en Midden Drenthe	17
Hoofdstuk 4 Ouderen	20
Hoofdstuk 5 OGGZ	25
Hoofdstuk 6 Jeugd	30
<b>Bijlagen</b>	
1. Wettelijk kader	32
2. Tekst nieuwe WCPV	36
3. Gezondheidssituatie	41
4. Regiovisies	46
5. Gebruikte afkortingen	50



## **Inleiding**

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



## Hoofdstuk 1

### Wat houdt lokaal volksgezondheidsbeleid in?

In dit eerste hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde de definitie van volksgezondheidsbeleid, de doelen van het lokale volksgezondheidsbeleid en de opbouw van de nota.

#### 1.1 Wat is volksgezondheidsbeleid?

Voordat beleid op volksgezondheidsterrein kan worden uitgewerkt, moet helder zijn wat onder volksgezondheid wordt verstaan en hoe het beleid kan worden afgebakend. Met andere woorden: de visie op het gezondheidsbegrip dient helder te zijn.

Bij de ontwikkeling van het lokale volksgezondheidsbeleid wordt gewerkt met een brede zorgvisie geformuleerd door de WHO (World Health Organisation), de Wereldgezondheidsorganisatie. In die visie wordt de gezondheidszorg niet meer gezien als de enige partij die invloed op de gezondheid heeft.

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

Gezondheid wordt niet gezien als de afwezigheid van ziekte of gebreken, maar vooral als een positief begrip: het vermogen tot (lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk) 'normaal' functioneren in de samenleving.

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

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

Lokaal volksgezondheidsbeleid is gericht op het behalen van gezondheidswinst voor burgers. Voor beleidsmakers is slechts een deel van de bepalende factoren beïnvloedbaar. Erfelijke factoren zijn zeer bepalend voor de gezondheid, maar onttrekken zich aan de gemeentelijke invloedssfeer.

Fysieke en sociale omgevingsfactoren oefenen invloed uit op de gezondheidstoestand en op de beleving van de gezondheid van de burger. Bij fysieke factoren gaat het bijvoorbeeld om woningverbetering, verbetering van de woonomgeving en verkeersveiligheid.

Sociale omgevingsfactoren hebben bijvoorbeeld betrekking op werk en inkomen, het tegengaan van het gevoel van onveiligheid, opvoedingsondersteuning, ontwikkelingsstimulering en maatschappelijke participatie. Op veel van deze aspecten kunnen gemeenten gezondheidswinst voor hun burgers behalen. De grootste gezondheidswinst echter hebben de verbeteringen van de fysieke omgeving en de sociale structuur gehad aan het einde van de 19e en in het begin van de 20e eeuw met de aanleg van riolering en drinkwatervoorzieningen en met de invoering van het sociale zekerheidsstelsel.

De toegang tot de organisatie van het zorgaanbod, dat wil zeggen de spreiding en het aanwezig zijn van voldoende zorgaanbod is eveneens een beïnvloedbare factor. Lokale overheden zijn niet primair verantwoordelijk voor de meeste vormen van zorgverlening, maar zij hebben wel een voorwaardenscheppende rol als het gaat om het aanbod, de kwaliteit en de spreiding van voorzieningen in hun gemeente. Belangrijkste taak daarin is het faciliteren van

aanbieders om zich te kunnen vestigen. Afstemmen van vraag en aanbod in de zorg is te allen tijde van belang. Een expliciete verantwoordelijkheid hebben gemeenten voor de toegang tot zorg in de vorm van de indicatiestelling.

Schaarste aan zorg is een voortdurende bedreiging. In z'n algemeenheid echter is het aanbod aan zorgvoorzieningen in Nederland van een voldoende niveau. Er is wel gezondheidswinst te halen, maar geen extreem grote gezondheidswinst. Ook daarvoor moeten we terug naar het begin van de vorige eeuw.

In de huidige maatschappelijke situatie is de verwachting, dat de grootste gezondheidswinst is te behalen door het beïnvloeden van de leefstijl en de sociale omgeving van mensen. De sociale omgeving wordt breed opgevat en heeft bijvoorbeeld ook betrekking op de opvoedingsituatie en sociale veiligheid.

## **1.2 Doelen van lokaal volksgezondheidsbeleid**

Uit de brede opvatting van gezondheid en de vijf bepalende factoren voor de gezondheid vloeit een driedelige doelstelling voort voor het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid in Noord en Midden Drenthe:

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

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

Gezondheidsproblemen komen het meeste voor bij groepen die ook in sociaal-economisch opzicht in minder gunstige omstandigheden leven. De gemeenten zullen aandacht besteden aan het ontwikkelen van doelgroepenbeleid om sociaal-economische gezondheidsverschillen tegen te gaan.

Het lokale volksgezondheidsbeleid stoelt op informatie over de gezondheidssituatie. Regelmatig onderzoek naar de gezondheidssituatie, het signaleren van veranderingen en problemen en het traceren van sociaal-economische gezondheidsverschillen is dan ook een voorwaarde voor het voeren van verantwoord beleid.

## **1.3 De opbouw van de nota**

In deze nota regionaal volksgezondheidsbeleid staan de ontwikkelingen op landelijk en provinciaal niveau centraal met bijzondere aandacht voor de organisaties die vanuit dit niveau mede invulling geven aan het lokale volksgezondheidsbeleid. De informatie in de nota is de achtergrond waartegen gemeenten vormgeven aan hun lokale beleid.

In deze nota wordt allereerst ingegaan op de landelijke en regionale ontwikkelingen en de organisaties die op regionaal en provinciaal niveau verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van taken op het terrein van het lokale volksgezondheidsbeleid. Vervolgens wordt ingegaan op de gezondheidssituatie in de regio. In de daaropvolgende hoofdstukken komt het volksgezondheidsbeleid voor drie doelgroepen aan de orde, te weten de ouderenzorg, de openbare geestelijke gezondheidszorg en het jeugdbeleid.

## **Hoofdstuk 2**

## Hoofdstuk 2.

### Landelijke en regionale ontwikkelingen

Op landelijk niveau zijn een aantal ontwikkelingen van belang voor het lokale volksgezondheidsbeleid. Het betreft de het beleid inzake de openbare gezondheidszorg en de WCPV (Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid), modernisering van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en de integrale indicatiestelling, de openbare geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg en tot slot de ontwikkelingen op het terrein van de jeugdzorg. In dit hoofdstuk wordt in het kort aandacht aan deze ontwikkelingen besteed. Voor verdere informatie wordt verwezen naar drie bijlagen: bijlage 1: Wettelijke kader; bijlage 4 Regiovisies.

In het tweede deel van het hoofdstuk komen de spelers in het regionale veld aan bod: RIBW-Drenthe (Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen), CAD-Drenthe (Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs), GGZ Drenthe en GGZ Groningen (Geestelijke Gezondheidszorg), Regionaal Zorgaanbiedersoverleg Noord Drenthe, het RIO (Regionaal Indicatieorgaan) en de Districtshuisartsenverenigingen. Een bijzondere positie neemt GGD Drenthe (Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst) in, als gemeentelijke organisatie voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor de uitvoering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

#### 2.1 Openbare gezondheidszorg en de WCPV

Op landelijk niveau zijn door de VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten), GGD Nederland en de Ministers van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en BZK (Binnenlandse Zaken en Koninkrijkszaken) in het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg afspraken gemaakt over de afstemming van beleid op nationaal en lokaal niveau. Concreet wordt gesproken over het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, het bevorderen van een gezonde leefstijl en het verbeteren van de samenwerking tussen care, cure en de openbare gezondheidszorg.

In het kader van de versterking van de openbare gezondheidszorg is op 1 januari 2003 de nieuwe WCPV in werking getreden. In de nieuwe wet zijn de taken van de gemeenten nadrukkelijk benoemd. In de nieuwe WCPV wordt de verantwoordelijkheid van de gemeenteraad als volgt geformuleerd: “De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg”.

In de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeenteraden voor 1 juli 2003 en vervolgens elke 4 jaar dienen vast te stellen geven gemeenten aan hoe zij uitvoering geven aan de bovengenoemde verantwoordelijkheid. Gemeenten dienen in elk geval zorg te dragen voor een aantal met name genoemde taken. Dit betreft in het kort:

- Het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie. Het gaat om het één keer per vier jaar op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens, voorafgaand aan het verschijnen van de nota. Vanuit het rijk zullen hiervoor nadere regels worden gegeven.
- Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.
- Het bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's.
- Het bevorderen van medisch-milieukundige zorg. In de tekst van de wet wordt gedetailleerd uitgewerkt om welke taken het gaat.
- Het bevorderen van technische hygiënezorg. Ook deze taak wordt in de wet uitgebreid beschreven.
- Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Elders in dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op deze taak.

In de WCPV wordt aan gemeenten een uitvoerende verantwoordelijkheid toegekend voor de infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg. Ook op dit punt komen we elders in dit hoofdstuk terug.

Er is een AMvB voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) verschenen welke voor 1 januari 2003 is gepubliceerd. Mogelijk komt er een AMvB collectieve preventie. Ook verschijnt nog een landelijke beleidsnota met richtlijnen voor een nadere invulling van de WCPV.

De tekst van de nieuwe WCPV is bij deze nota opgenomen als bijlage 4

## **2.2 Modernisering van de AWBZ en integrale indicatiestelling**

De modernisering van de AWBZ is ingezet vanuit de grondgedachte, dat de cliënt centraal staat. Dit houdt een omslag in van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg.

Het rijk wil de vermaatschappelijking van de zorg verder stimuleren, waardoor er een verschuiving plaats zal vinden van de intramurale naar de extramurale zorg. Daardoor wordt de behoefte aan samenhang tussen de verschillende zorgsectoren, zoals de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg enerzijds en wonen, welzijn, lokaal volksgezondheidsbeleid, onderwijs en arbeid anderzijds steeds groter. De noodzaak tot afstemming tussen het zorgstelsel en de voorzieningen op het lokale niveau, waar gemeenten verantwoordelijk zijn, groeit. Door zorgvernieuwing en flexibilisering ontstaan mogelijkheden voor gezamenlijke projecten van zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties en zorgverzekeraars.

Het Zorgkantoor Drenthe, Zwolle en Flevoland heeft voor de sector verzorging en verpleging een nota uitgebracht, waarin de consequenties van de vernieuwde AWBZ voor de ouderenzorg worden uitgewerkt. Elders in deze nota komen we hierop nog terug.

De regiovisie wordt in de AWBZ genoemd als het instrument om de samenhang tussen zorg, wonen en welzijn te bevorderen. De regiovisie moet het richtinggevend kader voor het regionale beleid van het zorgkantoor worden. Er zijn in Drenthe regiovisies uitgebracht over verzorging en verpleging, lichamelijk gehandicaptenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg. (Bijlage 4). Deze Regiovisies worden binnen afzienbare tijd vervangen door

Per 1 januari 1998 is het Zorgindicatiebesluit van kracht geworden op grond waarvan regionale indicatieorganen zijn ingesteld door gemeenten. Landelijk is het project "Robuuste RIO's" van start gegaan, gericht op de verbetering van de kwaliteit van de organisatie, de verbreding van de indicatiestelling met de GGZ, de gehandicaptenzorg en de Wvg (Wet Voorzieningen Gehandicapten) en op de opschaling. In Drenthe speelde tot begin 2004 de discussie rond de opschaling en een koppeling van het RIO aan lokale loketten. Die discussie is inmiddels achterhaald door de meest recente ontwikkeling: de overgang per 1-1-2005 van de AWBZ-indicatiestelling naar centrale (landelijke) aansturing en financiering. .

## **2.3 Openbare geestelijke gezondheidszorg**

In de nieuwe WCPV wordt de verantwoordelijkheid van gemeenten ten aanzien van de openbare geestelijke gezondheidszorg expliciet benoemd. Gemeenten dragen zorg voor het bevorderen van de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg). Onder OGGZ wordt in ieder geval verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij

kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen organisaties over de uitvoering van de OGGZ.

Leidraad in de ontwikkeling van de OGGZ is het landelijke convenant, waar partijen afspraken hebben gemaakt over de invulling van de OGGZ.

In het Convenant Geestelijke Gezondheidszorg Drenthe is een artikel opgenomen, waarin wordt aangegeven, dat GGZ-Drenthe samen met de VDG (Vereniging van Drentse Gemeenten) namens de Drentse gemeenten het initiatief neemt tot het oprichten van een regionaal platform OGGZ.

In hoofdstuk 5 wordt uitgebreid ingegaan op de OGGZ in Drenthe.

#### **2.4 Maatschappelijke opvang, Vrouwenopvang en Verslavingszorg**

Voor de Maatschappelijke Opvang (MO), Vrouwenopvang (VO) en de Verslavingszorg (VZ) worden landelijk middelen vrijgegeven aan centrumgemeenten om in te zetten voor gemeentelijk beleid in de regio. Maatschappelijke opvang richt zich op kwetsbare mensen die door een combinatie van problemen de thuissituatie hebben verlaten en (tijdelijk) niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Tot deze doelgroep wordt onder anderen gerekend de dak- en thuislozen, zwervers, gemarginaliseerden en zorgmijders. Het kan ook gaan om mishandelde vrouwen en mensen in een psychosociale crisis. Voorzieningen voor maatschappelijke opvang zijn onder meer thuislozeninternaten, sociale pensions, crisisopvangcentra, begeleid-wonen-projecten en Blijf van mijn lijf-huizen. Het beleid voor maatschappelijke opvang is gericht op drie functies.

Preventie: het voorkomen dat mensen uit de boot vallen;

Opvang: asiel (bed, bad en brood) en handhaving (voorkomen dat mensen steeds hulpbehoevender worden)

Herstel: alle activiteiten die de zelfredzaamheid bevorderen.

Het beleid moet gericht zijn op het aanbieden van een samenhangend steunaanbod en het bevorderen van een sluitende aanpak voor kwetsbare groepen. Er zijn raakvlakken en overlappingsen tussen de beleidsterreinen GGZ, OGGZ en MO, tussen VZ en MO en tussen activiteiten van instellingen. Centrumgemeenten hebben de taak de afstemming op beleidsniveau en uitvoerend niveau te structureren. De gemeenten in de regio hebben vooral een rol bij preventie en herstel op basis van hun wettelijke verantwoordelijkheden (Welzijnswet, WCPV, Huisvestingswet, Algemene Bijstandswet).

Voor Drenthe zijn de centrumgemeenten Assen en Emmen gezamenlijk verantwoordelijk voor de inzet van de middelen voor Maatschappelijke Opvang, Vrouwenopvang en de Verslavingszorg. Om zicht te krijgen op de situatie rond de MO/VO en VZ is in 2000 een behoefteonderzoek gedaan en een kadernota opgesteld voor Drenthe.

De doelgroep MO/VO wordt in Drenthe geschat op 3500-5500 personen, ca. 1% van de bevolking. De vraag is in Drenthe momenteel groter dan het aanbod. De belangrijkste voorzieningen zijn het Centrum voor Maatschappelijke Opvang van het Leger des Heils met onder meer De Breehof en de Veltmanstichting in de gemeente Emmen en RIBW-Drenthe met een brede spreiding over de provincie. CAD-Drenthe fungeert als schilvoorziening met een MO/VO-aanbod en een aanpalend aanbod. In Drenthe worden eigen middelen (Leger des Heils), MO/VO-gelden en gelden uit de OGGZ-zorgvernieuwing gecombineerd ingezet. Er worden in het onderzoek knelpunten gesignaleerd op het terrein van preventie, aanbod, herstel en samenwerking en regie. Oplossingen worden uitgewerkt in de vorm van aanbevelingen voor beleid. Beleid op basis van het rapport is reeds ingezet.

## **2.5 Jeugdzorg en jeugdbeleid**

Rondom jeugd komen drie belangrijke lijnen samen: de vernieuwing in het kader van de nieuwe WCPV van de jeugdgezondheidszorg, de nieuwe wet op de jeugdzorg en het lokale jeugdbeleid. Het is aan de gemeenten om de noodzakelijke afstemming tot stand te brengen.

In het bestuursakkoord nieuwe stijl over het jeugdbeleid, “Jeugdbeleid in ba(la)ns”, is opgenomen dat er voor jeugdigen een sluitend aanbod van verschillende voorzieningen moet zijn, zowel binnen als tussen de verschillende levensfasen.

Op 1 januari 2005 treedt de nieuwe Wet op de jeugdzorg in werking. Uitgangspunt van de wet is de scheiding tussen de indicatiestelling en zorgtoewijzing enerzijds en de zorgverlening anderzijds conform de organisatie van de AWBZ. Er komt een verplichting om per provincie te komen tot één Bureau Jeugdzorg, dat verantwoordelijk is voor de indicatiestelling en de zorgtoewijzing. In het kader van de nieuwe wet is het de taak van het Bureau Jeugdzorg om te voorkomen dat jeugdigen in de zorg terechtkomen. Hiervoor is nauwe samenwerking noodzakelijk met gemeenten in het kader van het lokale jeugdbeleid. In Drenthe wordt voor het Bureau Jeugdzorg een model voorbereid, dat ruimte laat om te komen tot een sluitend netwerk aan Toegangen in de Provincie.

In de nieuwe WCPV is opgenomen dat de gemeenteraad zorg draagt voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg voor 0-19-jarigen. Daarbij wordt in ieder geval zorg gedragen voor:

- Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren
- Het ramen van de behoeften aan zorg.
- De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het rijksvaccinatieprogramma.
- Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
- Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

In een AMvB zal elk van de genoemde taken nader worden gepreciseerd.

In hoofdstuk 6 wordt uitgebreid ingegaan op het jeugdbeleid.

## **2.5 Overige ontwikkelingen**

Net als in de sector verzorging en verpleging speelt in de lichamelijke gehandicaptenzorg en de verstandelijke gehandicaptenzorg de modernisering van de AWBZ en de vermaatschappelijking van de zorg. In het kader van deze regionale nota gaan we niet verder in op deze ontwikkelingen. Op lokaal niveau zal hieraan verder aandacht worden besteed. Meer informatie is te vinden in de bijlage bij deze nota over de regiovisies.

Op lokaal niveau zal ook nader worden ingegaan op de ontwikkelingen ten aanzien van de palliatieve terminale zorg. Palliatieve zorg is naast de verlichting van het lichamelijke en psychosociale lijden gericht op ondersteuning bij de afronding van het bestaan en het afscheid nemen. In Drenthe heeft het Werkcomité Palliatieve Zorgvoorzieningen Drenthe initiatieven ondernomen om in Assen, Emmen en Hoogeveen te komen tot hospices. In het rapport van de Provincie Drenthe over hospicezorg wordt de verwachting uitgesproken, dat per regio een hospice voor vier tot vijf plaatsen voldoende zal zijn.

Tot slot de mantelzorg. De vermaatschappelijking van zorg leidt niet alleen tot een grotere verantwoordelijkheid van gemeenten, ook de mantelzorg krijgt een steeds nadrukkelijker rol. Daar staat tegenover dat door de verdergaande individualisering en de toenemende mobiliteit

de beschikbaarheid van mantelzorg steeds kleiner wordt. Icare thuiszorg heeft steunpunten mantelzorg in de drie regio's. Verder is er op initiatief van de Provincie een stuurgroep "Om de tafel met mantelzorg" opgericht. De projectleiding ligt bij STAMM. (Staat voor Mens en Maatschappij) In de stuurgroep participeren zorgaanbieders, zorgvragers, zorgindicatieorganen en mantelzorgers. Doel van het project is om de positie van mantelzorgers te verstevigen, doordat de zorg in overleg met de mantelzorgers tot stand komt en de ondersteuning van de mantelzorg vast deel uitmaakt van de indicatiestelling en van het zorgaanbod in de regio. De provincie heeft middelen beschikbaar gesteld. Verder is er door mantelzorgers zelf het Drents Platform Mantelzorg opgericht.

## **2.6 De spelers in het veld**

Ontwikkelingen staan niet op zich, maar worden gedragen door organisaties die uitvoering geven aan het beleid. In deze paragraaf komen de organisaties aan de orde, die vanuit het regionale of provinciale niveau uitvoering geven aan volksgezondheidstaken binnen de gemeenten.

### **GGD Drenthe**

Op grond van de WCPV (Bijlage 2) zijn gemeenten verplicht een GGD in stand te houden. GGD Drenthe is in 2002 ontstaan uit een fusie van drie Drentse GGD'en. GGD Drenthe bewaakt en bevordert de volksgezondheid in Drenthe door:

- Het actief en passief ondersteunen van gemeenten bij vraagstukken op het gebied van de collectieve en individuele volksgezondheid
- De gemeenten te adviseren over beïnvloedbare factoren in de samenleving die een effect (kunnen) hebben op de gezondheid (milieu, leefstijl, voorzieningen, risico's)
- Het uitvoeren van preventief gerichte activiteiten voor geïdentificeerde risicogroepen in de bevolking
- Het zijn van een kennispartner voor gemeenten, instanties en burgers op het gebied van de openbare gezondheidszorg en fungeren als vraagbaak.

In het kader van de ontwikkelingen in de openbare gezondheidszorg werken de gemeenten en GGD Drenthe toe naar een nieuwe positionering ten opzichte van elkaar.

GGD Drenthe is momenteel nog gericht op het uitwerken van de nieuwe organisatie tot één geheel.

Op provinciaal niveau is een ambtelijke overlegstructuur tot stand gekomen, gerelateerd aan de beleidscyclus. Op regionaal niveau zal in Noord en Midden Drenthe het beleidsmatige en inhoudelijke overleg met GGD Drenthe worden voortgezet.

De GGD is in haar geheel ingebed het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid. Inhoudelijk is een deel van de taken van de GGD niet beïnvloedbaar, omdat ze wettelijk zijn ingekaderd. De wijze waarop deze taken worden ingevuld is echter wel beïnvloedbaar en maakt als zodanig deel uit van het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid.

Op landelijk niveau is een nota volksgezondheidsbeleid in voorbereiding, die onder meer gericht is op een nadere invulling van de nieuwe WCPV. Het gaat hierbij onder meer om het uitwerken van landelijke richtlijnen en het benoemen van speerpunten, waar gemeenten en GGD'en zich op kunnen richten bij de ontwikkeling van beleid. De nota is gebaseerd op de Volksgezondheids Toekomst Verkenningen (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en op ervaringen uit de praktijk. Vanuit de praktijk zijn onder meer aangedragen: psychosociale problemen, opvoedingsproblemen, risicogedrag en overgewicht.

De GGD heeft voor gemeenten in het kader van het gezondheidsbeleid een ondersteunende rol als het gaat om de epidemiologie en het signaleren van problemen. De GGD heeft voor vrijwel alle andere sectoren een adviserende rol.

De Gezondheidsvoorlichting en – opvoeding (GVO) is voor gemeenten een belangrijke taak als aanvulling op onder meer onderwijs- en welzijnstaken. De GVO verzorgt onder meer programma's gericht op stoppen met roken, meer bewegen en het voorkomen van hart- en vaatziekten.

Binnen de Jeugdgezondheidszorg zijn gelijktijdig 3 ontwikkelingen gaande:

1. Het ontwikkelen van één werkwijze voor alle regio's
2. Het invullen van het basistakenpakket in het kader van de nieuwe WCPV
3. Het komen tot een traject voor de preventieve jeugdzorg voor 0-19 jaar.

Bedoeling is om in het schooljaar 2004-2005 met het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg te gaan werken. Het maatwerkdeel wordt ingevuld in overleg met de gemeenten.

Aandachtspunten per gemeente krijgen daarin een plaats.

### **Algemeen Maatschappelijk Werk**

De Stichting voor Algemeen Maatschappelijk Werk Noordermaat werkt in Drenthe in de gemeenten Aa en Hunze, Assen, Midden Drenthe en Tynaarlo. De gemeente Noordenveld heeft haar algemeen maatschappelijk werk ondergebracht binnen de ambtelijke organisatie. Het algemeen maatschappelijk werk verleent eerstelijns hulp aan mensen met psychosociale problemen en vormt een verbindingsschakel tussen de verschillende disciplines en voorzieningen in zorg en welzijn. Uitgangspunt in de financiering voor het AMW is 1 fte per 6000 inwoners. In Drenthe financieren alleen de gemeenten Assen en Noordenveld tenminste conform dat uitgangspunt; de overige gemeenten zitten daar 1 tot 2 fte onder.

Op basis van de beschikbare formatie maakt de Stichting Noordermaat met iedere afzonderlijke gemeente productafspraken over de uitvoering van de kerntaken en de specifieke taken.

Kerntaken van het AMW zijn het verschaffen van toegang tot de psychosociale zorg, begeleiding en behandeling, bemiddeling naar instanties, langerdurende ondersteuning, dienstverlening en consultatie aan professionele derden, bijdragen aan preventie door voorlichting en training en de signalering van probleemsituaties. Tot de kerntaken worden ook geacht groepswork, videohometraining, schuldhulpverlening en vluchtelingenwerk te behoren.

In de gemeente Noordenveld houdt het algemeen maatschappelijk werk spreekuren in de 3 hoofdkernen. Er wordt o.a. nauw met de in de gemeente werkzame woningcorporaties en het RIBW samengewerkt waar het gaat om problematisch woongedrag.

Er is in de periode 1998-2003 gebruik gemaakt van de Tijdelijke Stimuleringsregeling algemeen maatschappelijk werk voor activiteiten ter versterking van het functioneren van het AMW in de gemeente Noordenveld.

### **RIBW-Drenthe**

De RIBW-Drenthe, Regionale Instelling Beschermende Woonvormen Drenthe, is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, die mensen vanaf 16 jaar helpt, die vanwege psychiatrische problemen beperkingen ondervinden in het dagelijks leven. De cliënten van de RIBW zijn vaak al langdurig behandeld in de geestelijke gezondheidszorg en hebben van de RIBW langdurige vervolfbegeleiding nodig. De RIBW heeft vijf poten: wonen, dagbesteding, vrijetijdsbesteding, persoonsgebondenbudget (pgb) en maatschappelijke opvang. De RIBW is hoofdzakelijk AWBZ-gefinancierd. De gelden voor maatschappelijke opvang worden ingezet via de centrumgemeenten Emmen en Assen. De taakopdracht van de RIBW is om de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg uit te voeren. De RIBW werkt toe naar een dekkend netwerk aan voorzieningen in Drenthe.

## **CAD-Drenthe**

Het Consultatiebureau Alcohol en Drugs, CAD-Drenthe heeft tot doel het behandelen, begeleiden, verzorgen en bescherming bieden aan personen die door het gebruik van alcohol, drugs of andere bewustzijnsbeïnvloedende stoffen of door verslavingsgedrag in de problemen zijn geraakt. Tweede tak is de reclassering, gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand van mensen met problematisch middelengebruik en verslaving die met de strafrechtspleging in aanraking zijn gekomen. Verder richt het CAD zich op de preventie gericht op het voorkomen dat gezondheidsproblemen ontstaan of verergeren als gevolg van het gebruik van tabak, alcohol, drugs, slaap- en kalmeringsmiddelen of als gevolg van gokgedrag. De afdeling voorlichting en preventie ontwikkelt voorlichtingsmateriaal, verstrekt informatie en geeft voorlichting en training en heeft beleidsadvisering als taak. Doelgroepen zijn alle inwoners van de provincie Drenthe, in het bijzonder jongeren en zij die (beroepshalve) met jongeren in contact staan.

Samen met GGZ-Drenthe levert het CAD psychiatrische thuiszorg aan cliënten met een dubbele diagnose: verslaving en psychiatrische problemen. Psychiatrische thuiszorg is intensieve zorg aan huis voor uitbehandelde patiënten. Patiënten kunnen als het niet gaat worden opgenomen en zo terugvallen op de GGZ.

CAD Drenthe wordt voor een derde gefinancierd door justitie als het gaat om de reclassering, voor bijna de helft uit rijksmiddelen, die via de centrumgemeenten op grond van de gecombineerde regeling Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg beschikbaar worden gesteld. Verder is er sprake van aanvullende financiering uit diverse bronnen.

## **GGZ Drenthe en GGz Groningen**

Noord en Midden Drenthe wordt wat betreft de geestelijke gezondheidszorg bediend door 2 organisaties: GGz Groningen vanuit de locatie in Zuidlaren en GGZ Drenthe vanuit Assen. Beide GGZ-organisaties zijn voortgekomen uit de fusie van psychiatrische ziekenhuizen met de RIAGG en zijn daardoor verantwoordelijk voor alle tweedelijns zorg: intramuraal en poliklinisch. De RIBW is in Groningen in deze fusie meegegaan, in Drenthe niet. De ambulante zorg die voor de fusie door de RIAGG's werd verleend is per provincie georganiseerd. GGZ Drenthe levert de ambulante zorg in heel Drenthe. Grensoverschrijdende ambulante zorg door GGz Groningen in de kop van Drenthe is door onderlinge verrekening op basis van prestaties geen probleem meer.

GGz Groningen werkt met vijf Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's) verspreid over het werkgebied en drie specialistische divisies: Psychosociale Revalidatie met de RIBW-functies, Ouderenzorg en Bovenregionale zorgfuncties met specialistische zorg. De kop van Drenthe (de oude gemeenten Peize, Roden, Eelde en Zuidlaren) valt voor de intramurale zorg in het werkgebied van CGG Groningen-Zuid in Groningen-stad. Het hoofdkantoor van GGz Groningen staat in Zuidlaren.

GGZ Drenthe kent drie divisies: Noord, Zuidoost en Zuidwest. De gemeente Midden Drenthe valt deels onder Noord, deels onder Zuidwest. GGZ Drenthe verzorgt tevens dagactiviteiten en arbeidstraining in centra in onder meer Assen (DAAT), vergelijkbaar met de RIBW-functies.

Vanaf 1 januari 2003 wordt de indicatiestelling voor mensen die langdurig psychiatrische zorg nodig hebben verzorgd door het RIO.

Raakvlakken tussen de geestelijke gezondheidszorg en gemeentelijk volksgezondheidsbeleid ontstaan door de vermaatschappelijking van de zorg. Doordat er naar wordt gestreefd dat minder mensen in intramurale voorzieningen verblijven krijgen gemeenten meer verantwoordelijkheid voor mensen met psychiatrische problemen. De werkgebieden welzijn, lokaal volksgezondheidsbeleid en OGGZ, huisvesting, sociale zaken en arbeid hebben raakvlakken met de zorg voor (ex)psychiatrische patiënten. Belangrijk facet daarbij is de

bejegening van mensen met psychiatrische problemen. GGZ Drenthe heeft een Bureau Preventie voor preventieve taken in samenwerking met andere organisaties. Voorbeelden zijn de projecten “Wat je zegt....” op de basisscholen, gericht op sociale vaardigheden en weerbaarheid en projecten gericht op het verbeteren van de signalering van psychische problemen door professionals, zoals leerkrachten.

Speciale aandacht in dit kader verdient het **Maatjesproject Drenthe**.

Het Maatjesproject in Drenthe is bedoeld voor mensen met een psychiatrische handicap. Veel mensen uit deze groep leven eenzaam en kunnen moeilijk contacten leggen of vasthouden. De contacten die ze hebben zijn vaak met hulpverleners. De relatie met familie ligt soms erg gevoelig. Het Maatjesproject zoekt vrijwilligers om met deze mensen gewone, gezellige dingen te doen, zoals winkelen, koffie drinken, wandelen, fietsen of vissen. Met deze activiteiten wil het project de mensen uit de doelgroep meer deel laten uitmaken van de maatschappij. De deelnemers kunnen in het contact met vrijwilligers vaardigheden opdoen in een andere rol dan waarin ze altijd zitten, namelijk als hulpvrager of cliënt. Het Maatjesproject is een gezamenlijk initiatief van GGZ Drenthe, RIBW-Drenthe, Humanitas, Maatschappelijk Werk en Icare. Het project wordt naast bijdragen van individuele gemeenten gefinancierd door het Zorgkantoor (Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg), Ledenservice Icare, GGZ Drenthe en (tot 1-1-2005) uit MO-gelden. Er is een coördinator en in elke regio een medewerker. Het Maatjesproject koppelt vrijwilligers en deelnemers, biedt ondersteuning, houdt eventueel spreekuren en organiseert afstemmingsoverleg. Er zijn momenteel een kleine 60 koppelingen.

In gemeenten die meefinancieren worden extra accenten gelegd. Het Maatjesproject wil bijdragen aan het slechten van vooroordelen tegen mensen met een psychiatrische achtergrond.

### **Regionaal Zorgaanbiedersoverleg verpleging en verzorging**

In het RZO (Regionaal Zorgaanbiedersoverleg) Noord-Drenthe participeren de verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg, met andere woorden de functies Verpleging en Verzorging. Taken van het RZO zijn:

- Afstemmen van regionaal beleid
- Interne afstemming
- Afstemming met het Zorgkantoor
- Afstemming met provincie en gemeenten

De voorzieningen in Midden Drenthe zijn aangesloten bij het RZO Zuidwest-Drenthe. Het afgelopen jaar heeft het RZO een zorgtoewijzingsstructuur ontwikkeld. Er zijn in Noord Drenthe drie zorgtoewijzingssteams, gekoppeld aan clusters van verzorgings- en verpleeghuizen. Het is uiteindelijk de bedoeling te komen tot een elektronisch systeem van capaciteit- en wachtlijstbeheer, zodat voortdurend zichtbaar is waar mensen geplaatst kunnen worden. De ontwikkelingen ten aanzien van zorg en welzijn en de uitwerking van woonzorgcombinaties speelt zich op lokaal niveau af. Dat is ook het niveau waarop de samenwerking tussen gemeenten en aanbieders van verpleging en verzorging gestalte kan krijgen.

### **RIO**

Het RIO Noord- en Midden Drenthe is verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor verpleging en verzorging en thuiszorg. De bewoners van de gemeente Midden Drenthe zijn aangewezen op het RIO Zuid- en Midwest-Drenthe. Vanaf 1 januari 2003 is de indicatiestelling voor de langdurig psychiatrische zorg bij het RIO ondergebracht evenals de indicatiestelling voor verstandelijke, zintuiglijke en lichamelijke gehandicaptenzorg. Voor de laatste zorgvormen vindt nog overleg plaats op het niveau van de drie noordelijke provincies.

Voor de indicatiestelling voor deze zorgvormen is er ook op landelijk niveau nog geen volledige duidelijkheid.

Binnen het in 2002 opgestarte opschalingstraject Robuuste RIO's zijn 3 pilots ontwikkeld (in elke regio 1) voor decentrale aanmelding via lokale loketten op de schaal van de gemeenten. Vanaf 1 januari 2005 wordt de verantwoordelijkheid voor AWBZ-indicaties gebracht onder directe aansturing, financiering en verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS. Nederland wordt opgedeeld in 16 regio's met meerdere decentrale uitvoeringseenheden.

### **DHV**

De Districtshuisartsenvereniging (DHV) Drenthe heeft zich op het congres "Help! De dokter verdwijnt" op 5 april 2002 in het Provinciehuis te Assen zorgelijk uitgelaten over de huisartsenzorg in Drenthe. In Drenthe zijn 250 huisartsen. Naar verwachting stopt tot 2005 19% van de huisartsen en is 25% parttime gaan werken. Vijf jaar later zal 41% zijn gestopt. Huisartsen die zich nieuw vestigen willen niet meer fulltime werken. Er zijn daardoor voor de vrijkomende plaatsen veel meer huisartsen nodig dan er weggaan. Er worden nog niet heel veel meer huisartsen opgeleid.

Gemeenten kunnen het probleem van het tekort aan huisartsen weliswaar niet oplossen, maar wel kunnen zij de vestiging vergemakkelijken door aantrekkelijke vestigings- en facilitaire voorwaarden voor beginnende artsen. Als er voorzieningen gepland worden zouden dit vestigingen moeten zijn voor meerdere huisartsen voor een zogenaamde HOED-constructie: Huisartsen Onder Een Dak.

De Centrale Huisartsenpost CHP wordt door de huisartsen in het algemeen gezien als een verbetering. In plaats van drie nachten in de week dienst hebben ze dat nog maar een keer in de 6 weken. De problemen die zich hebben voorgedaan met de CHP waren startproblemen. Het definitieve systeem moet zich nog uitkristalliseren.

### **RPCP**

Het Regionaal Patiënten Consumentenplatform RPCP heeft als doel belangenbehartigende en ondersteunende werkzaamheden te verrichten ten behoeve van regionale organisaties van patiënten/consumenten op de gebieden van zorg en zekerheid en aan die gebieden gerelateerde maatschappelijke dienstverlening.

Bij het RPCP zijn aangesloten: het Patiënten Platform Drenthe, waarbij een groot aantal patiëntenorganisaties zijn aangesloten, Platform Gehandicaptenraad Drenthe, met eveneens een groot aantal aangesloten organisaties, en het Overleg samenwerkende ouderenbonden. Adviserende functies hebben de Federatie van Ouderverenigingen en Landelijke Organisatie Cliëntenraden Ouderenzorg Drenthe. De werkorganisatie van de RPCP wil de lidorganisaties zodanig ondersteunen, dat het patiënten/consumentenperspectief geformuleerd wordt, dat een vraaggestuurd stelsel voor zorg en sociale zekerheid tot stand komt en dat de maatschappelijke participatie voor mensen met een ziekte of handicap vergroot wordt.

De RPCP richt zich op vier kerntaken:

1. Ondersteunen en ontwikkelen van de patiënten/consumentenbeweging
2. Collectieve belangenbehartiging en beleidsbeïnvloeding
3. Toetsen en bevorderen van de kwaliteit van het zorgaanbod
4. Versterken van de positie van de individuele zorggebruiker

Raakvlakken met gemeentelijk beleid zijn er vooral op het terrein van de beleidsbeïnvloeding. Zo is de RPCP bijvoorbeeld actief geweest bij het totstandkomen van de regiovisies, participeert de RPCP in de besturen van de RIO's, en is op allerlei manieren betrokken bij de beleidsontwikkeling van het zorgkantoor en bij diverse projecten, zoals het GGZ-Maatjesproject, de provinciale pilot Welzijn en Zorg en de Stuurgroep Mantelzorg.

De RPCP en de gemeenten werken voor een groot deel op hetzelfde terrein. De RPCP komt op voor het belang van patiënten/consumenten, de gemeente is verantwoordelijk voor haar burgers. Voor een deel lopen de belangen parallel, voor een deel zal de gemeente op grond van het algemeen belang tot andere keuzes komen dan de RPCP.

## 2.7 Financiering in schema

De zorgaanbieders op lokaal en regionaal niveau worden gefinancierd vanuit diverse bronnen. De financiering is in schema uitgewerkt. Uit het schema blijkt dat slechts een beperkt deel van de organisaties en functies wordt gefinancierd uit gemeentelijke middelen en daarmee in de directe invloedssfeer van de gemeente staat. Daar komt bij, dat in omvang de AWBZ en de verzekeringsgefinancierde zorg vele malen groter zijn dan de inzet vanuit de gemeente en andere bronnen.

<b>Organisatie/functie</b>	<b>Gemeentelijke middelen</b>	<b>AWBZ</b>	<b>Verzekering</b>	<b>MO/VO/VZ/OGGZ Overige</b>
<i>Preventie</i>				
GGD Drenthe	Gemeente			
<i>Care</i>				
Verzorging en verpleging voor ouderen		AWBZ		
Gehandicaptenzorg (lich. en geestelijk)	Gemeente: Wvg	AWBZ		
Regionaal Indicatieorgaan	Gemeente			
RIBW-Drenthe	Gemeente	AWBZ		MO gelden; OGGZ-zorgvernieuwing
Leger des Heils Veltmanstichting				MO-gelden; eigen middelen Leger des Heils; OGGZ-zorgvernieuwing
<i>Cure</i>				
Algemeen Maatschappelijk Werk	Gemeente			
Huisartsenzorg			Verzekering	
Fysiotherapie			Verzekering	
Ziekenhuis			Verzekering	
<i>Combinatie van functies preventie, care en cure</i>				
CAD-Drenthe	Gemeente	AWBZ		VZ-gelden; MO-gelden; Justitie; diverse bronnen
GGZ Drenthe; GGz Groningen		AWBZ		

## Hoofdstuk 3

### De gezondheidssituatie in Noord en Midden Drenthe

Periodiek epidemiologisch onderzoek door de GGD in Noord en Midden Drenthe (thans GGD Drenthe) toont de belangrijkste gezondheidsproblemen in de regio op populatieniveau. Het betreft dan twee typen gezondheidsproblemen:

1. veel voorkomende kwalen;
2. veel voorkomende ongezonde leefgewoonten die leiden tot verschillende ziekten en kwalen en vroegtijdige sterfte.

Er zijn vier populaties onderzocht: jongeren van 10 - 19 jaar, jongeren van 19 – 23 jaar, inwoners van 20 t/m 79 jaar en zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder. De gehanteerde onderzoeksmethode was in alle gevallen enquêtering van de populatie. In dit hoofdstuk komen de belangrijkste uitkomsten aan de orde. In de bijlage 2 worden de resultaten van de onderzoeken meer uitgebreid weergegeven.

#### 3.1 Gezondheidsenquête Noord en Midden Drenthe 1998

1. Bijna een derde van de inwoners van Noord en Midden Drenthe heeft last van een allergie. Allergie komt meer voor bij vrouwen.  
Deze problematiek neemt toe mogelijk als gevolg van toenemende hygiëne;
2. Veel ziekten en aandoeningen komen significant meer voor bij personen met overgewicht dan bij personen zonder overgewicht. Er komt meer overgewicht voor bij mannen, bij personen boven 50 jaar en bij mensen met een lage opleiding en bij niet-sporters. De GGD legt een verband tussen een laag opleidingsniveau en toegang tot sportvoorzieningen en kennis van een gezonde leefstijl.
3. Ruim een derde van de inwoners heeft psychische klachten. Dit percentage is groeiende. Het betreft voor het overgrote deel lichte psychische klachten van mogelijk voorbijgaande aard. Er is een verband tussen psychische klachten en leeftijd, opleidingsniveau het hebben van werk, roken en het al dan niet last hebben of hebben gehad van ongewenste intimiteiten. Van alle vrouwen van 20 tot en met 49 jaar heeft 13% ooit last gehad van ongewenste intimiteiten of seksueel misbruik.
4. Roken is de belangrijkste risicofactor voor ziekte en sterfte. Chronische longaandoeningen worden voor een belangrijk deel veroorzaakt door roken. Van alle rokers die als tiener beginnen met roken zal uiteindelijk de helft sterven als gevolg van een door roken veroorzaakte ziekte. Gemiddeld sterven rokers zeven jaar eerder dan niet-rokers.  
31% van de Noord en Midden Drentse bevolking van 20 tot en met 79 jaar rookt.  
Het aantal rokers is de afgelopen jaren stabiel, ook onder jongeren. Ruim de helft van de rokers wil stoppen met roken.

#### 3.2 Ouderenonderzoek 1996

1. Meer dan de helft van de ouderen weet niet waar men informatie kan krijgen over maaltijdvoorziening, persoonlijke verzorging thuis, woningaanpassing, huursubsidie, personenalarmering, kwijschelding van gemeentelijke belasting, bijzondere bijstand, vergoeding kosten vanwege Wvg en aanschaf van hulpmiddelen;
2. Een derde van de ouderen voelt zich eenzaam of zeer eenzaam. Het blijkt dat ouderen die eenzaam zijn vaker lichamelijke klachten hebben en een groter beroep doen op de gezondheidszorg;

3. Bijna de helft van de ouderen zou ondersteuning willen ontvangen van anderen in de huishouding met name bij zware huishoudelijke werkzaamheden en bij het onderhoud van de tuin;
4. Ruim 16% van de ouderen kan niet rekenen op hulp van kinderen, familie, vrienden of burens (mantelzorg);
5. Ruim de helft van de ouderen is bereid in de eigen buurt of woonplaats ondersteuning en/of gezelligheid te bieden aan andere ouderen;
6. Een derde van de ouderen durft 's avonds niet meer de straat op;
7. 19% van de ouderen wil verhuizen en dan met name naar een kleinere zelfstandige bejaardenwoning, bejaardenflat of aanleunwoning in de huursector in een andere buurt van de gemeente en dan vooral 'uit voorzorg voor later' (aftakeling in verband met leeftijd).

Binnen de groep ouderen verdienen de ouderen van 75 jaar en ouder relatief meer aandacht. Vergeleken met de groep ouderen van 65 tot 75 jaar hebben zij vaker last van gezondheidsproblemen en eenzaamheid, zijn zij minder zelfredzaam en hebben zij een grotere behoefte aan woningaanpassingen.

### **3.3 Jeugd in Noord en Midden Drenthe 2000: gezondheid en leefgewoonten van jongeren van 10-19 jaar**

1. Eén op de zes jongeren heeft last van hooikoorts of allergie; 26% van de leerlingen van het voortgezet onderwijs heeft mogelijk een psychosociaal probleem. Gegevens uit ander onderzoek leert dat dan ongeveer 19% van de leerlingen inderdaad een psychosociaal probleem heeft. Psychosociale problemen komen meer voor bij meisjes, op het MBO (Middelbaar Beroepsonderwijs), bij jongeren met meer gezondheidsproblemen en een ongezonde leefstijl en bij leerlingen die bekend zijn met klein crimineel gedrag.
2. Bijna een derde van de 14-15 jarigen rookt af en toe of dagelijks. Er is een verband tussen roken en onderwijstype: Het percentage leerlingen van het VMBO (Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs), het MBO en vooral het LWO/VSO (Leerwegondersteunend Onderwijs/Voortgezet Speciaal Onderwijs) dat rookt is hoog in vergelijking met het HAVO (Hoger Algemeen Vormend Onderwijs) en VWO (Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs). Het percentage jongeren dat rookt is hoger onder de groep jongeren waarvan tenminste één van de ouders rookt en onder de groep leerlingen die aangeeft dat ze het thuis niet leuk vindt. Onder leerlingen die het op school niet leuk vinden zijn verhoudingsgewijs meer rokers dan onder leerlingen die het op school wel leuk vinden; De groep leerlingen die dagelijks rookt heeft gemiddeld meer geld tot haar beschikking dan de groep die niet rookt. Jongeren die klein crimineel gedrag vertonen blijken vaker te roken, meer alcohol te drinken en vaker softdrugs te gebruiken dan jongeren zonder klein crimineel gedrag. Er is een verband tussen klein crimineel gedrag en opvang na schooltijd. Jongeren met klein crimineel gedrag worden minder vaak na schooltijd thuis opgevangen;
3. 12% van de jongens en 2% van de meisjes van het voortgezet onderwijs heeft de afgelopen week meer dan 21 glazen alcohol gedronken. Excessief alcoholgebruik komt het meeste voor bij jongens en neemt toe tot een leeftijd van 16-17 jaar. Daarna neemt het gebruik sterk af. Het alcoholgebruik is het hoogst bij jongens in het MBO. Jongeren die vaak spijbelen drinken meer, evenals jongeren die door een baantje beschikken over meer geld. Ook is er een samenhang met klein crimineel gedrag en het aanwezig zijn van opvang na schooltijd. Excessief alcoholgebruik is op populatieniveau vooral een tijdelijk gezondheidsprobleem. Op 16/17-jarige leeftijd is de excessieve alcoholconsumptie het

hoogst. Daarna neemt het sterk af. Er is waarschijnlijk nauwelijks blijvende geestelijke en lichamelijke gezondheidsschade door het tijdelijke gebruik. Overmatig alcoholgebruik op populatieniveau is eerder een maatschappelijk probleem dan een gezondheidsprobleem doordat het kan leiden tot overlast.

4. 7% van de jongens en 4% van de meisjes op het voortgezet onderwijs heeft de afgelopen maand wel eens hasj gebruikt.  
Softdruggebruik komt het meeste voor in de groep die al eerder is genoemd: meer jongens, leeftijd 17-19 jaar, meer op het MBO, meer onder jongeren die spijbelen, geen opvang hebben na schooltijd en klein crimineel gedrag vertonen en door een baantje meer geld ter beschikking hebben.

### **3.4 Leefstijl van jongeren 19 – 23 jaar in Drenthe 2002**

1. Van de jongeren in de leeftijd van 19-23 jaar heeft 37% psychische klachten. Dit komt voor bij vrouwen; bij werklozen en jongeren die aangeven huisman of huisvrouw te zijn gaat het om percentage rond 60%.  
De bekendheid van jongeren met voorzieningen als De Toegang en het AMK is onvoldoende. Bovendien weet slechts een derde van de jongeren dat ze gezien hun leeftijd bij de Toegang of de Jeugdhulpverlening terecht kunnen. Internet zou benut kunnen worden om de drempel naar de jeugdhulpverlening te verlagen. Ruim 80% van de jongeren gebruikt regelmatig de computer. Ruim 38% van de jongeren zou, indien ze problemen hebben, willen chatten met een deskundige, bijvoorbeeld een jeugd- of jongerenhulpverlener.
2. Van de mannen in de leeftijd van 19-23 jaar rookt 43% af en toe of dagelijks, van de vrouwen 46%. Van de mannen drinkt 16% excessief tot zeer excessief alcohol, van de vrouwen 1%. Het excessieve gebruik van alcohol speelt zich voor een grote groep jongeren af op vrijdag en zaterdag. Rond de 20% van de jongeren tussen 16 en 25 jaar drinkt op vrijdag en zaterdag meer dan 21 glazen alcohol. Boven 25 jaar neemt dit gebruik snel af. Tussen het 20<sup>ste</sup> en 30<sup>ste</sup> levensjaar vindt een overgang plaats naar een meer regelmatig drinkpatroon. Tussen de 23 en 30 jaar drinkt 20% van de mannen excessief. Boven het 30<sup>ste</sup> jaar neemt dit percentage af.
3. Een vijfde van de mannen en bijna de helft van de vrouwen voelt zich niet altijd veilig in het openbaar vervoer. De helft van de jongeren voelt zich niet altijd veilig bij het uitgaan. Er is nauwelijks verschil in percentages tussen de stedelijke gemeenten en de plattelandsgemeenten. Bijna een derde van de mannen en 9% van de vrouwen vertoont klein crimineel gedrag. Van de 16-17 jarigen in 2000 was dit 41%. Dit gedrag lijkt met de leeftijd af te nemen.
4. Van de respondenten woont 60% bij beide ouders, 10% bij één van de ouders, 16% woont samen en 8% woont zelfstandig. Van de zelfstandig wonende jongeren kon 44% gemakkelijk een woning vinden in de huidige woonplaats. Ruim 42% van de jongeren werkt, 41% volgt een studie. Van de jongeren met een betaalde baan sluit bij 28% het werk helemaal niet aan bij de opleiding.
5. Bijna een derde van de jongeren sport zelden of nooit. De belangrijkste reden is gebrek aan tijd. Ruim 37% van de jongeren vindt dat er onvoldoende ontmoetingsmogelijkheden zijn in hun woonplaats.

## Hoofdstuk 4

### Ouderen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de huidige organisatie en de ontwikkelingen op het terrein van de ouderenzorg. Vervolgens komen de gemeentelijke verantwoordelijkheden aan de orde, per deelterrein uitgewerkt.

In de tekst zijn citaten verwerkt van organisaties die in de voorbereidingsfase van deze nota hun visie hebben gegeven op het onderwerp.

#### 4.1 De huidige situatie

De ouderenzorg in de vorm van verzorging en verpleging is totnogtoe AWBZ-gefinancierd. De financiering loopt via het zorgkantoor. Het zorgaanbod omvat onder meer thuiszorg in allerlei vormen, verzorgingshuiszorg, somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg en dagverzorging.

Personen komen in aanmerking voor verpleging en verzorging op grond van een indicatie van een Regionaal Indicatieorgaan. In Noord Drenthe gaat het om het RIO Noord Drenthe, de gemeente Midden Drenthe is aangesloten bij het RIO Zuid- en Midwest Drenthe. Het RIO indiceert sinds medio 2003 op basis van functiegericht indiceren de verpleeg- en verzorgfuncties die een persoon nodig heeft. Voor de zorgtoewijzing zijn zorgtoewijzingsteams in het leven geroepen, geclusterd rond groepen aanbieders, drie in de regio Noord Drenthe, drie in Zuidwest Drenthe. De zorgtoewijzingsteams wijzen de zorg toe aan personen op de wachtlijst

Het zorgkantoor registreert de wachtlijsten en heeft daardoor overzicht over de tekorten en overschotten in het zorgaanbod.

Het zorgkantoor zal bij de aanbieders zorg gaan inkopen. De grenzen tussen de zorgvormen komen te vervallen, waardoor verzorgingshuizen bijvoorbeeld ook thuiszorg buiten de muren kunnen gaan leveren. Het zorgkantoor wil toe naar een centraal administratiepunt waar de wettelijke RIO-indicaties worden verzameld, gegevens worden ingevoerd en waar voortdurend op elektronische wijze de wachtlijst kan worden beheerd. Op grond van die informatie kan zorgtoewijzing plaatsvinden er is er voortdurend inzicht in vraag en aanbod. De gemeenten dragen de algemene verantwoordelijkheid voor ouderen die niet woonachtig zijn in een AWBZ-voorziening. Tevens hebben zij een faciliterende rol op het terrein van de huisvesting.

#### 4.2 Ontwikkelingen verpleging en verzorging

Uitgangspunt in de modernisering van de AWBZ is de zorgvraag van het individu. Dit houdt een omslag in van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg. Een uitvloeisel daarvan is het voornemen het persoonsgebonden budget breed in te voeren, zodat zorgvragers hun eigen zorgarrangement kunnen samenstellen. Vraaggestuurde zorg vereist een scheiding van wonen en zorg en het tegemoet komen aan de behoefte van mensen om zo lang mogelijk in de eigen woonsituatie te blijven. Anderzijds is de vraag naar intramurale zorg nog steeds groot. Om beide lijnen te kunnen uitwerken wordt in de nota "Bouwbeleid zorgkantoor Drenthe, Zwolle en Flevoland" door het zorgkantoor momenteel gedacht in de richting van intramurale locaties ('voorzieningencentra') met verzorgings- en verpleeghuiszorg in aansluiting op huisvesting voor zelfstandig wonende ouderen. Via een combinatie van welzijn, wonen en zorg kan worden voldaan aan de wensen van ouderen. Vanuit de intramurale locatie kan extramurale zorg worden verleend. Rond de locaties (in de ogen van het zorgkantoor op maximaal 500 m.) kunnen wooneenheden voor ouderen worden ontwikkeld in woonzorgcombinaties. Een combinatie van wonen, welzijn en zorg, aangevuld met een goede zorginfrastructuur biedt ouderen een kans om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen.

Het scheiden van wonen en zorg voor mensen met een verpleeghuisindicatie acht het zorgkantoor niet wenselijk gezien de noodzakelijke aanpassingen in de woningen. Het op deze wijze clusteren van ouderenhuisvesting heeft een preventieve werking. Het voorkomt eenzaamheid en isolement, doordat er onderling contact is en mensen met elkaar problemen op kunnen lossen.

Omdat het hier gaat om zelfstandig wonen moet op dit niveau samenhang komen tussen huisvestingsmogelijkheden, welzijn en zorg. Het zorgkantoor ziet afstemming met gemeentelijk beleid als een noodzaak.

Ouderen willen graag zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen, maar wanneer intramurale zorg noodzakelijk is, ook graag in de buurt van hun woonomgeving blijven. Spreiding van voorzieningen is wenselijk. Daarmee wordt ook tegemoet gekomen aan de wensen van familie en mantelzorgers.

Het zorgkantoor beschouwt een capaciteit van 60 bedden nog als levensvatbaar. De voorkeur gaat daarbij uit naar een combinatie van verzorgingsplaatsen en verpleeghuisplaatsen, met de mogelijkheid voor kortdurende opnames. Als rekenregel hanteert het zorgkantoor dat voor 60 plaatsen in een gecombineerde voorziening 4600 inwoners nodig zijn. Het zorgkantoor acht een koppeling met andere AWBZ-zorg (verstandelijk gehandicapten, psychiatrie etc.) wenselijk.

Ten aanzien van de ouderensteunpunten die met reikwijdtegeden vanuit de verzorgingshuizen zijn gerealiseerd zou kunnen worden overwogen deze om te bouwen tot voorzieningencentra. Met het oog op de flexibiliteit in verband met de onzekerheid ten aanzien van de zorgbehoefte in de toekomst stelt het zorgkantoor dat voorzieningencentra zo zouden moeten worden ontworpen, dat zij zowel voor verzorgingshuis- als verpleeghuiszorg geschikt zijn te maken.

Het beschikbaar stellen van ruimten binnen het voorzieningencentrum voor welzijnsactiviteiten die toegankelijk zijn voor de lokale bevolking acht het zorgkantoor wenselijk. Ook kan gedacht worden aan een restaurantfunctie voor ouderen en overige zorggebruikers

### **4.3 Gemeentelijke verantwoordelijkheden**

Gemeenten hebben een verantwoordelijkheid voor alle zelfstandig wonende burgers, dus ook voor ouderen die zelfstandig in de gemeente wonen, ook in wooneenheden. Ouderen woonachtig in AWBZ-voorzieningen, zoals verzorgings- en verpleeghuizen zijn aangewezen op de AWBZ.

Het beleid gericht op het langer thuis blijven wonen door ouderen en het verlenen van verzorgingshuiszorg aan zelfstandig wonende ouderen, leidt ertoe dat een steeds grotere groep ouderen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten valt. Het gemeentelijk ouderenbeleid zal zodanig vorm moeten krijgen dat een vloeiende overgang ontstaat van zelfstandig wonen naar intramurale zorg. Het tussengebied, waarin ouderen zowel afhankelijk zijn van gemeentelijke voorzieningen als van AWBZ-zorg wordt groter. Van gemeenten wordt door de verschuiving van intramurale zorg naar zorg buiten de muren een samenhangende visie op ouderenzorg verwacht.

De ontwikkelingen vragen van de gemeenten een visie op de volgende punten:

- Capaciteit aan ouderenhuisvesting
- Planning van voorzieningen en spreidingsbeleid
- Welzijnsvoorzieningen
- Preventieactiviteiten
- Zorgketten
- Onderzoek naar behoeften van ouderen en naar effecten van interventies

Een goed ouderenbeleid kan alleen worden ontwikkeld in samenwerking met de aanbieders van AWBZ-zorg en andere partners, zodat een optimale afstemming mogelijk wordt. Om die afstemming te bereiken zal het ouderenbeleid niet op regionaal, maar op lokaal niveau worden uitgewerkt met de lokale partners.

#### **RPCP**

“Het is van belang dat partners in zorg en welzijn met elkaar in gesprek raken. Het moet duidelijk worden wat iedereen kan en wil. Partijen moeten hun verantwoordelijkheid nemen en samen de verantwoordelijkheid nemen voor het geheel. Het op elkaar afschuiven van taken en problemen leidt tot niets. Er moeten kaders worden ontwikkeld om met elkaar de gesprekken aan te gaan. Creativiteit en klantvriendelijkheid zijn kernbegrippen.”

#### **RZO**

“Uitgangspunt moet een praktische aanpak zijn. Je moet kijken wat een ieder en ook de gemeente zelf wel en niet kan. Grote platforms met iedereen erbij zijn niet aantrekkelijk, omdat dat niet het niveau is van waaruit je tot projecten kunt komen en het veroorzaakt veel druk op het bestuurlijke niveau.

Vanuit de V&V (Verzorging en Verpleging) is het veel zinvoller om op gemeentelijk niveau de discussie met de zorgaanbieders te voeren over het lokale zorgbeleid. Op dat niveau hebben de instellingen ook concreet belang bij initiatieven. Op lokaal niveau kunnen gemakkelijker afspraken worden gemaakt.”

#### **RIO**

“Ouderenzorg is gebaat bij logica in beleid. Gemeenten moeten een brede visie ontwikkelen. De verbondenheid van welzijnsorganisaties met de zorg zou veel duidelijker moeten worden.”

De gemeentelijke verantwoordelijkheden spitsen zich toe op de terreinen wonen, welzijn en preventie en de invulling van lokale loketten.

#### **Wonen**

Partners voor planning en huisvesting zijn de afdeling volkshuisvesting en ruimtelijke ordening van de gemeente en de afdeling bevolking voor de statistiek; woningcorporaties; zorgaanbieders in de verzorging en verpleging en eventueel aanbieders van andere zorgvormen.

Gezamenlijk zullen deze partners in het kader van het lokale ouderenbeleid vorm moeten geven aan de huisvestingscomponent. Daarbij kan in de lijn van de plannen van het zorgkantoor ook een combinatie met andere AWBZ-geïndiceerde doelgroepen worden overwogen.

#### **Welzijn en preventie**

Partners voor welzijn en preventie zijn welzijnsorganisaties voor ouderen, GGD Drenthe, zorgaanbieders in de verzorging en verpleging, sportorganisaties, vrijwilligersorganisaties, organisaties voor mantelzorgers.

Gemeenten kunnen samen met de partijen op lokaal niveau een brede visie ontwikkelen op het ouderenbeleid en uitvoering moeten geven aan de plannen. Hoe geef je het ouderenbeleid vorm nu het zorgaanbod zich wijzigt in het kader van de modernisering van de AWBZ? Wat is er nodig vanuit gemeenten en gemeentelijke voorzieningen om het langer thuis blijven wonen mogelijk te maken? Hoe kom je tot samenwerking en afstemming met alle partners?

#### RPCP

“Preventie zou centraal moeten staan.

Belangrijke punten zijn:

- Bewegen en sport
- Recreatieve activiteiten
- Maaltijdvoorziening, klussendienst
- Welzijnsvoorzieningen, activiteiten om vereenzaming tegen te gaan

De provinciale pilot Zorg en Welzijn is gericht op een betere afstemming van welzijns- en zorgvoorzieningen voor ouderen. Uitgangspunt hierbij is de opvatting dat welzijnsactiviteiten een preventieve werking hebben. Het gevolg is dat ouderen minder snel een beroep hoeven doen op zwaardere vormen van zorg. In projecten wordt de samenwerking tussen de verschillende partners op het gebied van ouderenzorg gestimuleerd.”

#### RIO

“Preventieve activiteiten vanuit welzijn zijn belangrijk en kunnen sterke effecten hebben op de vraag naar zorg.

Duidelijkheid als het gaat om doorverwijzing vanuit het RIO is van belang. Een registratiesysteem is wenselijk. Doel is een beter gebruik van voorliggende welzijnsvoorzieningen en het verkrijgen van betere en meer op lichte zorg gerichte welzijnsvoorzieningen voor ouderen, onder meer gericht op het doorbreken van isolement en eenzaamheid, bijvoorbeeld door huisbezoeken.

Er zou meer onderzoek gedaan moeten worden naar de effecten van interventies, zodat gericht beleid gevoerd kan gaan worden. Hierin zou de GGD een rol kunnen spelen. Het RIO kan per gemeente statistische gegevens aanleveren over aanvragen en indicaties.”

.

#### RZO

“Verzorgingshuizen en verpleeghuizen kijken steeds meer naar wat hun core business is, dat is het verlenen van intramurale zorg aan ouderen. Activiteiten (bewegen, welzijn) kunnen daarbij horen, maar kunnen bij woonzorgcombinaties en dergelijke ook worden uitbesteed.”

#### **Lokaal loket**

Partners als het gaat om een lokaal loket zijn alle partijen op lokaal en regionaal niveau.

Al een aantal jaren klinkt de vraag om de realisering van een lokaal loket voor welzijn, wonen en zorg. Binnen het kader van het project ‘Robuuste RIO’s’ wordt de verbinding tussen het RIO en het lokale niveau voorbereid.

Gemeenten kunnen op lokaal niveau, afhankelijk van de situatie met alle partijen in overleg treden over de wenselijkheid en de mogelijkheden van een lokaal loket. De wijze van invulling kan sterk verschillen, variërend van een logistieke benadering gericht op de toeleiding naar het RIO tot een benadering vanuit de vraagkant, waar ouderen geholpen worden een oplossing te vinden voor hun probleem.

#### RPCP

“De RPCP heeft een standpunt Zorgloket uitgewerkt. Zorglokets kunnen veel betekenen voor ouderen. Het moeten een plek zijn, waar mensen niet worden doorverwezen, maar de zorg of voorziening krijgen waar ze om vragen. Het loket is niet alleen een fysieke locatie per gemeente, maar ook een voorziening, die gebeld kan worden en die zitting houdt gespreid over de gemeente in laagdrempelige locaties als buurthuizen of verzorgingshuizen.

Ouderenadviseurs kunnen mensen helpen in het vinden van de juiste steun of zorg. Dit zijn een soort casemanagers.

Het loket en ook de ouderenadviseur kunnen worden verbonden met het welzijnswerk voor ouderen of met een andere voorziening.

Een loket moet de tijd krijgen om te gaan functioneren. Voorzieningen moeten bij het loket worden betrokken.”

#### RIO

“Het lokale loket bestaat vooral in het denken. Er ontstaat vaak te veel ideologische discussie. Een loket kan goed werken als entree. Het is te ontwikkelen vanuit de feitelijke gang van zaken en een logistieke benadering. De Wvg kan daar in mee worden genomen. Voor het RIO kunnen klanten zonder problemen decentraal worden ingevoerd.”

## Hoofdstuk 5

### OGGZ

In dit hoofdstuk zijn de resultaten verwerkt van interviews met GGZ Drenthe, GGzGroningen, RIBW, CAD en de RPCP. Tevens zijn algemene beleidsstukken, zoals beleidsbrieven van VWS en handleidingen van de VNG en GGD Nederland verwerkt. Met GGD Drenthe zijn besprekingen gaande over de invulling van haar rol op het terrein van de OGGZ.

De gemeenten in Noord en Midden Drenthe hebben ter voorbereiding op het OGGZ-beleid op 21 november 2002 een conferentie georganiseerd, gericht op het maken van werkafspraken op lokaal niveau. De resultaten van de conferentie zijn eveneens verwerkt in dit hoofdstuk. Uitwerking van het OGGZ-beleid zal in een wisselwerking tussen het regionale en het lokale niveau plaatsvinden.

#### 5.1 Definitie

Op landelijk niveau wordt voor de OGGZ de volgende definitie gehanteerd:

“OGGZ omvat alle activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, die worden uitgevoerd niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag.”

De OGGZ is dus niet vraaggestuurd. Derden, zoals politie, burgers, woningcorporaties, scholen, GGZ-instellingen initiëren de hulp voor cliënten. Voor OGGZ wordt ook het begrip ‘bemoeizorg’ gebruikt.

De toevoeging “openbaar” maakt duidelijk dat er sprake is van een publieke verantwoordelijkheid en dat er raakvlakken zijn met het openbaar bestuur.

Doel van het OGGZ-beleid is om in de voorzienings sfeer tot een gezamenlijk optreden te komen van instellingen en instanties die ieder voor een deel van de OGGZ verantwoordelijk zijn. Kwetsbare groepen blijven nu nog te vaak van effectieve hulp verstoken omdat de samenwerking bij de sterk gedifferentieerde hulpverlening tekortschiet.

Achtergrond voor het ontstaan van het OGGZ-beleid is de versnippering in het zorgaanbod en de beleidsvoering. Het lokale aanbod moet worden afgestemd op de lokale vraag naar OGGZ-zorg. Die afstemming kan alleen tot stand komen als partijen met elkaar gaan samenwerken en hun beleid afstemmen.

#### 5.2 Het basisaanbod van de OGGZ

Op landelijk niveau is tussen partijen een convenant afgesproken, waarin het basisaanbod OGGZ wordt benoemd.

De kern van de OGGZ wordt gevormd door vangnetactiviteiten en preventie.

Vangnetactiviteiten hebben betrekking op onder meer bemoeizorg en thuislozenzorg.

Preventie richt zich met name op beïnvloeding van het gedragsrepertoire en het leren omgaan met psychiatrische problemen. Preventie omvat een breed pakket aan activiteiten en maatregelen waaronder psycho-educatieve programma's en lesprogramma's gericht op thema's als kinderen van ouders met psychiatrische problematiek, riskante middelen etc.

## Basisaanbod OGGZ in schema

<i>Onderdeel</i>	<i>Doel</i>	<i>Primair verantwoordelijken</i>
Crisisopvang/acute zorg	Crisisinterventie en crisisopvang	7x24 uursdienst amb. GGZ, crisisopvangcentra (o.a. MO)
Bemoeizorg	Bereiken van individuen/risicogroepen die zelf niet om hulp vragen	GGD, amb. GGZ, VZ, MO
Dak- en thuislozenzorg	Opvang van dak- en thuislozen (bed, bad, brood), bevorderen uitstroom en beperken instroom	MO
Preventie	Preventieprogramma's gericht op beïnvloeding van risicofactoren (onder meer gedragsverandering van groepen mensen met een verhoogd risico)	GGD, amb. GGZ, VZ, i.s.m. andere organisaties
Sociale kaart	Inzicht bieden in OGGZ aanbieders/activiteiten/adressen/plaatsen	GGD
Rampenplan (psychosociale hulpverlening)	Coördinatie, aansturing en uitvoering OGGZ-activiteiten bij calamiteiten	GGD (coördinatie), GGZ (uitvoering)
Signalering en beleidsadvisering	Monitoren van aspecten van OGGZ m.b.v. epidemiologie, registratie etc. Advisering aan overheden.	GGD
Consultatie tussen OGGZ-partners	Advisering OGGZ-uitvoerders	GGD, MO, amb. GGZ en VZ

### 5.3 Gemeentelijke regie

De gemeente is verantwoordelijk voor de regie in de OGGZ. De regie bestaat onder andere uit het ontwikkelen en bewaken van een integrale aanpak van de OGGZ-problematiek. Ook is de gemeente verantwoordelijk voor het instellen en instandhouden van de samenwerkingsverbanden.

Als onderdeel van de regierol is de gemeente verplicht lokaal of regionaal convenanten af te sluiten met alle betrokken partijen.

Voor de OGGZ is rijksgeld beschikbaar om initiatieven vorm te geven en ontwikkelingen te stimuleren. De middelen worden verdeeld via het zorgkantoor. In principe gaan de gelden naar de uitvoering.

Voor elk van de onderdelen in het basisaanbod heeft de VNG voor de gemeenten geformuleerd wat haar taken en verantwoordelijkheden zijn:

<i>Onderdeel</i>	<i>Rol gemeente</i>
Crisisopvang/acute zorg	De gemeente moet er op toezien, dat er faciliteiten voor crisisopvang en acute zorg aanwezig zijn en naar behoren functioneren. (voorwaarden en kwaliteitsbeleid) Indien nodig kan ze zorgen voor afstemming GGZ en VZ en de MO. De gemeente verstrekt de MO-gelden.
Bemoeizorg	De gemeente heeft zicht op de problematiek. Ze moet de totstandkoming van outreachende hulp bevorderen door het creëren van voorwaarden. Ook checkt ze de kwaliteit van de hulpverlening.
Dak- en thuislozenzorg	Gemeenten moeten zorgen dat er voor dak- en thuislozen activiteiten worden uitgevoerd. MO-gelden gaan naar de centrumgemeenten.
Preventie	Gemeenten moeten ervoor zorgen dat er preventieactiviteiten worden uitgevoerd. Ze heeft een checkfunctie en een bevorderende functie.
Sociale kaart	Gemeenten moeten de totstandkoming van een sociale kaart bevorderen.
Rampenplan (psychosociale hulpverlening)	De gemeente is verantwoordelijk voor het aanwezig zijn van een rampenplan. De gemeenten dienen hierover met de GGD afspraken te maken.
Signalering en beleidsadvisering	De gemeente ziet er op toe dat dit onderdeel wordt gerealiseerd. Ze kan hiervoor de GGD inschakelen, daar de GGD via onderzoeken en registraties al veel signaleert. De OGGZ kan hierin worden meegenomen. Ook heeft de gemeente voor haar eigen beleid er belang bij om goed op de hoogte te zijn.
Consultatie tussen OGGZ-partners	De gemeente zorgt ervoor, dat de consultatie een vaste plaats krijgt in het OGGZ-aanbod, door partners er het belang ervan te laten inzien.

#### **5.4 Drenthe**

De stadia waarin de verschillende Drentse gemeenten inzake beleid en praktijk verkeren zijn zeer divers. Een aantal gemeenten heeft al OGGZ-beleid ontwikkeld, andere moeten nog beginnen.

In het Convenant Geestelijke Gezondheidszorg Drenthe is een artikel opgenomen, waarin wordt aangegeven, dat GGZ-Drenthe samen met de VDG namens de Drentse gemeenten het initiatief neemt tot het oprichten van een regionaal platform OGGZ.

In 2001 is in Drenthe een werkconferentie OGGZ georganiseerd, waar uitgangspunten zijn geformuleerd voor de OGGZ. De initiatiefgroep, bestaande uit de VDG, een vertegenwoordiger van de portefeuillehouders, RIBW en GGZ-Drenthe, aangevuld met CAD en de RPCP (adviseur) is gevraagd om een vervolg te geven aan de werkconferentie. Door de initiatiefgroep bereidt een provinciebreed OGGZ-project voor op basis van de OGGZ-zorgvernieuwingsgelden gericht op het in gang zetten van beleid en het versterken van de OGGZ-praktijk in Drenthe.

De psychosociale hulpverlening in het kader van de GHOR is een onderdeel van de OGGZ.. In noordelijk verband werken de GGD'en dit beleid uit. Er wordt samengewerkt worden met slachtofferhulp, maatschappelijk werk en het Rode Kruis.

In het algemeen vragen de provinciale partijen (GGZ Drenthe, GGzGroningen, RIBW-Drenthe en CAD Drenthe) van de gemeenten en van de GGD om een actieve opstelling en de bereidheid de regierol op te pakken.

### **5.5 OGGZ, een concrete aanpak**

Uit de gesprekken en de ontwikkelingen op het Drentse vlak is duidelijk geworden, dat overleg met de partijen noodzakelijk is om tot een goede invulling van de OGGZ te komen in de provincie en in de regio. Samenwerking is het sleutelwoord, welzijn, zorg, arbeid en sociale zaken de werkerreinen.

OGGZ-beleid is vangnetbeleid en daardoor erg moeilijk onder een eenvoudige noemer te vangen. Om helderheid te krijgen is het voor de hand liggend te kiezen voor een concrete aanpak op basis van problemen die spelen op lokaal niveau. De provinciale instellingen zijn hierin ook duidelijk geweest en hebben een groot aantal onderwerpen aangedragen.

Genoemd zijn de ondersteuning en begeleiding van mensen met psychiatrische problemen, de ondersteuning van de mantelzorg en de versterking van het Maatjesproject, er zou gewerkt moeten worden met casemanagers en aan bemoeizorg worden gedaan om ook zorgmijders te bereiken. Samenwerking met de Sociale Werkvoorziening is belangrijk. Instanties zouden ook moeten leren (ex) psychiatrische patiënten goed te bejegenen. Verslavingsproblemen zouden beter moeten worden gesignaleerd door beroepsgroepen.

Voor jongeren is outreachende zorg belangrijk, die kun je benaderen op hangplekken. Het aanbod aan psychiatrische thuiszorg kan worden versterkt. In de preventieve sfeer kunnen gemeenten een alcoholmatigingsbeleid gaan voeren.

### **5.6 OGGZ in de regio Noord en Midden Drenthe**

Het landelijk beleid en de situatie in de provincie Drenthe vormen samen de achtergrond waartegen gemeenten in Noord en Midden Drenthe samen met de betrokken partijen in het veld vorm willen geven aan het lokale OGGZ-beleid.

Op 21 november 2002 is in het gemeentehuis te Gieten een regionale OGGZ-conferentie gehouden als start voor het OGGZ-beleid in Noord en Midden Drenthe.

Tijdens de conferentie is een concept voor de organisatie van de OGGZ ontwikkeld dat uitgaat van twee functies, te weten de signaleringsfunctie en de zorgfunctie.

Ook is er gesproken over de voorwaarden.

#### **De signaleringsfunctie**

De signaleringsfunctie is een functie op lokaal niveau. Er is een groot aantal organisaties en disciplines die een rol spelen bij de signalering van OGGZ-problemen.

De woningstichtingen weten welke mensen moeite hebben met hun woongedrag, huurproblemen hebben of waar sprake is van overlast. De politie is op de hoogte van laakbaar gedrag en problemen met bepaalde wijkbewoners. De thuiszorg, het maatschappelijk werk weten waar zich problemen voordoen. Gemeenten die hun beleid opbouwen vanuit het wijkbeheer hebben via dat kanaal ook inzicht in de problematiek, evenals vanuit sociale zaken. In sommige gemeenten wordt de vuilophaaldienst gevraagd te letten op verwaarlozing van woningen en tuinen.

Geconstateerd is tijdens de conferentie dat partijen en organisaties in de gemeenten in Noord en Midden Drenthe elkaar nog moeilijk kunnen vinden als het gaat om het uitwisselen en koppelen van signalen. Er is in veel gemeenten behoefte aan een meldpunt waar de signalen neergelegd kunnen worden.

### **De zorgfunctie**

De zorgfunctie concentreert zich op regionaal of provinciaal niveau, behoudens het algemeen maatschappelijk werk. Samen met het maatschappelijk werk bieden CAD Drenthe, GGD Drenthe, GGZ Drenthe en RIBW-Drenthe elk een scala aan diensten die tot oplossingen of het draaglijker maken van problemen kunnen leiden.

De betrokken organisaties op lokaal niveau hebben vaak weinig zicht op de mogelijkheden van de regionale organisaties die een taak hebben bij het oplossen van problemen rond het wonen en gedrag van mensen in hun woonomgeving.

Tijdens de conferentie wordt wat betreft de zorgfunctie op het regionale niveau gesproken over een meld- en coördinatiepunt, dat een passend aanbod regelt om tot een oplossing te komen.

### **Voorwaarden**

De eerste voorwaarde voor de uitwerking van een goed OGGZ-beleid is, dat gezamenlijk de keuze wordt gemaakt van het samen doen in plaats van het naar elkaar doorschuiven van cliënten met problemen.

Tweede voorwaarde om de OGGZ adequaat op te bouwen is het bij elkaar brengen van middelen. Een goede aanpak spaart bij organisaties gelden uit voor ontruiming, zorg, eerstelijns hulp en tuinonderhoud. De besparingen kunnen worden ingezet voor het financieren van de signaleringsfunctie, de registratie en de coördinatie van de zorg.

Tot slot kan het stimuleren van innovatieve projecten een belangrijke bijdrage leveren aan de voortgang. Een OGGZ-fonds, beheerd door de gezamenlijke partners is hier een mogelijkheid.

### **Uitwerking**

De resultaten van de conferentie worden door de gemeenten op lokaal en regionaal niveau uitgewerkt.

Provinciaal wordt gewerkt aan de invulling van een coördinerende functie binnen de GGD.

## Hoofdstuk 6

### Jeugd

In hoofdstuk 2 is aangegeven, dat er ten aanzien van het beleid voor jeugdigen drie ontwikkelingslijnen zijn te traceren: Het lokale jeugdbeleid, de nieuwe wet op de jeugdzorg met de Toegangen op lokaal niveau en de ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg. Het lokale jeugdbeleid wordt op gemeentelijk niveau uitgewerkt en komt om die reden niet in deze regionale nota aan de orde. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de stand van zaken in de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg.

#### 6.1 Jeugdgezondheidszorg

Er zijn op basis van de nieuwe WCPV, die vanaf 1 januari 2003 van kracht is geworden, een aantal ontwikkelingen op het terrein van de jeugdgezondheidszorg ingezet. Het gaat hierbij om het onder regie van de gemeenten brengen van de JGZ 0-4 jaar, zodat de gehele JGZ van 0-19 jaar onder verantwoordelijkheid van de gemeenten wordt uitgevoerd. Tweede lijn is de introductie van het Basistakenpakket JGZ, bestaande uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Het basistakenpakket JGZ kent zes productgroepen:

1. Monitoring en signalering
2. Inschatten zorgbehoefte
3. Screeningen en vaccinaties
4. Voorlichting, advies, instructie en begeleiding
5. Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen
6. Zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking.

Voor de meeste productgroepen is er sprake van een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniforme deel bevat de werkzaamheden die gestandaardiseerd aan alle individuen uit de doelgroep moeten worden aangeboden. Voor de uitvoering zijn nog voor 1 januari 2003 nadere richtlijnen uitgevaardigd.

Het maatwerkdeel van het basistakenpakket bevat de werkzaamheden die bepaald worden door specifieke zorgbehoeften of de regionale of lokale gezondheidssituatie. Het is de bedoeling, dat de gemeenten het beleid inzake het maatwerkdeel en de onderbouwing ervan beschrijven in de nota volksgezondheidsbeleid.

In Drenthe is besloten om de beide uitvoerende organisaties van de jeugdgezondheidszorg, te weten Icare en GGD Drenthe te laten samenwerken en het beleid en de uitvoering te laten afstemmen. GGD Drenthe en Icare hebben in september 2002 een gezamenlijk voorstel voor een plan gedaan om de voorbereiding voor de samenwerking in 2003 en 2004 te continueren. Landelijk worden 2003 en 2004 beschouwd als overgangsjaren.

#### 6.2 Jeugdzorg in Drenthe

Er is een nieuwe Wet op de jeugdzorg in voorbereiding die naar verwachting al in 2004 inwerking had zullen treden treden. De ingangsdatum is opgeschoven naar 2005. De nieuwe wet regelt de functie van het Bureau Jeugdzorg.

Uitgangspunt van de wet is de scheiding tussen de indicatiestelling en zorgtoewijzing enerzijds en de zorgverlening anderzijds conform de organisatie van de AWBZ. Er komt per provincie één Bureau Jeugdzorg, dat de toegang vormt tot de jeugdzorg en een poortwachterfunctie krijgt. Het Bureau Jeugdzorg formuleert de hulpvraag en zorgt ook dat de hulp wordt geboden. Uitgangspunt is daarbij dat zorg wordt geboden in de minst ingrijpende vorm, zo dicht mogelijk bij huis en gedurende een zo kort mogelijke periode. Dan kan blijken dat een lokale voorziening de aangewezen weg naar de oplossing is of dat de jeugdige kan worden geholpen door iemand van het Bureau Jeugdzorg. Als dat niet mogelijk is helpt het Bureau Jeugdzorg de hulpvraag te verduidelijken en zorgt voor de indicatiestelling tot de niet

vrij toegankelijke zorg. Aan elke jongere wordt door het Bureau Jeugdzorg een casemanager toegewezen die ervoor zorgdraagt, dat de jongere die hulp krijgt waar hij of zij recht op heeft. Andere taken van het Bureau Jeugdzorg zijn signalering en preventie, informatie, voorlichting, advies en consultatie, kortdurende ambulante hulp en crisisinterventie. De gezinsvoogdij en de voogdij, de jeugdreclassering en het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling zijn ook in het Bureau Jeugdzorg ondergebracht.

In het kader van de nieuwe wet is het de taak van het Bureau Jeugdzorg om te voorkomen dat jeugdigen in de zorg terecht komen. Hiervoor is nauwe samenwerking noodzakelijk tussen het Bureau Jeugdzorg en het lokale jeugdbeleid. Gemeenten worden geacht een effectief, efficiënt en samenhangend jeugdbeleid te voeren.

De provincie is verantwoordelijk voor de planning en financiering van het Bureau Jeugdzorg.

De provincie werkt toe naar een dekkend netwerk van lokale Toegangen voor de Jeugdzorg. Momenteel vervullen de Toegangen op lokaal niveau de functies van het toekomstige Bureau Jeugdzorg. In de Toegangen zijn alle voorliggende voorzieningen en de Jeugdzorg betrokken. De Toegangen zijn er op gericht de jeugdige zo dicht mogelijk bij huis de lichtst mogelijke vorm van hulp te geven, zodat de druk op de zwaardere hulp op indicatie kan afnemen. Ook hebben de Toegangen een preventieve taak, die wordt uitgevoerd door de samenwerkende organisaties op dit terrein vanuit Preventie Coördinatie Punten.

In het Beleidskader 2003-2006 stelt de provincie zich ten doel dat de Toegangen een centrale plaats krijgen in het gemeentelijk beleid om zo de netwerken rond jeugdigen beter te kunnen ondersteunen, preventieve activiteiten te kunnen coördineren en een schakel te kunnen vormen tot vervolghulp. In Noord en Midden Drenthe zijn Toegangen in Assen, Noordenveld en Aa en Hunze. Een Toegang in Midden Drenthe is in voorbereiding.

De provincie wil toe naar een vorm voor het Bureau Jeugdzorg, die aansluit bij de structuur van de Toegangen en een goede ingang voor de zorg op indicatie garandeert.

Om te komen tot een Drents Bureau Jeugdzorg hebben Jeugdzorg Drenthe, GGZ Drenthe en Accare (kinder- en jeugdpsychiatrie, Smilde, Rolde), Icare, het schoolmaatschappelijk werk, de GGD en de SPD (Sociaal Pedagogische Dienst met toegangsfuncties licht verstandelijk gehandicapten en zorg- en dienstverlening aan verstandelijk en lichamelijk gehandicapten) het initiatief genomen om te komen tot samenwerking. Die samenwerking moet leiden tot een laagdrempelige toegang tot de jeugdzorg en het optimaliseren van de aansluiting op de lokale zorgstructuren en het onderwijs. Ook wil men een bijdrage leveren aan het versterken van de lokale jeugdzorg door het inzetten van expertise in preventieprojecten.

Om tot een passend en samenhangend aanbod in de jeugdzorg te komen is in de Drenthe de Werkmaatschappij Ontwikkeling Jeugdzorg opgericht. De WOJD is een samenwerkingsverband van Jeugdzorg Drenthe, GGZ Drenthe, Accare, ZMOK (Zeer Moeilijk Opvoedbare Kinderen, zgn. cluster 4 onderwijs, Smilde, Papenvoort en Rolde), de Drentse Federatie AMW en Icare.

Er wordt vanuit een netwerkorganisatie van alle betrokken instellingen toegewerkt naar een samenhangend en intersectoraal aanbod in modules en zorgprogramma's. GGZ Drenthe en Accare zijn bezig dit aanbod vorm te geven binnen en kinder- en jeugdpsychiatrische circuit (AWBZ), zodat ook dit circuit goed gaat aansluiten bij de modules en programma's in de jeugdhulpverlening (Jeugdzorg Drenthe), de zorg voor ZMOK en licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (Dreei, Hoogeveen) en in de justitiële inrichtingen. (Het Poortje, Groningen, Veenhuizen).



# Bijlage 1

## Het wettelijk kader

### **Gemeentewet**

Artikel 149 van de Gemeentewet geeft de gemeenteraad de bevoegdheid om verordeningen te maken in het belang van de gemeente. In de huidige Gemeentewet is de opsomming van onderwerpen (openbare orde, zedelijkheid en de gezondheid) komen te vervallen, omdat het slechts om voorbeelden ging. Voorheen werd gezondheid dus wel expliciet genoemd.

### **Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg)**

Het gemeentebestuur draagt zorg voor het verlenen van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen ten behoeve van gehandicapten, zodat deze kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. De gemeente moet bij verordening in dit kader regels vaststellen.

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

De WCPV draagt aan de gemeenten op om collectieve preventie te bevorderen en infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg en de bestrijding van epidemieën uit te doen voeren. Verder verplicht de wet de gemeenten om een GGD te hebben, die hen ter uitvoering van de wet ter beschikking staat.

Op basis van het Besluit Collectieve Preventie Volksgezondheid moeten gemeenten ten behoeve van de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker het uitnodigen van de doelgroepen faciliteren.

### **Wet ambulancevervoer**

Deze wet verplicht gemeenten om samen te werken in centrale posten ambulancevervoer en in ambulancevervoer te voorzien als het particulier initiatief dat niet doet.

### **Infectieziektewet**

In de Infectieziektewet zijn verschillende zaken geregeld ten aanzien van hoe de gemeenten moeten reageren op het vóórkomen van de in de wet genoemde infectieziekten en welke bevoegdheden ze hebben om verdere infecties te voorkomen.

### **Wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)**

De Wet BOPZ geeft de burgemeester de bevoegdheid om mensen die vanwege hun psychische toestand acuut gevaar veroorzaken voor zichzelf of hun omgeving met een in bewaringstelling verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

### **Welzijnswet**

In de welzijnswet is geregeld dat er een gezamenlijke inspanning op maatschappelijk en sociaal-cultureel terrein moet zijn, in samenwerking met het particulier initiatief om:

- de ontplooiingsmogelijkheden van mensen te vergroten en hun zelfredzaamheid alsmede hun deelname aan de samenleving te stimuleren met name om te voorkomen dat mensen in een achterstandspositie raken
- 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.

Beleidsterreinen die onder deze wet vallen zijn: welzijn jeugd, kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, sociale pensions, sociaal-cultureel werk, emancipatie, sport, welzijn ouderen, welzijn gehandicapten, integratie vluchtelingen, ambulante verslavingszorg, vrouwenopvang en maatschappelijke opvang.

### **Wet op de Lijkbezorging**

Deze wet regelt hoe de gemeente moet handelen bij overlijden, begraven en cremieren. Onder meer is de gemeente verplicht om te beschikken over een gemeentelijk lijkschouwer.

### **Quarantainewet**

Deze wet bevat voorschriften over het voorkomen en weren van bepaalde besmettelijke ziekten bij mensen die Nederland binnenkomen.

### **Destructiewet**

De gemeente moet ervoor zorgen dat kadavers van in de wet genoemde dieren (destructiemateriaal) op hygiënische wijze worden afgevoerd naar het zogenaamde destructiebedrijf dat van die kadavers nuttige producten maakt. Op basis van deze wet moet de gemeente een verordening maken waarin is geregeld wat de houder van dat destructiemateriaal ermee moet doen, hoe het moet worden bewaard totdat het wordt opgehaald et cetera.

### **Waterleidingwet**

Er is een verbinding van deze wet met de Wet Bestrijding Infectieziekten. Wanneer werknemers van een waterleidingbedrijf een besmettelijke ziekte hebben, moet dat worden gemeld bij de Inspecteur voor de Volksgezondheid of bij de directeur van de GGD.

### **Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen**

De gemeenten in de werkgebieden van in de wet genoemde clusters van GGD'en (i.c. de provincie Drenthe) hebben een gemeenschappelijke regeling afgesloten voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen GHOR. In het kader van de GHOR worden de inbreng van de GGD, de Centrale Post Ambulancevervoer, de ambulancedienst, de gemeenten, de brandweer en de politie gebundeld tot een geneeskundige organisatie, die bij grootschalige ongevallen en rampen kan optreden.

### **Rampenwet**

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

### **Wetgeving buitengewoon onderwijs**

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

### **Wet Werk en Bijstand (sociaal medische advisering)**

De GGD geeft adviezen aan de gemeenten behoeve van beschikkingen op basis van de Algemene Bijstandswet (Wet Werk en Bijstand).

### **Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**

De provinciale entadministratie zorgt voor de uitvoering van het vaccinatiebesluit. Het vaccinatiebesluit is een besluit op grond van de AWBZ. Gemeenten zijn verplicht op basis

van artikel 57 van de AWBZ en de daarbij behorende ministeriële regeling kosteloos gegevens te leveren ten behoeve van de uitvoering van de AWBZ.

Verder subsidieert het College voor Zorgverzekeringen uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten momenteel het bevolkingsonderzoek op borstkanker, waarin de gemeenten c.q. de GGD een belangrijke faciliterende en voorlichtende rol vervullen.

Gemeenten dienen aan de (geautoriseerde) uitvoerders van de onderzoeken op systematische wijze gegevens uit de GBA te verstrekken ten behoeve van de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker. Tenslotte zijn gemeenten op basis van de AWBZ vanaf 1 januari 1997 wettelijk verantwoordelijk voor de indicatiestelling in de sector verzorging en verpleging.

### **Ziekenfondswet**

Een aantal gemeenten heeft te maken met het logopedistenbesluit, dat gebaseerd is op de Ziekenfondswet. De reden is dat deze gemeenten zowel preventieve als curatieve logopedie binnen de GGD doen uitvoeren.

### **Wet tarieven gezondheidszorg**

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten is aangewezen als representatief orgaan in het kader van deze wet, omdat gemeenten optreden als uitvoerder van ambulancevervoerplannen op basis van de Wet ambulancevervoer.

### **Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging**

Gemeenten hebben op grond van het Zorgindicatiebesluit per 1 januari 1998 de verantwoordelijkheid voor het instandhouden van een indicatieorgaan voor de awbz gefinancierde zorg van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg in hun werkgebied. Deze verantwoordelijkheid komt per 1 januari 2005 te vervallen.

### **Kwaliteitswet Zorginstellingen**

Deze wet bevat regels omtrent de wijze waarop de kwaliteit van zorg, verleend door zorginstellingen door de overheid wordt gewaarborgd. De wet draagt gemeenten die een instelling instandhouden, op om toezicht te houden op de kwaliteitszorg van die instelling.

## Bijlage 2

### Tekst Wet Collectieve Preventie Gezondheidszorg

#### Het wetsvoorstel na behandeling door de Tweede Kamer

De onderstaande tekst bevat het voorstel tot wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid, zoals dat na amendering op 9 april 2002 door de Tweede Kamer is aangenomen.

#### VOORSTEL VAN WET

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is een aantal gemeentelijke taken op het gebied van de collectieve preventie in de Wet collectieve preventie volksgezondheid duidelijker te omschrijven en in die wet ook enige rijkstaken op te nemen;

Zo is het dat Wij, de Raad van State gehoord en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

#### Artikel I

##### § 1 Inleiding

#### Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
  - a) “Onze Minister”: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
  - b) “collectieve preventie”: bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking;
  - c) “epidemie van infectieziekten”: een in korte tijd sterke toename van het aantal nieuwe patiënten lijdend aan een bij of krachtens artikel 2 of 3 van de Infectieziektewet aangewezen ziekte;
  - d) “jeugdgezondheidszorg”: preventieve gezondheidszorg ten behoeve van personen in de leeftijd van nul tot negentien jaar, bestaande uit de in artikel 3a, tweede lid, bedoelde taken.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan voor één of meer van de bij die maatregel aangewezen taken met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg een van het eerste lid, onderdeel d, afwijkende leeftijdsgrens worden vastgesteld, met dien verstande dat de maximumleeftijd ten hoogste op negentien jaar wordt gesteld.

##### § 2 Gemeentelijke taken

#### Artikel 2

1. De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

2. Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:

- a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld;
- b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- c) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- d) 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;
- e) het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;
- f) het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid, onder a en onder c tot en met f, vermelde werkzaamheden nader worden uitgewerkt.

### **Artikel 3**

1. De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding

2. Onze Minister kan ter zake van de bestrijding van een epidemie van infectieziekten een aanwijzing geven aan de gemeenteraad, indien deze niet of niet naar behoren maatregelen treft ter bestrijding van de epidemie, terwijl er ernstig gevaar voor de volksgezondheid dreigt en een bovenregionale verspreiding van de desbetreffende infectieziekte te verwachten is.

3. Onze Minister pleegt over een voornemen tot het geven van een aanwijzing overleg met de gemeenteraad. Hij deelt het nemen van de aanwijzing, onder vermelding van de reden daarvoor, mede aan de beide kamers van de Staten-Generaal.

### **Artikel 3a**

1. De gemeenteraad draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking van het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:
  - a) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en – bedreigende factoren;
  - b) het ramen van de behoeften aan zorg;
  - c) de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van de perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïde (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma.
  - d) het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
  - e) het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid genoemde taken nader worden uitgewerkt.

### **Artikel 3b**

De gemeenteraad stelt voor 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij ten minste aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting.

### **Artikel 4**

1. Indien de gemeenteraad een bijdrage heft voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van collectieve preventie draagt hij er zorg voor dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden.
2. Geen bijdrage wordt geheven voor de bij of krachtens artikel 3 opgedragen taken, behoudens in gevallen bij algemene maatregel van bestuur genoemd.

### **Artikel 5**

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de gemeenteraden zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.
2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

### **Artikel 5a**

Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels staat het de gemeenteraad vrij om de taken of onderdelen van taken, als bedoeld in artikel 3a, tweede lid, onder a tot en met d, te laten uitvoeren door de instellingen voor zorg aan ouder en kind, als bedoeld in artikel 26a van het Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering.

## **Artikel 6**

1. De gemeenteraad draagt er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:

- a) geneeskunde;
- b) epidemiologie;
- c) verpleegkunde;
- d) gezondheidsvoorlichting en –opvoeding;
- e) tandzorg;
- f) gedragswetenschappen;
- g) informatica;

2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de door de in het eerste lid genoemde deskundigen gevolgde opleidingen of verlangde deskundigheidseisen; de gestelde regels kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

## **§ 3 Rijkstaken**

### **Artikel 7**

1. Onze Minister bevordert de kwaliteit en de doelmatigheid van de collectieve preventie.
2. Hij stelt voor het eerst in 2002 en vervolgens elke vier jaar bij nota landelijke prioriteiten vast op het gebied van de collectieve preventie.
3. Hij stelt in ieder geval eenmaal per vier jaar een landelijk programma vast voor uitvoering van onderzoek op het terrein van collectieve preventie.
4. Hij draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.
5. Hij bevordert de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie.

### **Artikel 7a**

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

## **§ 4 Gegevensverstrekking**

### **Artikel 8**

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen met het oog op het bepaalde in artikel 2, tweede lid, onder a, regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van gegevens aan gemeenten door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de volksgezondheid. In de maatregel kan het stellen van nadere regels ten aanzien van daarbij aangewezen onderwerpen aan Onze Minister worden opgedragen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van systematische informatie door gemeenten aan Onze Minister inzake de uitvoering van de wet.
3. De in dit artikel bedoelde algemene maatregelen van bestuur bevatten ten minste regels met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten, en kunnen de in het eerste en tweede lid bedoelde gegevensverstrekking verplicht stellen.

## **§ 5 Slotbepalingen**

### **Artikel 9 tot en met 14 (vervallen)**

### **Artikel 15**

Deze wet kan worden aangehaald als ‘Wet collectieve preventie volksgezondheid’.

### **Artikel II**

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden gesteld. Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

### **Bijlage 3: De gezondheidssituatie in Noord en Midden Drenthe**

Periodiek epidemiologisch onderzoek in Noord en Midden Drenthe toont de belangrijkste gezondheidsproblemen in de regio op populatieniveau. Het betreft dan twee typen gezondheidsproblemen:

1. veel voorkomende kwalen;
2. veel voorkomende ongezonde leefgewoonten die leiden tot verschillende ziekten en kwalen en vroegtijdige sterfte.

Er zijn vier populaties onderzocht: jongeren van 10 - 19 jaar, jongeren van 19 – 23 jaar, inwoners van 20 t/m 79 jaar en zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder. De gehanteerde onderzoeksmethode was in alle gevallen enquêtering van de populatie. In deze bijlage worden de belangrijkste uitkomsten weergegeven.

Najaar 2003 zal een onderzoek plaats vinden onder volwassenen van 20-64 jaar.

#### **Gezondheidsenquête Noord en Midden Drenthe 1998**

1. Van de inwoners van Noord en Midden Drenthe heeft 32% minimaal één allergie.  
Er is een verband tussen allergie en sekse. Vrouwen zijn significant vaker allergisch voor één of andere stof dan mannen.  
Deze problematiek neemt toe wellicht als gevolg van toenemende hygiëne;
2. Veel ziekten en aandoeningen komen significant meer voor bij personen met overgewicht dan bij personen zonder overgewicht. Het gaat om kwalen als hoge bloeddruk, astma/chronische bronchitis, gewrichtsslijtage, epilepsie en langdurige rugaandoening. 20% van de mannen en 14% van de vrouwen heeft overgewicht en 7% van de mannen en 9% van de vrouwen heeft ernstig overgewicht. Er is een verband tussen overgewicht en:
  - a. sekse;
  - b. leeftijd. Van de personen boven de 50 jaar heeft ruim een derde overgewicht;
  - c. opleidingsniveau. 15% van de mensen met een hoge opleiding heeft overgewicht tegenover 36 % van de mensen met een lage opleiding. Dit hangt waarschijnlijk samen met:
    - inkomen. Mensen met een hoger inkomen zijn eerder in staat en bereid de contributie van sportverenigingen te betalen en meer te betalen voor gezonde voeding;
    - kennis van gezonde voeding;
  - d. sporten. Relatief meer niet-sporters dan sporters hebben overgewicht. Er bestaat een verband tussen sporten en:
    - opleiding. Van de respondenten met een lage opleiding sport 25% en met een hoge opleiding 52% één keer in de week of vaker;
    - sekse. Bij 20% van de mannen en 15% van de vrouwen is sprake van algehele bewegingsarmoede (minder dan een half uur per week sport of lichaamsbeweging).
3. 34% van alle respondenten heeft psychische klachten. Dit percentage is groeiende. Het betreft voor het overgrote deel lichte psychische klachten van mogelijk voorbijgaande aard. Er is een verband tussen psychische klachten en:
  - a. leeftijd. Met toenemende leeftijd krijgen meer mensen psychische klachten;
  - b. opleidingsniveau. Verhoudingsgewijs hebben meer mensen met een laag opleidingsniveau psychische klachten dan mensen met een hoog opleidingsniveau. Dit wederom hangt waarschijnlijk samen met:

- inkomen. Wellicht hebben relatief minder mensen met een hoog inkomen financiële problemen dan mensen met een laag inkomen;
  - coping-gedrag. Wellicht zijn mensen met een hoog opleidingsniveau beter in staat om te gaan met dagelijkse problemen dan mensen met een laag opleidingsniveau;
- c. het hebben van werk. Onder werklozen komen verhoudingsgewijs veel meer psychische klachten voor dan onder niet-werklozen. Dit hangt waarschijnlijk ook samen met inkomensproblemen;
  - d. het al dan niet last hebben gehad van ongewenste intimiteiten of het al dan niet seksueel misbruikt zijn. Van alle vrouwen van 20 tot en met 49 jaar heeft 13% ooit last gehad van ongewenste intimiteiten of is ooit seksueel misbruikt;
  - e. roken. Rokers hebben vaker psychische klachten dan niet-rokers.
4. Roken is de belangrijkste risicofactor voor ziekte en sterfte. Chronische longaandoeningen worden voor een belangrijk deel veroorzaakt door roken. Rokers sterven vaker aan een hartinfarct, longkanker, beroerte en longemfyseem. Van alle rokers die als tiener beginnen met roken zal uiteindelijk de helft sterven als gevolg van een door roken veroorzaakte ziekte. Gemiddeld sterven rokers zeven jaren eerder dan niet-rokers. 31% van de Noord en Midden Drentse bevolking van 20 tot en met 79 jaar rookt. Er bestaat een verband tussen roken en opleidingsniveau. 37% van de mensen met een laag of middelbaar opleidingsniveau rookt tegenover 20% van de mensen met een hoog opleidingsniveau. Mogelijk hangt dit samen met een geringere kennis van de gevolgen van roken.
- Het aantal rokers is de afgelopen jaren stabiel, ook onder jongeren. Ruim de helft van de rokers wil stoppen met roken.

### **Ouderenonderzoek 1996**

1. Meer dan de helft van de ouderen weet niet waar men informatie kan krijgen over maaltijdvoorziening, persoonlijke verzorging thuis, woningaanpassing, huursubsidie, personenalarmering, kwijschelding van gemeentelijke belasting, bijzondere bijstand, vergoeding kosten vanwege WVG en aanschaf van hulpmiddelen;
2. 32% van de ouderen voelt zich eenzaam of zeer eenzaam. Het blijkt dat ouderen die eenzaam zijn vaker lichamelijke klachten hebben en een groter beroep doen op de gezondheidszorg;
3. 42% van de ouderen (51% van de vrouwen en 78% van de ouderen met een lichamelijke beperking) zou ondersteuning willen ontvangen van anderen in de huishouding met name bij zware huishoudelijke werkzaamheden en bij het onderhoud van de tuin;
4. Ruim 16% van de ouderen kan niet rekenen op hulp van kinderen, familie, vrienden of burens (mantelzorg);
5. 51% van de ouderen is bereid in de eigen buurt of woonplaats ondersteuning en/of gezelligheid te bieden aan andere ouderen;
6. 32% van de ouderen durft 's avonds niet meer de straat op;
7. 19% van de ouderen wil verhuizen en dan met name naar een kleinere zelfstandige bejaardenwoning, bejaardenflat of aanleunwoning in de huursector in een andere buurt van de gemeente en dan vooral 'uit voorzorg voor later' (aftakeling in verband met leeftijd).

Binnen de groep ouderen verdienen de ouderen van 75 jaar en ouder relatief meer aandacht. Vergeleken met de groep ouderen van 65 tot 75 jaar hebben zij vaker last van gezondheidsproblemen en eenzaamheid, zijn zij minder zelfredzaam en hebben zij een grotere behoefte aan woningaanpassingen.

## Jeugd in Noord en Midden Drenthe 2000: gezondheid en leefgewoonten van jongeren van 10-19 jaar

- 1) Eén op de zes jongeren heeft last van hooikoorts of allergie;
- 2) 26% van de leerlingen van het voortgezet onderwijs heeft mogelijk een psychosociaal probleem. Gegevens uit ander onderzoek leren dat dan ongeveer 19% van de leerlingen inderdaad een psychosociaal probleem heeft. Er is een verband met:
  - a. sekse. 17% van de jongens en 35% van de meisjes heeft een indicatie voor psychosociale problematiek;
  - b. onderwijstype. 32% van de leerlingen op het MBO heeft een indicatie voor psychosociale problematiek tegenover 21%-29% op het VMBO, HAVO en VWO;
  - c. gezondheidsproblematiek;
  - d. ongezonde leefstijl;
  - e. klein crimineel gedrag.Bij leerlingen met een indicatie voor psychosociale problematiek komen gezondheidsproblemen, een ongezonde leefstijl en kleine criminaliteit vaker voor dan bij leerlingen zonder indicatie.
- 3) 31% van de 14-15 jarigen rookt af en toe of dagelijks. Er is een verband tussen roken en:
  - a. onderwijstype. Het percentage leerlingen van het VMBO, het MBO en vooral het LWO/VSO dat rookt is hoog in vergelijking met het HAVO en VWO;
  - b. leeftijd. Van de 12-13 jarige jongeren rookt 8% af en toe of dagelijks;
  - c. situatie thuis:
    - \* het percentage jongeren dat rookt is hoger onder de groep jongeren waarvan tenminste één van de ouders rookt dan onder de groep jongeren waarvan geen van de ouders rookt;
    - \* onder de groep leerlingen die aangeeft dat ze het thuis niet leuk vindt en onder de groep die aangeeft dat ze niet goed met hun ouders kunnen praten zijn verhoudingsgewijs meer rokers;
  - d. situatie op school. Onder leerlingen die het op school niet leuk vinden zijn verhoudingsgewijs meer rokers dan onder leerlingen die het op school wel leuk vinden;
  - e. spijbelen. Op het VO rookt 13% van de leerlingen die de afgelopen maand niet hebben gespijbeld en 46% van de leerlingen die dat wel hebben gedaan;
  - f. (zak)geld. De groep leerlingen die dagelijks rookt heeft gemiddeld meer geld tot haar beschikking dan de groep die niet rookt;
  - g. gezondheid. Rokende leerlingen vinden hun eigen gezondheid slechter dan leerlingen die niet roken;
  - h. klein crimineel gedrag. Jongeren die klein crimineel gedrag vertonen blijken vaker te roken, meer alcohol te drinken en vaker softdrugs te gebruiken dan jongeren zonder klein crimineel gedrag. Er is een verband tussen klein crimineel gedrag en opvang na schooltijd. Jongeren met klein crimineel gedrag worden minder vaak na schooltijd thuis opgevangen;
  - i. wel of geen opvang na schooltijd door ouders, familie, oppas of naschoolse opvang. Jongeren die niet worden opgevangen gebruiken verhoudingsgewijs vaker genotmiddelen dan jongeren die wel worden opgevangen.
- 4) 12% van de jongens en 2% van de meisjes van het voortgezet onderwijs heeft de afgelopen week meer dan 21 glazen alcohol gedronken. Chronisch overmatig alcoholgebruik kan schade toebrengen aan de maag, de lever, de alvleesklier en de hersenen. Ongeveer 3% van de totale kankersterfte kan worden toegeschreven aan overmatig alcoholgebruik.

Er is een verband tussen excessief alcoholgebruik en:

  - a. sekse;

- b. leeftijd. Excessieve alcoholconsumptie stijgt tot 16-17 jaar en neemt daarna sterk af.
  - c. spijbelen. 12% van de leerlingen die de afgelopen maand niet hebben gespijbeld drinkt meer dan 14 glazen alcohol per week, tegenover 28% van de leerlingen die wel hebben gespijbeld;
  - d. onderwijstype. Jongens van het MBO gebruiken relatief het meeste alcohol.
  - e. het al dan niet hebben van een baantje/geld. Jongeren die excessief alcohol gebruiken hebben vaker een baantje en bijgevolg meer geld dan jongeren die minder of geen alcohol gebruiken;
  - f. klein crimineel gedrag. 31% van de jongeren die gedurende de afgelopen week geen alcohol hebben gedronken vertoont klein crimineel gedrag. Van de jongeren die meer dan 21 glazen alcohol gedronken hebben 71%;
  - g. wel of geen opvang na schooltijd door ouders, familie, oppas of naschoolse opvang;
- 5) 7% van de jongens en 4% van de meisjes op het voortgezet onderwijs heeft de afgelopen maand wel eens hasj gebruikt.

Het belangrijkste gezondheidsrisico van het roken van hasj/marihuana is de schadelijkheid voor de longen. Het leidt ook tot een afname van het reactievermogen, het concentratievermogen en het korte-termijngeheugen. Softdruggebruik hangt samen met:

- a) sekse;
- b) leeftijd. Het percentage jongens dat de afgelopen maand hasj heeft gebruikt neemt toe met de leeftijd tot 17 jaar (18% ) en neemt daarna af. Bij meisjes is sprake van een toename tot 19 jaar (11%);
- c) mode. Het is "in" of "out";
- d) onderwijstype. Het gebruik is het hoogst onder jongens van het MBO (14% heeft de afgelopen maand wel eens hasj gebruikt). Significant meer leerlingen van het MBO gebruiken hasj en andere drugs (XTC etc.) dan leerlingen van de andere onderwijstypen;
- e) spijbelen. Van de jongens die de afgelopen maand gespijbeld hebben heeft 18% de afgelopen maand hasj gebruikt, tegen 3% van de niet-spijbelaars;
- f) het al dan niet na schooltijd opgevangen worden. Jongeren die softdrugs gebruiken worden na schooltijd vaker niet thuis opgevangen dan jongeren die niet gebruiken;
- g) roken. Jongeren die softdrugs gebruiken roken vaker dan jongeren die niet gebruiken;
- h) excessief alcoholgebruik. Jongeren die softdrugs gebruiken drinken vaker excessief alcohol dan jongeren die niet gebruiken;
- i) beschikbaar geld. Het percentage jongeren dat ooit hasj heeft gebruikt neemt toe naarmate zij meer geld tot hun beschikking hebben;
- j) kleine criminaliteit. Van de leerlingen die gedurende de afgelopen maand hasj hebben gebruikt vertoont 85% klein crimineel gedrag tegen 15% van de leerlingen die geen hasj hebben gebruikt.

Excessief alcoholgebruik is op populatieniveau vooral een *tijdelijk* gezondheidsprobleem. Op 16/17-jarige leeftijd is de excessieve alcoholconsumptie het hoogst. Daarna neemt het sterk af. Er is waarschijnlijk nauwelijks blijvende geestelijke en lichamelijke gezondheidsschade door het tijdelijke gebruik. Overmatig alcoholgebruik op populatieniveau is eerder een maatschappelijk probleem dan een gezondheidsprobleem doordat het kan leiden tot overlast.

## Leefstijl van jongeren 19 – 23 jaar in Drenthe 2002

- Ruim 89% van de mannen en 81% van de vrouwen vindt de eigen gezondheid goed. Vrouwen zijn significant vaker bij de huisarts geweest en poliklinisch behandeld dan mannen.

Van de jongeren in de leeftijd van 19-23 jaar heeft 37% psychische klachten. Dit komt voor bij vrouwen; bij werklozen en jongeren die aangeven huisman of huisvrouw te zijn gaat het om percentage rond 60%.

Ruim 4% van alle respondenten heeft af en toe of heel vaak aan gedacht om een einde aan zijn of haar leven te maken.

Van alle respondenten geeft 19% van de vrouwen en 4% van de mannen aan ooit een seksuele ervaring tegen hun zin gehad te hebben. Jongeren die wel eens een dergelijke ervaring hebben gehad vinden hun eigen gezondheid slechter dan andere jongeren, hun medische consumptie ligt ook hoger.

De bekendheid van jongeren met voorzieningen als De Toegang en het AMK is onvoldoende. Bovendien weet slechts een derde van de jongeren dat ze gezien hun leeftijd bij de Toegang of de Jeugdhulpverlening terecht kunnen. Internet zou benut kunnen worden om de drempel naar de jeugdhulpverlening te verlagen.

Ruim 80% van de jongeren gebruikt regelmatig de computer. Ruim 38% van de jongeren zou, indien ze problemen hebben, willen chatten met een deskundige, bijvoorbeeld een jeugd- of jongerenhulpverlener.
- Van de mannen in de leeftijd van 19-23 jaar rookt 43% af en toe of dagelijks, van de vrouwen 46%. Van de mannen drinkt 16% excessief tot zeer excessief alcohol, van de vrouwen 1%. Het excessieve gebruik van alcohol speelt zich voor een grote groep jongeren af op vrijdag en zaterdag. Rond de 20% van de jongeren tussen 16 en 25 jaar drinkt op vrijdag en zaterdag meer dan 21 glazen alcohol. Boven 25 jaar neemt dit gebruik snel af. Tussen het 20<sup>ste</sup> en 30<sup>ste</sup> levensjaar vindt een overgang plaats naar een meer regelmatig drinkpatroon. Tussen de 23 en 30 jaar drinkt 20% van de mannen excessief. Boven het 30<sup>ste</sup> jaar neemt dit percentage af.

Van de 19-23 jarigen heeft 38% ooit wel eens hasj gebruikt. Ruim 10% van de mannen en 5% van de vrouwen deed dit de afgelopen maand. In gemeenten waar geen coffeeshop is kopen jongeren hun hasj bij een huisdealer.
- Een vijfde van de mannen en bijna de helft van de vrouwen voelt zich niet altijd veilig in het openbaar vervoer. De helft van de jongeren voelt zich niet altijd veilig bij het uitgaan. Er is nauwelijks verschil in percentages tussen de stedelijke gemeenten en de plattelandsgemeenten.

Bijna een derde van de mannen en 9% van de vrouwen vertoont klein crimineel gedrag. Van de 16-17 jarigen in 2000 was dit 41%. Dit gedrag lijkt met de leeftijd af te nemen.
- Van de respondenten woont 60% bij beide ouders, 10% bij één van de ouders, 16% woont samen en 8% woont zelfstandig. Van de zelfstandig wonende jongeren kon 44% gemakkelijk een woning vinden in de huidige woonplaats.

Ruim 42% van de jongeren werkt, 41% volgt een studie. Van jongeren die geen studie meer volgen heeft 80% een vaste baan. Van de jongeren met een betaalde baan sluit bij 28% het werk helemaal niet aan bij de opleiding.
- Bijna een derde van de jongeren sport zelden of nooit. De belangrijkste reden is gebrek aan tijd. Ruim 37% van de jongeren vindt dat er onvoldoende ontmoetingsmogelijkheden zijn in hun woonplaats.

## Bijlage 4. Regiovisies

De regiovisie is een visie op de gewenste kwaliteit, samenstelling en samenhang van de regionale zorginfrastructuur, uitgaande van de zorgvraag. De primaire functie van de regiovisie is vanuit het perspectief van de zorgvrager te komen tot adequate afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag. Afgeleid daarvan kan de regiovisie een advies zijn aan de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport over bouwinitiatieven en een functie vervullen bij het invullen van zorgvernieuwingsprojecten.

Om deze functies te kunnen vervullen is een goede vraag- en aanbodanalyse nodig waarbij antwoorden moeten worden gegeven op vragen als: wat is de bestaande situatie en wat is de gewenste situatie? Hoe ziet de weg om te komen tot de gewenste situatie eruit?

De provincie heeft de regierol in de opstelling van regiovisies. Hierbij worden alle relevante partijen betrokken. De vorm van een regiovisie kan variëren. Afhankelijk van de regionale situatie moeten partijen aanvankelijk kunnen kiezen voor een integrale of een sectorale aanpak. Idealiter moet uiteindelijk sprake zijn van een integrale regiovisie: sectorale zorgvisies, bijvoorbeeld over ouderenzorg, waarbij afstemming plaatsvindt met aanpalende terreinen, zoals huisvesting, verkeer en vervoer of welzijn en eventueel met andere zorgsectoren.

### 1. Regiovisie Verpleging en Verzorging

De Regiovisie Verpleging en Verzorging (V&V) is in juli 2000 vastgesteld. De partijen betrokken bij de regiovisie zijn in de meest brede zin in staat tegemoet te komen aan de territoriale zorgvraag. Het is de bedoeling dat de regiovisie zal bijdragen aan de verdere afstemming van het aanbod op deze vraag, zodat een samenhangende en vraaggerichte zorginfrastructuur kan worden ontwikkeld en concrete problemen kunnen worden opgelost. De regiovisie moet de basis gaan vormen voor een effectief regionaal, transparant en integraal kader.

Het convenant V&V is door de gemeenten, voor een deel onder voorbehoud, ondertekend.

**Afgesproken is, dat de gemeenten een plan van aanpak ontwikkelen voor de uitvoering van de voornemens in de regiovisie op basis van prioriteiten. Vanuit elke regio is een gemeente aangewezen om hierin de participeren.**

In eerste instantie is prioriteit gelegd bij 5 artikelen:

1. De Provincie Drenthe en de VDG nemen gezamenlijk het initiatief om in afstemming met betrokken organisaties te voorzien in trendanalyses ten aanzien van de toekomstige behoefte aan voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn, vervoer in samenhang met zorgvoorzieningen (artikel 29)
2. De participanten-zorgaanbieders en de VDG dragen er gezamenlijk zorg voor dat binnen een jaar door zorgaanbieders en gemeenten op uitvoerend niveau een overlegstructuur wordt uitgewerkt met als doel de uitvoering van de zorgtoewijzing, projectontwikkeling en –beheer voor de V&V en aanpalende voorzieningen zodanig dat vraag en aanbod zowel kwantitatief als kwalitatief op elkaar aansluiten. (artikel 20)  
Op initiatief van de VDG wordt gestart met overleg op subregionaal niveau tussen de gemeenten, de woningbouwcorporaties, andere projectontwikkelaars en de provincie Drenthe om binnen 3 jaar in afstemming met de zorgaanbieders en welzijnsorganisaties te voorzien in langjarig beleid voor aanpassing van de woningvoorraad ten behoeve van huisvesting van ouderen die zorg behoeven. (artikel 32)

3. De VDG draagt er zorg voor dat de Drentse gemeenten zich, in afstemming met de zorgaanbieders en zorgvragers inzetten voor het aanbieden van een zo breed en samenhangend mogelijk pakket van voorzieningen op het terrein van wonen, welzijn en vervoer. (artikel 35)
4. De VDG draagt er zorg voor, dat de Drentse gemeenten het initiatief nemen om binnen twee jaar met de betrokken partijen tot overeenstemming te komen ten aanzien van de breedte en de diepte van lokale loketten.(artikel 38)

## **2. Regiovisie Drenthe voor mensen met een verstandelijke handicap**

De regiovisie verstandelijk gehandicapten (1999) is een visie op de gewenste kwaliteit en omvang van het regionale zorgsysteem en de regionale zorginfrastructuur voor verstandelijk gehandicapten, waarbij de zorgvraag centraal staat en de zorg als geheel en in onderlinge samenhang wordt benaderd. De nadruk ligt hierbij op de gewenste kwaliteit, samenstelling en samenhang van de regionale zorginfrastructuur. In de regiovisie zijn gesignaleerde knelpunten geconcretiseerd in actiepunten. In een vervolgtraject van het regiovisieoverleg zal een Werkgroep Regiovisie, bestaande uit vertegenwoordigers van de vijf betrokken partijen sturing geven aan de uitvoering van deze actiepunten.

De actiepunten zijn:

1. Netwerk waarbinnen optimale zorg en dienstverlening geleverd wordt  
De partijen stellen een werkgroep in om het netwerk en de ketenvorming verder te ontwikkelen, te onderhouden en in stand te houden. De gemeenten maken als uitvoerder van diverse wetten en regelingen deel uit van deze werkgroep.
2. Provinciale vertrouwens- en klachtencommissie
3. Opstellen van een (toekomstig) zorgplan op basis van individuele participatie van de betrokkene zelf.
4. Mensen met een verstandelijke handicap hebben keuzevrijheid ten aanzien van de besteding van de aan hen toegewezen persoonsgerelateerde budgetmiddelen voor zorg- en dienstverlening.
5. Jeugdigen in het oorspronkelijk milieu laten blijven met behulp van ondersteuning
6. Nadere analyse van de wachtlijst tegen de achtergrond van de grote groep mensen die lang tot zeer lang wacht op een passend dienstverleningsaanbod.
7. Arbeid
8. Deinstitutionalisering en kleingroepigheid  
Er vindt afbouw plaats van de grotere instellingen. De provincie wijst wooncontingenten aan gemeenten toe. Cliënten met een verstandelijke handicap worden daarbij meegerekend. In nauwe samenwerking met of door woningbouwcorporaties dienen woningen voor mensen met een verstandelijke handicap te worden gerealiseerd.

## **3. Regiovisie GGZ-Drenthe.**

De Regiovisie GGZ-Drenthe is in 1999 vastgesteld. Op 4 juli 2000 is het Convenant Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Drenthe ondertekend.

Relevant voor gemeenten is de overeenkomst inzake de OGGZ. De VDG zal het initiatief nemen tot het oprichten van een regionaal platform OGGZ, waarin participeren het AMW, de GGD, RIBW, Leger des Heils, justitie, politie, sociaal-cultureel werk, sociale dienst woningbouwcorporaties en de verslavingszorg. De regie van de VDG zal worden overgedragen aan de gemeenten.

Op 25 juni 2001 heeft een werkconferentie OGGZ in Drenthe plaatsgevonden om een eerste inhoudelijke discussie in Drenthe te initiëren. Een initiatiefgroep met vertegenwoordigers van de VDG, RIBW-Drenthe, GGZ-Drenthe, CAD-Drenthe en de RPCP werkt een en ander verder uit.

#### **4. Regiovisie lichamelijk gehandicapten**

De regiovisie lichamelijk gehandicapten: “ De toekomst komt aan iedereen toe” is in juni 2001 uitgekomen en is in 2002 door GS vastgesteld.. Er is een convenant in voorbereiding. Daarbij zullen door de partijen prioriteiten worden aangebracht in de uitvoering van de aanbevelingen.

In deze regiovisie wordt een groot aantal aanbevelingen gedaan, deels per levensfase, deels geordend naar de aard van de problemen. Van gemeenten wordt op een aantal terreinen in samenwerking met verschillende partijen, deels op initiatief van derden, een bijdrage verwacht. Het gaat daarbij om:

- Het ontwikkelen van gehandicaptenbeleid
- Toegankelijkheid van het openbare leven
- Toegankelijkheid van het openbaar vervoer
- Het op peil brengen van de woningvoorraad voor mensen met beperkingen en het stimuleren van aanpasbaar bouwen
- Het realiseren van clusters van aangepaste woningen met personele voorzieningen
- Het bevorderen dat kinderen met een beperking participeren in de reguliere kinderopvang, peuterspeelzalen en buitenschoolse opvang
- Het zorgen voor een aanbod van flexibele vormen van wonen, dagbesteding en begeleid werken dat aansluit bij de vraag
- Het voorzien van laagdrempelige ondersteuning en zorg die aansluit bij de specifieke behoefte van ouderen met een beperking en in meer mogelijkheden voor daginvulling voor ouderen met ernstige beperkingen
- Het realiseren van een aanbod van zorg en diensten op afroep aan thuiswonenden met een verpleegvraag
- Het realiseren van een laagdrempelig en flexibel aanbod ter ondersteuning van mantelzorgers die op adem moeten komen en moeite hebben zorg (tijdelijk) uit handen te geven
- Samen met de RPCP spant de VDG zich in om te bewerkstelligen dat door gemeenten wordt gestreefd naar gelijkwaardigheid van het verstrekkingenpakket Wvg in Drenthe, met inachtneming van de gemeentelijke autonomie.
- Het verbeteren van de mogelijkheden om mensen aan betaald of onbetaald werk te helpen
- Het realiseren van een regeling om tegemoet te komen aan de meerkosten die gemoeid zijn met het toegankelijk maken of aanbieden van vrijetijdsactiviteiten en het zorgen voor voldoende Wvg-vervoersvoorzieningen

#### **5. Regiovisie Jeugdzorg**

De provincie is op grond van de wet op de jeugdhulpverlening verantwoordelijk voor de planning van instellingen voor jeugdhulpverlening in de regio.

Ook verdeelt de provincie de van het rijk afkomstige middelen over de instellingen voor jeugdhulpverlening.

Actieprogramma 2002 is het laatste actieprogramma op basis van de regiovisie jeugdzorg 1999-2002, "Door de bomen het bos". Aan het actieprogramma is het provinciaal implementatieprogramma gekoppeld voor de nieuwe Wet op de Jeugdzorg.

Voor gemeenten relevante punten uit het Actieprogramma 2002 zijn:

- Betrokkenheid van de VDG bij het project "Interculturalisatie van de jeugdzorg"
- Het opzetten van projecten om vroegtijdig schoolverlaten tegen te gaan vanuit het Actieprogramma Cultuur, Welzijn en Zorg
- De GGD is trekker in de totstandkoming van Preventiecoördinatiepunten in alle Toegangen
- In 2002 zal het leefstijlonderzoek van de GGD'en worden aangevuld met gegevens van de leeftijdscategorie 19-23-jarigen. De provincie is trekker en stelt hiervoor middelen beschikbaar. Vanuit de gemeenten is de VDG betrokken. Dit onderzoek is inmiddels uitgevoerd.
- Provincie en gemeenten financieren samen de uitbreiding van het aantal decentrale Jongeren-Informatie-Punten.
- STAMM is trekker in het versterken van de structuur van de beleidsgroepen Toegang Jeugdzorg.

## Bijlage 5 Lijst van afkortingen

AMvB.....	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW.....	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ.....	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJZ.....	Bureau Jeugdzorg
BZK.....	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkszaken
CAD.....	Consultatiebureau voor alcohol en drugs
CGG.....	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CHP.....	Centrale Huisartsen Post
DAAT.....	Dagactiviteiten en Arbeidstrainingscentrum
DHV.....	Districtshuisartsenvereniging
GGD.....	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ.....	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR.....	Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
GVO.....	Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding
HAVO.....	Hoger Algemeen Vormend Onderwijs
HOED.....	Huisartsen onder één dak
JGZ.....	Jeugdgezondheidszorg
LWO.....	Leerwegondersteunend Onderwijs
MBO.....	Middelbaar Beroepsonderwijs
MO.....	Maatschappelijke Opvang
OGGZ.....	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ.....	Openbare Gezondheidszorg
RCPC.....	Regionaal Patiënten en Consumenten Platform
RIAGG.....	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW.....	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIO.....	Regionaal Indicatieorgaan
RIVM.....	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RZO.....	Regionaal Zorgaanbiedersoverleg
SEGV.....	Sociaal-economische gezondheidsverschillen
SPD.....	Sociaal Pedagogische Dienst
STAMM.....	Staat voor Mens en Maatschappij

V & V ..... Verzorging en Verpleging  
VDG ..... Vereniging van Drentse Gemeenten  
VMBO ..... Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs  
VNG ..... Vereniging Nederlandse Gemeenten  
VO ..... Vrouwenopvang  
VSO ..... Voortgezet Speciaal Onderwijs  
VTV ..... Volksgezondheidstoekomstverkenningen  
VWO ..... Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs  
VWS ..... Volksgezondheid Welzijn en Sport.  
VZ ..... Verslavingszorg  
WCPV ..... Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid  
WHO ..... Wereldgezondheidsorganisatie  
WOJD ..... Werkmaatschappij Ontwikkeling Jeugdzorg Drenthe  
WVG ..... Wet Voorzieningen Gehandicapten  
ZMOK ..... Zeer moeilijk opvoedbare kinderen