



Bijlagen bij

Kerngezonder

Kadernota Gezondheid 2009-2012

Datum 30 januari 2009
Afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling
Auteur A. van Lieshout
T.R.K. den Boer

Inhoudsopgave

Bijlage 1	Kaders.....	3
Bijlage 2	Uitvoeringstaken GGD en Vitras/CMD	13
Bijlage 3	Uitwerking gemeentelijk beleid	15
Bijlage 4	Gezonde leefstijl.....	21
Bijlage 5	Psychische gezondheid	25
Bijlage 6	Gezonde omgeving.....	29
Bijlage 7	Verdeling budget gezondheid.....	31
Bijlage 8	Overzicht ambities en acties	35
Bijlage 9	Interactieve beleidsvorming	41
Bijlage 10	Begrippenlijst	43
Bijlage 11	Bronnen.....	45

Bijlage 1 Kaders

Wetgeving

Grondwet

Artikel 22 van de Grondwet luidt: “De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid”. Deze maatregelen kunnen gaan over bijvoorbeeld gezondheidsbescherming (verkeersmaatregelen), ziektepreventie (vaccineren en screenen) en gezondheidsbevordering (mensen stimuleren om niet te roken en gezond te eten). De overheidstaken zijn verder uitgewerkt in de Wcpv.

Gemeentewet

In de Gemeentewet staat beschreven dat de gemeenteraad onder andere verordeningen kan maken in het belang van de volksgezondheid. De Gemeentewet maakt het mogelijk een gezondheidsdienst als tak van dienst in te stellen. Burgemeester en Wethouders zijn belast met het toezicht op deze dienst. Ook vanuit de Gemeentewet zijn de wettelijke taken uitgewerkt in de wet PG.

Wet publieke gezondheid (wet PG)

De wet PG is op 1 december 2008 van kracht geworden. De wetswijziging beoogt nieuwe internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding in te voeren in Nederland. Deze afspraken zijn nodig om mondiale dreigingen van infectieziektecrises het hoofd te kunnen bieden. Denk bijvoorbeeld aan de snelle internationale verspreiding van SARS en de dreiging van vogelgriep. De implementatie van de International Health Regulations (IHR), oftewel de Internationale Gezondheidsregeling, heeft gevolgen voor de gemeenten in Nederland en in het bijzonder voor de gemeenten met havens en luchthavens. Deze IHR wordt opgenomen in de nieuwe wet, de wet PG.

We geven hieronder aan hoe de wetgeving is veranderd, met name op de onderdelen van de wet PG die betrekking hebben op de bestrijding van infectieziekten. In de wet PG worden ook andere onderwerpen van de publieke gezondheidszorg behandeld zoals de jeugdgezondheidszorg en openbare gezondheidszorg. Deze zijn doorgaans ongewijzigd overgenomen uit de oude Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Uitzondering hierop zijn de JGZ-digitalisering en de ouderengezondheidszorg (artikel 5). We geven hierop een korte toelichting.

Infectieziektebestrijding

De mondiale dreiging van infectieziektecrises heeft de afgelopen jaren tot grote bezorgdheid geleid. Onder meer het SARS-virus en de vogelgriep hebben bijgedragen tot de gevoelde urgentie bij de WHO om tot nieuwe regelgeving over te gaan. Sinds 1969 is er veel veranderd in het internationale reizigers- en luchtverkeer. Met het verspreiden van goederen, mensen, dieren en dierlijke producten zijn ook de verspreidingskansen van infectieziekten aanzienlijk toegenomen.

De wetgever komt mede hierdoor tot een herziene indeling van infectieziekten. In het beleid staat voortaan de potentiële dreiging centraal, niet de limitatieve opsomming van besmettelijke ziekten. Naast de bekende ziekten worden ook ernstige ziekten opgenomen, al dan niet van infectueuze aard, waarvoor geen oorzaak gevonden kan worden. Binnen de nieuwe wetgeving kan nu met meer

daadkracht opgetreden worden bij bijvoorbeeld een griepdemie. Een risico waarmee men wereldwijd serieus rekening houdt.

De nieuwe wet PG regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden. Ook met betrekking tot het internationale verkeer op grote havens en vliegvelden. In de nieuwe wet worden de bevoegdheden van de burgemeester uitgebreid. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden jegens verantwoordelijke burgemeesters.

In mei 2005 is door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de Internationale Gezondheidsregeling (IHR) aangenomen en daarmee heeft Nederland zich aan de herziene IHR gebonden. Deze vervangt de oude regeling uit 1969, in ons land vastgelegd in de toen reeds bestaande Quarantainewet. Het doel van de regelgeving blijft het beperken van risico's op internationale verspreiding van infectieziekten.

De nieuwe internationale afspraken noodzaken tot aanpassing van de nationale infectieziektewetgeving. In Nederland is dit verspreid over drie wetten vastgelegd: de Quarantainewet, de Infectieziektewet en de Wcpv.

Gekozen is om het geheel in één samenhangende wet onder te brengen. Daarmee vervallen de genoemde afzonderlijke wetten. Het geeft de wetgever tevens de mogelijkheid om de huidige regelingen te actualiseren en te harmoniseren.

Verandering meldingsplicht

Krachtens de oude wetgeving bestond al een meldingsplicht richting Rijk en WHO. Met de verandering van de indeling van de infectieziekten worden tevens nieuwe eisen gesteld aan de meldingsplicht. Ook hierin is logischerwijs het potentiële risico leidend geworden in plaats van het al dan niet op een lijst staan van de ziekte. Vandaar de aanvulling met twee algemene situaties die de GGD via de geëigende kanalen bij het RIVM moet melden:

- Gevallen van besmettelijke infectieziekten waarvoor de arts naar heersende inzichten geen verklaring kan vinden;
- Een in één artspraktijk ongewoon aantal gevallen van een besmettelijke infectieziekte die niet op de meldingslijst staat maar wel een gevaar vormt voor de volksgezondheid.

Dit alles neemt dus niet weg dat voor een (uitgebreid) aantal ziekten een verplichte melding voor de arts blijft bestaan. De wijze waarop de melding dient plaats te vinden heeft de wetgever nader omschreven en zal door de GGD overeenkomstig worden uitgevoerd.

Een vergelijkbare verplichting tot melding geldt voor het hoofd van het laboratorium.

De Minister van VWS is in de nieuwe wet verantwoordelijk voor de informatieverplichting krachtens de IHR naar de WHO.

Overigens wordt ook de meldingsplicht van de gezagvoerder van een schip of vliegtuig uitgebreid. Ook hierbij is de inschatting van het potentiële risico leidend. Hij dient dit centraal te stellen en zich niet, zoals voorheen, te beperken tot een aantal limitatief beschreven ziekten.

Meer helderheid over verantwoordelijkheid en bevoegdheden

Infectieziektebestrijding is in Nederland van oudsher een sterk lokale aangelegenheid. De wetgever kiest er dan ook voor om dit via de bestaande lokale uitvoeringsstructuur voort te zetten. Dat krachtens de Gemeentewet de burgemeester verantwoordelijk is voor de handhaving van de openbare orde blijft dan ook een gegeven. De wet PG biedt complementaire bevoegdheden in geval van een dreigende infectieziektecrisis. De burgemeester draagt als gevolg van deze wet de bevoegdheid dwingend op te treden om infectieziekten te bestrijden, ook wanneer nog geen sprake is van dreigende ernstige wanordelijkheden of van een dreigende verstoring van de openbare orde.

Zo krijgt hij in deze nieuwe wet meer armslag om medewerking van derden te verkrijgen bij het onderzoeken van vertrekkende en aankomende passagiers. En eveneens bij het verschaffen van informatie aan reizigers. Hij kan medewerking van exploitanten hiervoor afdwingen. Ook krijgt hij meer bevoegdheid om besmetting van goederen, gebouwen en vervoermiddelen aan te pakken. Hij kan de exploitanten dwingen bepaalde handelingen te verrichten, zoals het nemen van ontsmettingsmaatregelen. Desnoods kan hij ingrijpen door de taken over te laten nemen door gemeentelijke diensten.

De rol van de minister bij ernstige calamiteiten

De wet bepaalt verder dat in bepaalde zeer urgente situaties de landelijke aansturing gebeurt door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zo wil de wetgever landelijke harmonisatie garanderen. Het betreffen de volgende situaties:

- De algemene voorbereiding op de bestrijding van bepaalde zeer dreigende infectieziekten;
- De feitelijke bestrijding van een uitbraak van deze infectieziekten of een dreiging van zo'n uitbraak;
- Indien de burgemeester daartoe verzoekt de verantwoordelijkheid te nemen voor de centrale leiding bij de bestrijding van een epidemie van andere infectieziekten;
- De aansturing bij de infectieziektebestrijding die volgt uit aanbevelingen van de WHO bij mondiale calamiteiten.

Indien het ministerie van deze bevoegdheden gebruik gaat maken, zal de minister een Bestuurlijk afstemmingsoverleg (BOA) voeren met de betrokken gemeente(n) en zonodig met nationale gremia (zoals de VNG). Een college van deskundige artsen, samengebracht in een Outbreak Managementteam (OMT), zal daarbij om advies gevraagd worden.

Samenhang met de voorgenomen Wet Veiligheidsregio's

De voorgenomen Wet Veiligheidsregio's vervangt de Brandweerwet 1985, de Wet Rampen en Zware Ongevallen (WRZO) en de Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (Wet GHOR). Deze wet beoogt de rampenbestrijding en de crisisbeheersing op regionaal niveau te integreren. Een crisis wordt als een situatie gedefinieerd waarin een vitaal belang van de samenleving is of dreigt te worden aangetast. Een uitbraak van infectieziekten kan, afhankelijk van de ernst, hieronder vallen. De samenhang met de wet PG is daarmee evident.

De wetgever beoogt in beide wetten de hulpverlening aan de burger te optimaliseren bij (dreigende) calamiteiten. Naast een betere afstemming (samenvoeging) van wetten staan een eenduidige gebiedsindeling en een heldere bevoegdheidsstructuur centraal. De wetgever is van mening dat de congruentie van gebied en bevoegdheid zeer belangrijk is en beveelt regio's aan bij de uitvoering van beide wetten een zelfde gebiedsindeling na te streven.

Plaatsen van binnenkomst en (minimale) eisen aan voorzieningen

De zogenaamde 'plaatsen van binnenkomst' krijgen van de wetgever speciale aandacht. Dit zijn de plaatsen waar de risico's het grootst zijn en de bulk van het internationaal verkeer van mensen en goederen plaatsvindt. De wetgever bepaalt in de wet PG, verder uitgewerkt in het Besluit Publieke Gezondheid, dat deze plaatsen van binnenkomst moeten beschikken over minimale basiscapaciteiten. Internationaal vrachtverkeer dient te beschikken over sanitaire certificaten.

Twee locaties zijn door de wetgever expliciet aangewezen waaraan de hoogste eisen gesteld worden; de luchthaven Schiphol en de haven van Rotterdam. Deze plaatsen van binnenkomst behoren tot categorie A.

Door het internationale vrachtverkeer dat de haven passeert, inclusief de vele opvarenden, worden havens door de minister beschouwd als aangewezen plaats van binnenkomst in de categorie B.

Vergelijkbaar met de eisen die aan de luchthaven Schiphol en de haven in Rotterdam gesteld worden, dient ook voor deze havens een plan voor noodsituaties op het gebied van infectieziektebestrijding opgesteld te worden, inclusief de benoeming van een coördinator. Het verschil is dat er geen aparte crisisdienst op de locatie noodzakelijk is en er geen aparte quarantaineruimte aanwezig hoeft te zijn.

Naast algemene alertheid in verband met een potentiële dreiging van infectieziekten speelt hier in het bijzonder de afgifte van gezondheidsdocumenten een rol. Voor de haven van Velsen betreft dit 'certificaten (tot vrijstelling) van sanitaire controle van schepen'. De burgemeester geeft deze verklaringen op verzoek aan de gezagvoerder van een schip indien een schip vrij is van besmetting. De GGD zal deze verklaringen in eigen beheer gaan afgeven en het noodzakelijke onderzoek zelf uitvoeren. Deze expertise is inmiddels door scholing van medewerkers binnen de

Jeugdgezondheidszorg en ouderenzorg

De Wet publieke gezondheid gaat niet alleen over infectieziektebestrijding. Ook opgenomen is:

- de verplichting om dossiers in de jeugdgezondheidszorg te digitaliseren (per 1 januari 2010)
- de taak van het college van B&W voor de ouderengezondheidszorg (dit onderdeel treedt nog niet in 2008 in werking; het moet nader worden uitgewerkt in overleg met de VNG en GGD Nederland).

Veranderingen op het gebied van zorg en welzijn

De belangrijkste verandering op het gebied van zorg en welzijn zijn: een nieuwe zorgverzekeringswet, modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en met name de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Zorgverzekering

Vanaf 1 januari 2006 zijn het ziekenfonds, de particuliere ziektenkostenverzekering en de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren vervangen door de nieuwe Zorgverzekeringswet. De dekking van deze nieuwe zorgverzekering komt grotendeels overeen met het oude ziekenfondspakket. Daarnaast kan men zich aanvullend verzekeren voor de behandelingen die buiten de zorgverzekering vallen. Alle inwoners van Nederland zijn verplicht zich te verzekeren door bij een zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Verzekeraars zijn op hun beurt verplicht om iedereen die zich voor de verzekering aanmeldt, te accepteren. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie.

Modernisering AWBZ

Doordat de AWBZ meer voorzieningen omvat dan oorspronkelijk de bedoeling was én omdat er steeds meer mensen gebruik van gaan maken is het met de financiële houdbaarheid van de wet slecht gesteld. Het kabinet brengt de AWBZ terug tot de basis: alleen de langdurige en elders niet te verzekeren zorg (de langdurige zorg voor gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten) wordt uit de AWBZ vergoed. De AWBZ-functies die niet met langdurige zorg te maken hebben, krijgen een nieuwe plaats in aanpalende financierings-systemen: de Zorgverzekeringswet (dit geldt voor de 'curatieve' AWBZ-zorg) of de Wmo (dit geldt voor de op ondersteuning gerichte zorg).

De invoering van de Wmo

De rol van de gemeente wordt, op het gebied van gezondheid, met de komst van de Wmo nog belangrijker. Het doel van de Wmo is dat iedereen, jong en oud, gehandicapt en niet-gehandicapt, met en zonder problemen, maatschappelijk kan meedoen. En als dat niet kan, dient de gemeente ondersteuning te bieden. Het perspectief is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen.

Vanaf 1 januari 2007 zijn de verantwoordelijkheden gedecentraliseerd van het Rijk naar de gemeenten en samen met de reeds bestaande gemeentelijke verantwoordelijkheden bijeengebracht in één wettelijk kader. De Wmo regelt dus hoofdzakelijk bestaande zaken, maar dan vanuit een nieuw wettelijk kader. De Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten zijn hierin opgegaan. Verder zijn er onderdelen die vanuit de AWBZ naar de gemeente overgeheveld. Ook de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) is van de Wcpv overgeheveld naar de Wmo, vanwege de relatie met maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid. Enige uitzondering binnen de OGGZ is het onderdeel 'het bieden van psychosociale hulp bij rampen'. Dit blijft in de wet PG (voorheen Wcpv). Het begrip maatschappelijke ondersteuning is in de Wmo verwoord in negen prestatievelden, waarop de gemeente beleid en voorzieningen moet regelen; op ieder prestatieveld verwacht het rijk van de gemeente bepaalde inspanning.

De Wmo is een kaderwet: de rijksoverheid stelt het speelveld, de regels en de randvoorwaarden vast, waarna gemeente zelf mag bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseert. De wet stelt gemeenten in staat om (meer) samenhang en afstemming te brengen in het lokale woon-, welzijns- en zorgaanbod. Bovendien zullen met de komst van de Wmo gemeenten er beter in slagen om de zorgvrager inzicht te bieden in 'het aanbod', en wordt het mogelijk om via één punt informatie, doorverwijzing of antwoorden te krijgen over uiteenlopende vormen van ondersteuning die er in de gemeente zijn (een loket).

Het belangrijkste oogmerk van de Wmo is het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van burgers. De Wmo kent verschillende prestatievelden waarop de gemeente beleid en voorzieningen moet regelen. De meeste prestatievelden binnen de Wmo hebben betrekking op de fysieke en sociale omgevingsfactoren (factoren als wonen, veiligheid, inkomen, onderwijs, welzijn en sociale contacten). Indirect heeft de Wmo ook invloed op een aantal leefstijlfactoren, door bijvoorbeeld het bevorderen van verslavingsbeleid en door het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen valt onder de factor zorg. Alle prestatievelden binnen de Wmo zijn dus van invloed op de gezondheid in algemene zin.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voorziet de overheid en zorgsector van de nodige informatie over volksgezondheid en zorg in Nederland. Het Centrum voor VTV van het RIVM publiceert de verzamelde informatie via websites en rapporten. De belangrijkste ontwikkelingen worden elke vier jaar samengebracht in een VTV. In de recente uitgave van 2006 luiden de belangrijkste bevindingen als volgt:

- de levensverwachting van de Nederlander is weer iets hoger dan voorgaande jaren;
- de extra levensjaren zijn meestal gezonde jaren;
- de Nederlandse gezondheid scoort in vergelijking met Europa heel behoorlijk, maar behoort niet tot de top;
- vooral onder vrouwen stijgt de levensverwachting in Nederland minder snel dan in de meeste andere landen van de Europese Unie;
- het huidige grotendeels ongezonde gedrag is hardnekkig, vooral jongeren leven ongezond (zij drinken steeds meer en worden steeds zwaarder);
- de sociaal-economische en etnische gezondheidsachterstanden zijn hardnekkig en verweven met achterstanden op tal van andere terreinen.

De uitdagingen waar preventie en zorg de komende tijd voor staan, zijn in de VTV als volgt geformuleerd:

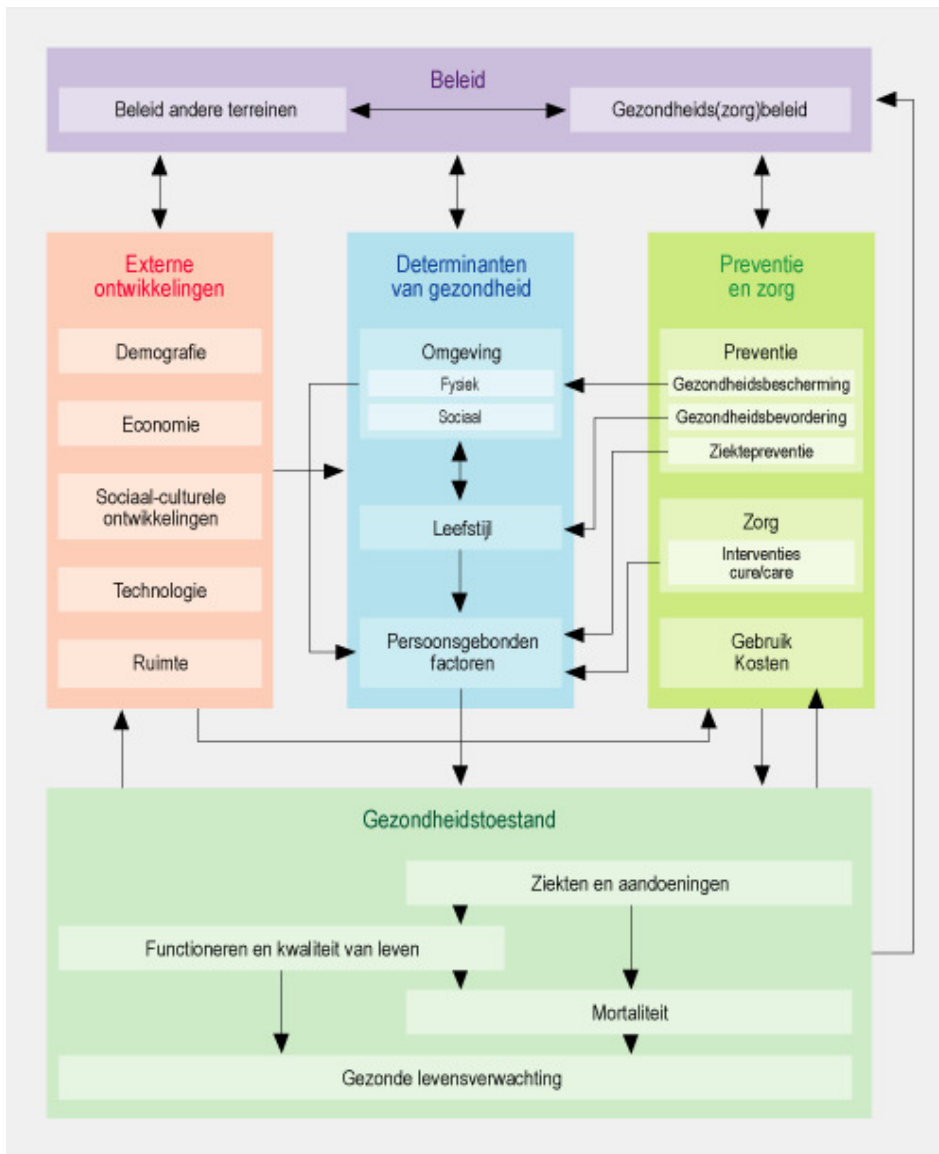
- preventie van ongezond gedrag vergt een intensieve en integrale aanpak waarbij een combinatie van instrumenten wordt ingezet;

- integraal gezondheidsbeleid kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de gezondheid en het verminderen van (sociaal-economische) gezondheidsachterstanden;
- gezondheidsbevordering zal beter geëvalueerd moeten worden en kennis beter gedeeld;
- veel kosteneffectieve preventiemaatregelen zijn nog niet systematisch ingevoerd;
- preventie en zorg moeten geen gescheiden circuits zijn;
- er kan geleerd worden van andere Europese landen waar ook steeds meer rationeel gezondheidsbeleid wordt ontwikkeld;
- naast een goede voorbereiding op het voorspelbare, is daarom ook alertheid op het 'onvoorspelbare' van wezenlijk belang, bijvoorbeeld door vroegtijdige signalering van plotselinge toenames van infectieziekten;
- door de vergrijzing, maar ook door de huidige leefstijl en het overgewicht, zal de ziektelast van chronische ziekten van de oude dag met soms 40% of meer toenemen. Hierdoor is er in de toekomst meer en andere zorg nodig, onder andere een verdere verschuiving van genezing (cure) naar verzorging (care);
- de gezondheidszorg moet de kwaliteit van de zorg transparanter maken voor overheid, partijen en burgers.

Model van Lalonde

Voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) wordt gebruik gemaakt van een uitwerking van het model van Lalonde. In het blok Gezondheidstoestand is aangegeven dat ziekten en aandoeningen gevolgen kunnen hebben in termen van verminderd functioneren, vermindering van kwaliteit van leven, en soms van sterfte. Samen kunnen deze effecten uitgedrukt worden als Gezonde levensverwachting. In het blok Determinanten van gezondheid staan drie groepen determinanten buiten de zorg centraal: omgeving, leefstijl en persoonsgebonden factoren. De drie elementen van Preventie (gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie) hebben hun specifieke relatie met deze drie determinantgroepen. Het blok Zorg omvat aspecten als kwaliteit en toegankelijkheid, die van invloed zijn op de gezondheid, maar ook zaken die vooral ook het gevolg zijn van de gezondheidstoestand, zoals het gebruik van voorzieningen en de kosten. Bij de Externe ontwikkelingen gaat het om zaken die zich buiten het gezondheidsdomein afspelen maar wel, via de determinanten, invloed hebben op de gezondheidstoestand. Bij het blok Beleid ten slotte denken we aan het gezondheids(zorg)beleid dat gericht is op de determinanten van gezondheid, vooral via preventie en zorg, maar ook aan integraal gezondheidsbeleid, dat zich bemoeit met andere sectoren (in het blok Externe ontwikkelingen) die op de gezondheid van invloed zijn.

Het uitgewerkte conceptuele model van de volksgezondheid.



De laatste ontwikkelingen op het gebied van jeugd

Het kabinet heeft de afgelopen jaren enkele honderden miljoenen euro's extra besteed aan maatregelen die gezinnen ten goede komen. Het gaat om uiteenlopende zaken als opvoedingsondersteuning, het opzetten van zorg – en adviesteams (ZAT) in het onderwijs en het invoeren van diverse financiële maatregelen, zoals het verhogen van de kinderkorting. Vanaf 2007 is jaarlijks €13 miljoen beschikbaar.

Wet op de jeugdzorg

1 januari 2005 is de nieuwe Wet op de jeugdzorg ingevoerd. Met de komst van deze wet moet de jeugdzorg effectiever en toegankelijker worden, meer cliëntgericht werken in de jeugdzorg; de werkelijke behoefte van de jongere en zijn opvoeder moet meer centraal staan. Met deze wet hebben gemeenten vijf taken toebedeeld gekregen:

- informatie verstrekken aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien;
- signaleren van problemen door instellingen als jeugdgezondheidszorg en onderwijs;
- toegang tot het (gemeentelijk) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van de 'sociale kaart' voor ouders, kinderen, jeugdigen en verwijzers;
- pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening), zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren;
- coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (gezinscoaching).

Jeugdbeleid

Het is een taak van de gemeenten om de verschillende beleidsterreinen, zoals de Tijdelijke Regeling Vroegsignalering (TRV), de Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE), het Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid (GOA) goed in te bedden in het lokaal jeugdbeleid. Van groot belang is dat er sprake is van een sluitend aanbod dat ingaat op de vragen en behoeften.

Centra voor jeugd en gezin

Het Rijk wil dat er vanaf 2007 in elke wijk of gemeente één CJG komt. Hier moeten ouders, kinderen, jongeren en professionals snel, gemakkelijk en vanzelfsprekend terecht kunnen met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien. Het is de bedoeling dat aan het eind van deze kabinetsperiode een landelijk dekkend netwerk van CJG's is gerealiseerd. In principe is het CJG bedoeld voor iedereen met vragen en problemen over opvoeden en opgroeien. Het is een duidelijk loket waar men gemakkelijk terecht kan. Bijvoorbeeld in de nabijheid van school, buurt/wijk, eerstelijnsgezondheidszorg. Het CJG voert functies uit op het gebied van de algemene en preventieve gezondheidszorg en jeugdbeleid. Bijbehorende taken die in het CJG gebundeld worden, zijn:

- basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg;
- de vijf taken zoals hierboven beschreven bij Wet op de jeugdzorg;
- informatievoorziening (i.c. onderhoud en beheer elektronisch kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg en eventueel de verwijzindex);
- zo mogelijk basisverloskundige zorg.

De regie voor het CJG ligt bij gemeente. Het CJG heeft de uitvoeringsregie voor vragen en hulp bij opgroeien en opvoeden en participeert in het Zorg Advies Team. Provincies en grootstedelijke regio's zijn verantwoordelijk voor financiering van zowel bureau jeugdzorg als van het aanbod geïndiceerde jeugdzorg. Gemeente en provincie zorgen gezamenlijk voor goede afstemming en samenwerking tussen lokaal en provinciaal zorgaanbod. De rijksoverheid zorgt voor randvoorwaarden (wetgeving (Wmo, Wcpv en Wet op de jeugdzorg), bestaande geldstromen efficiënter inzetten).

Het CJG kent in elk geval een inloopfunctie: een fysieke plek waar alle ouders en kinderen terecht kunnen voor advies, informatie, instructie en cursussen op het gebied van opgroei- en

opvoedondersteuning. Dit eventueel gekoppeld aan school, consultatiebureau of gezondheidcentrum, afhankelijk van de keuze van de gemeente. Het basismodel CJG brengt minimaal de JGZ en prestatieveld 2 'Opgroeï- en opvoedondersteuning' van de Wmo bij elkaar en kent een schakel met Bureau jeugdzorg en het Zorgadviesteam. Minister Rouvoet trekt 440 miljoen euro uit voor de realisatie van CJG' s.

Elektronisch Kinddossier (EKD)

Het elektronisch kinddossier is een voortzetting van het bestaande integrale dossier jeugdgezondheidszorg, maar dan in digitale vorm. Het EKD faciliteert een betere continuïteit van zorg ten behoeve van het individuele kind door snelle overdracht van dossiers tussen JGZ-organisaties, met 4 jaar, bij verhuizing of verandering van school. Verder zijn op populatieniveau gegevens over gezondheid beter en sneller beschikbaar.

Het oorspronkelijke traject met één landelijk EKD-pakket is inmiddels stopgezet door problemen in de aanbestedingsprocedure. JGZ-instellingen mogen nu zelf overgaan tot de aanschaf van bestaande ICT-pakketten voor het EKD. Wel zullen de systemen moeten voldoen aan landelijke standaarden om uitwisseling van gegevens mogelijk te maken. Eind 2008 is in provinciaal verband een EKD aangeschaft. Implementatie vindt plaats in 2009.

Verwijsindex

Met de Verwijsindex Risicjongeren (VIR) kunnen instanties die problemen signaleren bij jongeren met elkaar in contact komen. In 2008 heeft de gemeente een lokale verwijsindex aangeschaft. Deze wordt gekoppeld aan de landelijke verwijsindex. De landelijke verwijsindex zorgt ervoor dat er over de gemeentegrenzen heen mensen met elkaar in contact komen. Dit voorkomt dat probleemjongeren buiten beeld blijven.

Coördinatie van zorg voor gezinnen met meervoudige problematiek (gezinscoach)

In 2008 is in provinciaal verband geëxperimenteerd met gezinscoaching. Dit wordt in 2009 geëvalueerd waarna lokaal besloten moet worden of dit moet worden overgenomen

Operatie JONG

Operatie Jong is een samenwerkingsverband van de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW en BZK en is in het leven geroepen met één doel: een sterk en resultaatgericht jeugdbeleid. Dit moet leiden tot een grotere samenhang tussen de instellingen en voorzieningen op het gebied van jeugd.

De problemen waar jongeren mee zitten zijn vaak ingewikkeld en komen zowel op school, thuis als in de openbare ruimte naar voren. Vanuit operatie JONG zijn verschillende concrete acties in gang gezet, zoals de versnelde ontwikkeling van het elektronisch kinddossier (EKD) voor de jeugdgezondheidszorg, waarin informatie komt te staan over het kind, de gezinssituatie en de omgeving. Een andere actie vanuit operatie JONG is het opzetten van nieuwe en het verbeteren van bestaande zorgnetwerken rond scholen. Operatie JONG is inmiddels beëindigd.

Jeugdzorgbrigade

De jeugdzorgbrigade werd ingesteld door de staatssecretaris van VWS en de minister van Justitie om de bureaucratie in de jeugdzorg te bestrijden. Naast de jeugdzorgbrigade was ook Operatie Jong actief met verbeteringen in de jeugdzorg. Beide trajecten zijn complementair. Er zijn de volgende afstemmingsafspraken zijn gemaakt:

1. de jeugdzorgbrigade bestrijdt onnodige bureaucratie, o.a. als gevolg van de Wet op de jeugdzorg;
2. de jeugdzorgbrigade gaat na wat, gegeven de huidige structuren, aan vermindering van bureaucratie kan worden gedaan;

3. operatie Jong heeft als interdepartementaal project de opdracht om de werking en de samenhang in het hele jeugdbeleid te verbeteren.

De jeugdzorgbrigade en Operatie Jong pleiten voor een betere aansluiting van de jeugdzorg op het lokale beleid.

Provinciaal beleid

Binnen gezondheidsbeleid heeft de provincie Utrecht met name aandacht voor de jeugdzorg. De geformuleerde uitgangspunten in het collegeprogramma 2007-2011 zijn: het bevorderen van de doelmatigheid en effectiviteit van het jeugdzorgaanbod, het vergroten van de toegankelijkheid van de jeugdzorg voor specifieke groepen waaronder allochtonen en het gebruiken van bewezen methoden. Dit is verder uitgewerkt in het uitvoeringsprogramma "Utrechtse jeugd centraal".

Daarnaast wil de provincie Utrecht de combinatie van wonen met welzijns- en zorgvoorzieningen voor ouderen, voor mensen met een beperking en voor dementiepatiënten bevorderen.

Bijlage 2 Uitvoeringstaken GGD en Vitras/CMD

Uitvoeringstaken GGD (volgens concept productenboek 2009)

Basistaken	
Verwerven inzicht gezondheidssituatie	Gezondheidsmonitor Overig epidemiologisch onderzoek
Gezondheidsbevordering	Advisering lokaal gezondheidsbeleid Gezondheidsbevordering themagericht Publieksinformatie
Medisch-milieukundige zorg	Medisch-milieukundige zorg
Technisch-hygiënische zorg	THZ basiszorg Aanpak woonhygienische problematiek Inspecties kinderopvang en peuterspeelzalen
Infectieziektenbestrijding	Algemene infectieziektebestrijding Bestrijding seksueel overdraagbare aandoeningen TBC-bestrijding
Jeugdgezondheidszorg - Rijksvaccinatieprogramma	Vaccinatie vier- en negenjarigen (vnl. betaald uit AWBZ) Jeugdgezondheidszorg - uniform deel JGZ contactmomenten Speciaal onderwijs Hygiëne inspecties scholen Groepsgerichte monitoring/risicogroepsgerichte zorg Continuïteit zorg: overdracht JGZ 0-4 JFZ 4-19
Jeugdgezondheidszorg – collectief maatwerk deel	Psychotrauma's jeugdigen: crisis en vangnetfunctie, rouwverwerking Hoofdluisbestrijding Netwerken: kindgerichte schoolnetwerken VO (SOT of ZAT) Gezondheidsbeleid: Schoolkracht Projecten schoolverzuim VO, BO, advisering leerplicht

Keuzetaken	
Gezondheidsbevordering	Voorlichting genotmiddelen
Forensische geneeskunde	Lijkschouw
Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	Meldpunt Zorg & Overlast/ Sociaal Vangnet
Jeugdgezondheidszorg - maatwerk deel	Netwerkondersteuning Opvoedingsondersteuning Logopedie

Uitvoeringstaken Vitras/CMD jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen

Basistaken JGZ 0-4 jarigen	
<u>Hielprik en Gehoorscreening</u>	In de eerste 7 levensdagen van het kind komt de screener bij de mensen thuis om de hielprik en de gehoorscreening uit te voeren. De screener benadert hiervoor de ouders telefonisch om een afspraak te maken.
<u>Huisbezoek van de Jeugdverpleegkundige</u>	Binnen 14 dagen na de geboorte van het kind komt de Jeugdverpleegkundige op huisbezoek om met ouders kennis te maken, de JGZ te introduceren, het integraal JGZ dossier samen met de ouders in te vullen en de eerste vragen van de ouders te beantwoorden betreffende de groei en ontwikkeling van hun kind.
<u>Consultatiebureau</u>	Ouders krijgen een afspraak voor een consult bij een arts of Jeugdverpleegkundige op het consultatiebureau, in totaal worden 13 consulten aangeboden. In de eerste 4 levensjaren van het kind worden groei en ontwikkeling gevolgd, krijgt het de noodzakelijke vaccinaties aangeboden en kunnen ouders vragen stellen over de groei, opvoeding en ontwikkeling. Na 4 jaar neemt de GGD de consulten over. De GGD stuurt de ouders een uitnodiging.
<u>Telefonisch spreekuur</u>	Beantwoorden van vragen door en Jeugdverpleegkundige tijdens het dagelijks telefonisch spreekuur.
<u>Afsprakenbureau JGZ</u>	Voor het maken of verzetten van een afspraak bij het consultatiebureau kan men terecht bij het Afsprakenbureau JGZ.

Keuzetaken JGZ 0-4 jarigen	
Activiteit	Extra ondersteuning verpleegkundige Pedagogisch spreekuur Videohometraining Stevig ouderschap
Netwerken	Zorgnetwerk/jeugdnetwerk/VVE Peuterspeelzaal Kinderdagverblijf Overige netwerkcontacten
Voorlichting groepsgericht	Themabijeenkomsten Themabijeenkomst vaccineren, door CB arts

Uitvoeringstaken Vitras/CMD AMW

Basistaken AMW
Individuele psychosociale hulpverlening
Licht pedagogische hulpverlening

Keuzetaken AMW
Outreachinge hulpverlening in het kader van de OGGZ
Deelname aan verschillende overlegvormen en samenwerkingsverbanden
Meldpunt jeugd

Bijlage 3 Uitwerking gemeentelijk beleid

Gezondheidsbeleid 2003-2007

Voor de gemeentelijke herindeling hadden de 5 afzonderlijke gemeenten alle een gezondheidsbeleid geformuleerd voor de periode 2003-2007.

Dit beleid was gebaseerd op de 1^e Preventienota vanuit de rijksoverheid "Kiezen voor gezond leven".

De speerpunten in dit beleidsplan waren onderverdeeld in leefstijlen en bijbehorende thema's:

<i>Factoren</i>		<i>Thema's</i>
Leefstijl	1	Genotmiddelen
	2	Gezonde voeding
	3	Bewegen
	4	Psycho-sociale problematiek/OGGZ
Leefomgeving	5	Fysieke overlast in de leefomgeving
	6	Leefomgeving als kader voor samenleven
Zorgsysteem	7	Versterken van de niet-professionele zorg
	8	Samenhang in de professionele zorg
	9	Informatievoorziening voor de inwoners

De 5 gemeenten hadden een gedeelde regionale visie, maar gaven afzonderlijk invulling aan het beleid. Opvallend is dat de thema's psycho-sociale problematiek/OGGZ en Samenhang in de professionele zorg door alle gemeenten in het beleid is opgenomen.

Door de herindeling heeft de uitvoering van specifieke doelstellingen vanaf 2005 vrijwel stil gelegen. Dat betekent overigens niet dat er binnen de gemeente Utrechtse Heuvelrug de afgelopen jaren niets aan gezondheidsbeleid is gedaan. In tegendeel. De uitvoering er van is echter nog versnipperd, evenals een deel van de ketensamenwerking.

Projecten op het gebied van gezondheid:

- Preventie OGGZ: uitvoering van preventieve projecten door RIAGG (t/m 2008) en Indigo.
- Meldpunt Zorg en Overlast: gericht om zorgmijders in de hulpverlening te krijgen middels meldingen vanuit de samenleving die in een multidisciplinair team worden besproken. Zo nodig wordt er hulpverlening op ingezet.
- Algemeen maatschappelijk werk: uitgevoerd door Vitras/CMD

Wmo beleidsplan 2008-2011

Het ontwikkelen van gezondheidsbeleid is in de meerjarige beleidsnota Wmo "Meedoen in de gemeente Utrechtse Heuvelrug" opgenomen als doelstelling. Gezondheidsbeleid heeft raakvlakken met meerdere prestatievelden en dient daarom op integrale wijze tot stand te komen. Interactie met inwoners en organisaties is een vereiste vanuit de Wmo-wetgeving.

Specifieke doelstellingen uit de meerjarige beleidsnota Wmo "Meedoen in de gemeente Utrechtse Heuvelrug" die betrekking hebben op gezondheidsbeleid zijn de volgende:

- Versterken van de ketensamenwerking tussen zorg- en welzijnsinstellingen en de gemeente (algemeen)

- Preventie vereenzaming en sociale uitval middels sociale netwerken (prestatieveld 1)
Raakvlak: hoofdstuk 4, Geestelijk welzijn
- Het opzetten van een structuur omtrent de verschillende soorten meldpunten Jeugd, Informatiepunten WZW, meldpunt Openbare Ruimte, Online Vergunningen, CJG, meldpunt zorg en overlast, discriminatie, huiselijk geweld. (prestatieveld 3)
Raakvlak: hoofdstuk 4, Geestelijk welzijn
- Bevorderen toegankelijkheid eerstelijnszorgvoorzieningen. (prestatieveld 5)
Raakvlak: hoofdstuk 6 Harmonisering subsidieregelingen.
- Zo veel mogelijk voorkomen dat inwoners van de gemeente Utrechtse Heuvelrug tot de doelgroepen dak- en thuislozen, kwetsbare personen en risiciogroepen in het kader van de OGGZ en verslavingsbeleid behoren (prestatievelden 7, 8 en 9)
Raakvlak: hoofdstuk 3 Gezonde leefstijl en hoofdstuk 4 Geestelijk welzijn.

Daarnaast wordt in de kadernota Wmo uit 2006 gesteld dat welzijn minstens net zo belangrijk is als zorg. De preventieve rol van gezondheidsbeleid wordt hierin nog eens extra benadrukt.

Kadernota Jeugdbeleid 2008-2011

In het 2^e kwartaal van 2008 wordt verwacht dat de kadernota jeugd gereed is.

De gemeente richt zich in haar beleid ten aanzien van het onderwerp gezondheid op het terugdringen alcoholgebruik (alcoholmatigingsbeleid en voorliggende nota gezondheid) en het bevorderen van meer bewegen en gezond eten.. Ook het buitenspelen is een vorm van aandacht.

Op het gebied van opvoeden en beschermen is het Centrum Jeugd en Gezin een belangrijk punt (zie hieronder).

Projecten op het gebied van jeugd:

- Beleid jeugd en gezin: ontwikkelen van een Centrum Jeugd en Gezin in 2008
- Meld- en Coördinatiepunt Jeugd: digitaal en telefonisch bereikbaar loket dat door het algemeen maatschappelijk werk wordt uitgevoerd (Vitras/CMD)
- 5 zorgnetwerken: bestaan sinds medio 2007 met vertegenwoordiging uit het primair onderwijs, peuterspeelzalen, kinderopvang, consultatiebureau, GGD, politie, jongerenwerk, leerplicht en algemeen maatschappelijk werk. De zorgnetwerken hebben een signaleringsfunctie en staan onder coördinatie van het Meld- en Coördinatiepunt Jeugd. Zo nodig wordt er integraal hulpverlening opgestart.
- Lokaal Educatieve Agenda
- Jongerenwerk
- Jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen: wordt uitgevoerd door Vitras/CMD
- Jeugdgezondheidszorg 4-23 jarigen: wordt uitgevoerd door de GGD Midden-Nederland

Sportbeleid

In 2008 ontwikkelt de gemeente Utrechtse Heuvelrug sportbeleid. In deze nota wordt de ambitie van de gemeente weergegeven op het gebied van breedte- en georganiseerde sport, sportstimulering en topsport en evenementen. Ook de sportinfrastructuur en de subsidiëring vormen belangrijke onderdelen.

Projecten op het gebied van sport:

- Breedtesportimpuls: versterken van het lokale sportaanbod en sport beter benutten voor het oplossen van sociale en maatschappelijke problemen.

- Bos-impuls: aanpakken van achterstanden onder jongeren van 4-19 jaar. Laagdrempelige aanbieden van 'arrangementen' moet een gezonde en actieve leefstijl bevorderen én onderwijs- en opvoedingsachterstanden terugdringen.
- Jeugd sportfonds: snel, effectief en op een laagdrempelige wijze kinderen van financieel minder draadkrachtige ouders een kans te bieden te gaan sporten
- Minimabeleid: bevorderen deelname gezinnen op sociaal minimum aan sociale en culturele activiteiten.
- Sportproject allochtone vrouwen: bevorderen sport en bewegen onder m.n. allochtone vrouwen. Daarnaast geven van voorlichting over sporten, gezondheid, leefstijl, etc.

Nota speelplaatsenbeleid

Deze nota richt zich op sport en bewegen in de openbare ruimte en de inrichting van speelplaatsen voor de jeugd. Hierbij wordt gekeken naar de leeftijdsopbouw van de jeugd in de wijk, waarmee de speelplaatsen 'op maat' gemaakt kunnen worden.

Voor de oudere jeugd is er aandacht voor ontmoetingsplekken waar ook bewogen kan worden.

Nota Recreatie en Toerisme

In de Kadernota Recreatie en Toerisme 2007-2011 zijn uitgangspunten en beleidsdoelstellingen geformuleerd m.b.t. recreatie en toerisme. Uitgangspunt bij de ontwikkeling van recreatie en toerisme in de gemeente is de ontwikkeling van goed inpasbare vormen van recreatie en toerisme, waarbij kwaliteit en de verbetering van het product en landschap voorop staan. De samenhang met het gezondheidsbeleid ligt hem in het gebruik van de openbare ruimte voor recreatieve en sportieve doeleinden.

Subsidiebeleid

In 2007 heeft de gemeente Utrechtse Heuvelrug de Subsidieverordening vastgesteld. Hierin is opgenomen aan welke voorwaarden instellingen moeten voldoen om subsidie aan te kunnen vragen. In 2008 worden er per beleidsterrein subsidieregels geschreven, die uitvoering geven aan deze verordening. Hoofdstuk 6 van deze nota geeft de aanzet voor de subsidieregels subsidiëring gezondheid.

Integraal Veiligheidsplan 2007

In het Integraal Veiligheidsplan is Jeugd en veiligheid opgenomen. Het drankgebruik onder jongeren is vrij hoog. Voor enkele gebieden binnen de gemeente geldt een alcoholverbod: winkelcentra en hangplekken. Indrinken komt veelvuldig voor.

In Driebergen is een coffeeshop, waar weinig overlast van is. De lokale horeca voert een antidrugsbeleid om dealers en gebruikers te weren.

Algemene doelstellingen zijn:

- vermindering van de overlast van jongeren voor de omgeving;
- optimale begeleiding bij de aanpak van eventuele individuele problematiek;
- creëren van veiligheid en minimaliseren van risico's voor jeugd, in het bijzonder in en rond de school en met betrekking tot alcohol en drugs.

Handhaving en betrekken van ouders, scholen en detailhandel (alcohol) wordt gezien als een belangrijke maatregel om de doelen te bereiken.

Projecten op het gebied van veiligheid:

- Convenant Thuisgeweld: gemeenschappelijke aanpak van huiselijk geweld te organiseren en te verankeren, waardoor een sluitend vangnet gecreëerd wordt rond (potentiële) daders, slachtoffers en getuigen van huiselijk geweld. Hierdoor wordt huiselijk geweld voorkomen, of

indien dit niet mogelijk is, zo snel mogelijk gesopt en blijven de schadelijke gevolgen tot een minimum beperkt.

- In 2008 treedt het wetsvoorstel Huisverbod in werking, waarbij plegers van huiselijk geweld voor tien dagen uit hun huis kunnen worden gezet. Slachtoffers kunnen op deze manier in hun eigen omgeving blijven.
- Crisisopvang vrouwen: Vitras/CMD biedt crisisopvang in het kader van het convenant Thuisgeweld. Er is echter een wachtlijst. Er is geen opvang in de gemeente Utrechtse Heuvelrug voor deze doelgroep.

Drank- en horecawetgeving

De Drank- en Horecawet geeft de randvoorwaarden voor een verantwoorde distributie van alcohol aan gemeenten. De Voedsel & Warenautoriteit heeft voor naleving van de horecawetgeving de controlerende rol. De gemeente heeft een vergunningverstrekkende rol.

De Voedsel & Warenautoriteit heeft in 2007 een onderzoek uitgevoerd naar de Drank- en horecawetgeving binnen de gemeente Utrechtse Heuvelrug. Een aandachtspunt vormt alcoholmatiging onder de jeugd.

Gemeentelijk Horecabeleid zal in 2009 ontwikkeld worden.

Notitie Jeugd en alcohol

In de notitie Jeugd en Alcohol wordt aangegeven wat de gevolgen zijn van de toename van alcoholgebruik door de jeugd. Vanuit haar verantwoordelijkheid voor de openbare orde, volksgezondheid en jeugdbeleid heeft de gemeente een belangrijke taak in het ontwikkelen van een alcoholmatigingsbeleid. Dit vergt een integrale aanpak. In de notitie wordt aangegeven welke activiteiten/maatregelen nu al kunnen worden getroffen binnen het district Heuvelrug.

Alcoholbeleid is een onderwerp dat raakvlakken heeft met gezondheidsbeleid.

Alcoholmatigingsbeleid

De gemeente Utrechtse Heuvelrug ontwikkelt in samenwerking met de gemeente uit het district Heuvelrug (Veenendaal, Wijk bij Duurstede, Rhenen, Renswoude en Utrechtse Heuvelrug) een alcoholmatigingsbeleid, dat is gericht op jongeren binnen het district. De planning is dat dit plan in het najaar van 2008 gereed is, waarna de uitvoering kan beginnen. Deze omvat informatie en advies aan ouders en jongeren, afspraken tussen gemeenten, horeca en scholen, handhaving door politie.

Projecten:

- Project preventie genotmiddelen: de GGD voert in 2008 op 3 basisscholen het project De Gezonde School en genotmiddelen uit. In de lessen werd gesproken over roken, alcohol en drugs en werd geoefend met het omgaan met groepsdruk en het zelfstandig keuzes maken.
- Verslavingspreventie primair onderwijs: de gemeente is voornemens om vanaf het schooljaar 2008-2009 verslavingspreventie aan te bieden aan alle scholen in de gemeente. Het doel van het project is het bieden van preventieve voorlichting aan leerlingen en docenten over de onderwerpen roken, blowen, drugs en alcohol.

Algemeen Plaatselijke Verordening - Coffeeshopbeleid

In 2008 ontwikkelt de gemeente Utrechtse Heuvelrug in het kader van de APV een plan voor coffeeshops. Hierin worden richtlijnen opgenomen over de hoeveelheid coffeeshops binnen de gemeente, vestigingsgebied, etc.

Handhavingsbeleid

Handhaving, als zorg van de overheid voor de naleving van gestelde wetten en regels, is onlosmakelijk verbonden met het bestaan van diezelfde regels. Een overheid die de verantwoordelijkheid neemt voor het stellen van regels op verschillende beleidsterreinen dient ervoor te zorgen dat naleving, voor zover dat niet op vrijwillige basis gebeurt, wordt bewerkstelligd.

De gemeente is handhavingsbeleid aan het ontwikkelen. De meeste zaken vloeien voort uit landelijke wetgeving: Drank & Horecawetgeving (drankgebruik), Tabakswet (rookverbod), Wet op de Kansspelen (gokken), Opiumwet (drugs), milieuwetgeving (leefomgeving). Alleen de handhaving van de Opiumwet is geen gemeentelijke bevoegdheid. De handhaving berust geheel bij politie en OM. Wel is de burgemeester als verantwoordelijke voor de lokale politie daarbij betrokken.

Evenementenbeleid

In het Evenementenbeleid staan spelregels voor een goede regulering en de procedures voor afhandeling bij de gemeente. Voor het verstrekken van drank dient de organisatie aan bepaalde voorwaarden te voldoen en een vergunning aan te vragen.

Woonvisie

De Woonvisie is een richtinggevend document voor de ontwikkeling van de 7 dorpen op het gebied van woningbouw. Er is hierbij aandacht voor vergrijzing, inspelen op alle inkomens, oplossen woningtekort en het gericht woningen toevoegen.

De link met het gezondheidsbeleid ligt in de aandacht voor woonservicegebieden, met name in de omgeving van ouderen.

Het ontwikkelen van woonservicegebieden per dorp en voorzieningen voor zorg zo veel mogelijk in de directe woonomgeving van ouderen zijn punten die in het Uitvoeringsprogramma Woonvisie UH zijn opgenomen.

Arbeidsmarktbeleid

Gezondheidsbeleid heeft raakvlakken met het arbeidsmarktbeleid. Mensen met een geestelijk of lichamelijk slechte(re) gezondheid hebben minder kansen op de arbeidsmarkt. Een gevolg kan zijn dat zij uiteindelijk in de bijstand terecht komen. Het gezondheidsbeleid heeft een belangrijke rol in de preventie.

Nota Ouderen 2008-2012

In juli 2008 is het beleidsplan "Zilveren schakels", nota ouderen 2008-2011 door de gemeenteraad vastgesteld. In deze nota worden de thema's welzijn, wonen, participatie, mobiliteit, werk en inkomen, veiligheid en zorg uitgewerkt.

Gezondheid vormt een belangrijk onderdeel binnen het beleid. Mensen willen langer zelfstandig blijven wonen, waardoor het van belang is dat zorgvoorzieningen als huisarts, tandarts, apotheek en algemeen maatschappelijk werk makkelijk bereikbaar zijn.

Op het gebied van gezondheid zijn de volgende doelstellingen opgenomen:

- Voor alle thema's geldt dat de informatievoorziening over het aanbod goed moet zijn.
- De GGD maakt concept aanbeveling rond de aandachtsgebieden psychische problematiek en eenzaamheid, overgewicht, valpreventie en mobiliteitsbeperkingen en ondersteuning bij klussen en administratie uit het Seniorenonderzoek 2006. Deze aanbevelingen kunnen worden gebruikt voor projecten en speerpunten in het ouderenbeleid.
- Onderzoeken of iedere zorgvoorziening (dienstverlening) of welzijnsvoorziening wel in ieder dorp aangeboden moet worden en of deze voorzieningen beter op elkaar afgestemd kunnen worden.

- In overleg met de welzijnsinstellingen een plan van aanpak ontwikkelen om vereenzaming onder ouderen tegen te gaan.

Projecten:

- Activiteiten SWD en SWUH: bieden activiteiten voor onder mee ouderen, zoals valpreventie, boodschappenplusbus, bezoekdienst en open eettafels.
- Open eettafels: ook andere organisaties bieden open eettafels. Dit project gaat vereenzaming tegen, biedt tegen een laag tarief maaltijden en bevordert de samenhang. In Doorn en Leersum valt deze activiteit onder verantwoordelijkheid van het zorgcentrum De Schermerij. In Driebergen is deze voorziening bij de zorgcentra Sparrenheide ondergebracht. Amerongen kent een dergelijke voorziening niet.
- Vrijwillige hulpdienst: de Algemene Hulpdienst Amerongen biedt bemiddeling bij korte, incidentele hulpvragen, voornamelijk op het gebied van vervoer (vaak met begeleiding), maar ook hand- en spandiensten, vriendschappelijk bezoek, e.d.

Nota's mantelzorg- en vrijwilligerswerk

In de Wmo is het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers als prestatieveld 4 opgenomen. In 2008 wordt er voor deze beleidsterreinen beleid opgesteld.

In het mantelzorgbeleid is aandacht voor informatie, advies en doorverwijzing, sociaal emotionele- en praktische ondersteuning, materiële en financiële ondersteuning, respijtzorg en maatregelen op het gebied van arbeid en zorg. Het college wil hierbij extra aandacht voor de ondersteuning van jonge mantelzorgers.

De doelstelling van het vrijwilligersbeleid is dat er op langere termijn in de gemeente Utrechtse Heuvelrug een goed functionerend pakket aan voorzieningen is voor vrijwilligerswerk(-ondersteuning).

Milieubeleidsplan

De gemeente Utrechtse Heuvelrug ontwikkelt in samenwerking met de Milieudienst Zuidoost Utrecht een Milieubeleidsplan. De gemeenteraad heeft als ambitie aangegeven dat de gemeente zich als duurzaam dient te profileren. Duurzaam in de breedste zin van het woord, dus op het gebied van luchtkwaliteit, bouwen, inbreiden, verkeer en veiligheid, groen, geluid, etc.

In diverse werkgroepen wordt gewerkt aan de verantwoordelijkheid van de gemeente:

- op de eigen bedrijfsvoering;
- op de mondiale problematiek;
- naar de inwoners toe.

De planning is dat het Milieubeleidsplan begin 2009 gereed zal zijn.

Harmonisering gemeentelijke subsidies

Met ingang van 2009 zullen de subsidies die de gemeente Utrechtse Heuvelrug verstrekt geharmoniseerd worden. Een deel wordt per 1 januari 2010 geëffectueerd, waaronder de beleidsregels subsidiëring gezondheid. In 2009 worden hiervoor de beleidsregels per beleidsterrein opgesteld.

Verdere uitwerking in hoofdstuk 6.

Bijlage 4 Gezonde leefstijl

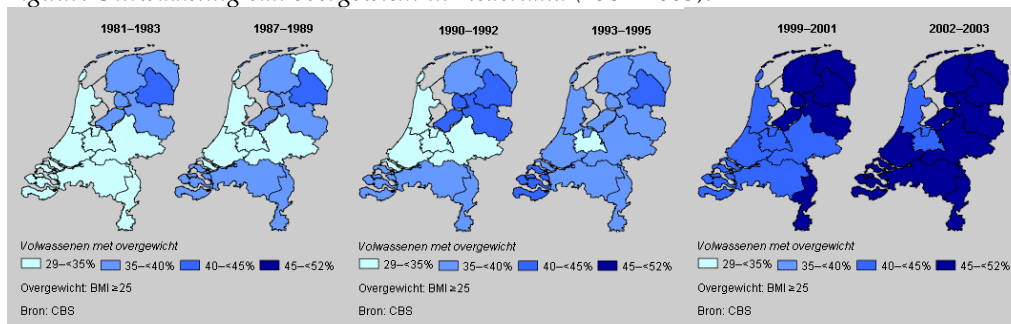
Stand van zaken Hoofdstuk 3 Gezonde leefstijl

1. Gezond gewicht en bewegen

Landelijke cijfers

Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen (volwassenen en kinderen) dat te zwaar is snel.

Figuur: Ontwikkeling van overgewicht in Nederland (1981-2003).



De nieuwste cijfers over de toename van overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) bij kinderen zijn verontrustend. In 1980 had 1 op de 15 kinderen van 4 tot 14 jaar overgewicht, in 1997 was dit al 1 op de 8 á 9 kinderen. In de zes jaar daarna is dit verder toegenomen tot 1 op de 5 kinderen.

Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status (laag inkomen, goedkopere huisvesting, achterstand in gezondheid). Mensen met obesitas leven minder lang en vooral langer in slechtere gezondheid. Met overgewicht lopen mensen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Mensen met overgewicht hebben vaak een negatief stempel en kunnen daarmee psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken.

Diabetes

In Nederland hebben meer dan 600.000 mensen diabetes, elk jaar komen er ruim 70.000 bij. Het RIVM voorspelt dat het aantal personen met diabetes tussen 2005 en 2025 met een derde toeneemt (32,5 procent). Bovendien hebben naar schatting 250.000 mensen de ziekte al zonder dat ze het weten, met als gevolg: meer kans op complicaties bij de ziekte.

Cijfers in onze gemeente:

Diabetes:

- Van de volwassenen uit Utrechtse Heuvelrug heeft 1.0% diabetes mellitus (landelijk 1,2%). Diabetes komt meer voor onder de mannen (1,7%) dan de vrouwen (0,5%) in de Heuvelruggemeente. (Volwassenenonderzoek 2004)

- Van de 65-74 jarigen uit Utrechtse Heuvelrug heeft 11% (regio 12%) diabetes mellitus en van de 75-plussers uit Utrechtse Heuvelrug 10% (regio 13%).(Seniorenonderzoek 2006)

Hart- en vaatziekten

- Van de volwassenen tot 65 jaar heeft 1,3% ziekten aan de kransslagaders, beroerte of hartfalen (mannen vaker als vrouwen), bij de doelgroep 65-plussers is bij 18% (al dan niet door een arts vastgesteld) sprake van chronische hart- en vaatziekten.

Landelijk is de totale sterfte voor 35% het gevolg van sterfte aan hart- en vaatziekten. Voor de gemeente Utrechtse Heuvelrug zijn deze gegevens niet bekend, maar gelet op de leeftijdsopbouw van de bevolking in de gemeente mag verwacht worden dat dit percentage minimaal ook geldend is voor de gemeente Utrechtse Heuvelrug. Hart- en vaatziekten vormen hiermee de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel regionaal als landelijk.

Op basis van alleen demografische ontwikkelingen (vergrijzing) is de verwachting dat tussen 2005 en 2025 het aantal personen met een ziekte van de kransslagaders en een beroerte of hartfalen zal stijgen.

Ondergewicht

Binnen de gemeente Utrechtse Heuvelrug vindt 28% van de jongeren van 12-18 jaar met een normaal gewicht zichzelf te dik. Het gaat hierbij met name om meisjes. Van de jongeren heeft 24% in de afgelopen 4 weken serieus gelijnd. De groep lijners gebruikte daarbij de volgende methoden: minder eten/niet snoepen (64%), extra bewegen/sporten (53%), speciaal dieet (6%) of expres overgeven (2%). 78% van de lijners had een normaal gewicht, terwijl bij 8% zelfs sprake was van ondergewicht. Ook hierbij gaat het met name om meisjes. Dit is een mogelijke risicogroep voor het ontwikkelen van eetstoornissen. Uit regionale cijfers blijkt verder dat naarmate het schoolniveau van de jongeren lager is, ze vaker aan de lijn doen.

Referentiegroep: 558 jongeren uit de gemeente Utrechtse Heuvelrug.

(Bron: "Hoe gezond is en leeft de jeugd in de Utrechtse Heuvelrug", mei 2008, GGD)

2. Genotmiddelen en verslaving

Landelijke cijfers (Trimbos 2007)

Jongeren gebruiken te vroeg, te vaak en te veel

Jongeren gebruiken vroeg:

- In groep 7 en 8 van de basisschool heeft ruim een derde (36%) van de leerlingen ooit alcohol gedronken.
- Op 12-jarige leeftijd heeft ruim de helft (56%) van de leerlingen in het voortgezet onderwijs ervaring met alcohol.
- Op 14-jarige leeftijd neemt dit toe tot 81%.
- Vanaf 15 jaar neemt dit percentage geleidelijk toe tot 95% op 17-18 jarige leeftijd.

Jongeren gebruiken vaak:

- Onder de drinkende jongeren van 12-18 jaar heeft bijna helft (48%) de afgelopen maand 3 tot 10 keer alcohol gedronken, en 12% zelfs meer dan 10 keer.
- 40% heeft één of twee keer alcohol gedronken.

Jongeren gebruiken veel:

- 56% van de 15-jarige drinkende jongens drinkt in een weekend gemiddeld tenminste 5 glazen per keer,
- 30% drinkt 11 glazen of meer in een weekend
- en 13% drinkt 21 glazen of meer

- 48% van de 15-jarige meisjes drinkt in een weekend gemiddeld tenminste 5 glazen,
- 19% drinkt 11 glazen of meer in een weekend

De tolerantie van ouders is gestegen:

De houding van de ouders over alcohol heeft veel invloed op het drinkgedrag van jongeren. Ouders die toestaan dat hun kind alcohol drinkt (of er niets van zeggen) vergroten de kans dat hun kind gaat drinken.

Deze tolerante houding van ouders is in de loop der jaren toegenomen:

- In 1996 heeft 37% van de ouders een tolerante houding tegenover het alcoholgebruik van de jongere,
- In 2003 is dit opgelopen tot 50%.
- In 2005 mocht 30% van de jongeren onder de 16 jaar thuis zeker een glas alcohol drinken in aanwezigheid van de ouders, in 2007 is dit gedaald tot 18%

Mogelijke verklaringen voor deze toegenomen tolerantie zijn:

Ouders hebben onvoldoende kennis over de risico's van alcoholgebruik, bijvoorbeeld over mixdrankjes. Ouders denken ten onrechte dat het goed is om hun kinderen thuis te leren drinken. Verbieden past niet goed in de huidige opvoedingsstijl.

Ouders onderschatten het alcoholgebruik van hun kinderen en treden daarom misschien minder streng op.

Stand van zaken

Het gebruik van drugs en verslavingsproblematiek onder volwassenen in de gemeente Utrechtse Heuvelrug is niet bekend.

Met betrekking tot jongeren is het volgende bekend:

“De meeste jongeren die drugs gebruiken, gebruiken het middel maar één of een paar keer. Een kleine groep blijft vaker gebruiken. Het belangrijkste gezondheidsrisico van drugsgebruik is een afname van het reactie- en concentratievermogen en verslechtering van het korte termijngeheugen. Dit kan negatieve effecten hebben op school- en werkprestaties of in het verkeer.

In deze tabel is te zien dat het gebruik van drugs met name bij jongeren uit de hogere klassen voorkomt. Er is geen verschil naar schoolniveau. Van de jongeren die hasj- of wiet gebruiken in Utrechtse Heuvelrug geven de meeste jongeren aan dit van vrienden te krijgen (52%). Daarnaast geeft 16% aan dit bij de coffeeshop te halen, 6% krijgt het via via, 3% via een dealer en 5% via schoolgenoten. De meeste jongeren die hasj- of wiet gebruiken, gebruiken dit op straat (58%), bij vrienden (50%) of in een café (12%). 14% gebruikt het thuis en 2% op school.”

(Bron: “Hoe gezond is en leeft de jeugd in de Utrechtse Heuvelrug, mei 2008, GGD)

Tijdens de Jeugdconferentie van 27 maart 2008 gaven jongeren aan zelf niet veel te maken te hebben gehad met drugs. Wel zien ze dat er in hun omgeving gebruikt en gedeeld wordt, met name wiet. De indruk van jongeren is dat er weinig harddrugs wordt gebruikt.

Bijlage 5 Psychische gezondheid

Stand van zaken Hoofdstuk 4 Psychische gezondheid

1. Depressie en psychosociale problematiek

Stand van zaken

Het onderzoek Schoolkracht onder scholieren van 12-18 jaar van de GGD in 2008 leverde nog de volgende gegevens:

“Suïcidaliteit is meegenomen in het onderzoek als indicatie voor depressie. Ook de manier waarop jongeren hun nabije toekomst zien hangt hier mee samen. Automutilatie (zelfbeschadiging) is opgenomen in het onderzoek omdat het in toenemende mate op scholen voorkomt. Het is een duidelijk signaal van psychosociale problematiek bij een jongere. Redenen waarom een jongere aan automutilatie doet zijn divers, bijvoorbeeld uiten van woede, ontladen van spanning, verminderen van negatieve gevoelens bij zichzelf, maar ook gevoel van controle/macht over zichzelf (waar men dan trots op is) en aandacht vragen, laten zien dat het niet goed gaat.

Suïcidaliteit en automutilatie

	Klas 1-2	Klas 3-4	Klas 5-6	Lwoo/v mbo	Havo/vwo	totaal	referentie regio
Afgelopen jaar suïcidegedachten gehad	21 %	17 %	11 %	20 %	16 %	18 %	18 %
Afgelopen jaar suïcidepoging gedaan	4 %	2 %	0 %	3 %	2 %	3 %	4 %
Afgelopen jaar zichzelf opzettelijk verwond	12 %	6 %	7 %	9 %	10 %	9 %	10 %

(Onderzoekspopulatie 558 jongeren uit de gemeente Utrechtse Heuvelrug)

Uit de regionale cijfers blijkt dat suïcidegedachten en automutilatie meer bij meisjes dan bij jongens voorkomen. Suïcidepogingen komen in dezelfde mate bij jongens en meisjes voor. Suïcidaliteit en automutilatie komt vaker voor bij vmbo-jongeren in vergelijking met havo/vwo-jongeren. Daarnaast is gevonden dat het vaker voorkomt bij de jongere jongeren (12 -15 jaar).”

“Pestgedrag heeft gevolgen voor allen die erbij betrokken zijn. Vooral leerlingen die structureel gepest worden ondervinden negatieve gevolgen, zoals verminderen van hun zelfvertrouwen, faalangst, psychosomatische klachten of depressieve verschijnselen. In onderstaande tabel is weergegeven in hoeverre pestgedrag voorkomt bij de jongeren in de gemeente Utrechtse Heuvelrug. Met frequent pesten of gepest worden wordt bedoeld dat dit minstens eenmaal per week gebeurd is de afgelopen drie maanden.

	Klas 1-2	Klas 3-4	Klas 5-6	Lwoo/v mbo	Havo/vwo	totaal	referentie regio
Wordt wel eens gepest	23 %	17 %	2 %	21 %	15 %	18 %	19 %
Wordt frequent gepest	9 %	5 %	0 %	9 %	3 %	6 %	6 %
Pest wel eens	29 %	27 %	10 %	26 %	25 %	26 %	28 %
Pest frequent	5 %	6 %	0 %	7 %	2 %	5 %	6 %

(Onderzoekspopulatie 558 jongeren uit de gemeente Utrechtse Heuvelrug)

Jongens geven aan vaker gepest te worden en ook vaker zelf te pesten dan meisjes. Daarnaast komt pesten vaker in de lagere klassen voor en vaker op het lwoo/vmbo vergeleken met havo/vwo.”

2. Eenzaamheid

Stand van zaken

Eenzaamheid en sociaal isolement zijn begrippen die vaak door elkaar gebruikt worden. Ze hangen nauw met elkaar samen, maar betekenen niet hetzelfde. Eenzaamheid verwijst naar de kwaliteit van de contacten en de relaties die iemand heeft. Er is een verschil in de kwaliteit die men ervaart en die men zou wensen. De Jong-Gierveld¹ definieerde eenzaamheid als “een onplezierig en ontoelaatbaar ervaren verschil tussen gerealiseerde en gewenste sociale relaties, met name wanneer de betrokkene zichzelf niet in staat acht bepaalde gewenste relaties binnen redelijke termijn te vervullen”.

Waar eenzaamheid subjectief is, is sociale isolatie een meer objectief gegeven. Eenzame mensen kunnen (soms zelfs veel) contacten hebben, maar zich toch eenzaam voelen. Sociaal geïsoleerde mensen daarentegen voelen zich eenzaam en hebben weinig/geen sociale contacten². In de definitie staat nadrukkelijk dat het om een onplezierig en ontoelaatbaar verschil gaat. Dat betekent dat wanneer de term eenzaamheid gebruikt wordt het niet gaat over mensen die zich af en toe eenzaam voelen, maar om hen die er last van hebben in hun functioneren en welzijn.

De Jong-Gierveld³ maakt onderscheid tussen emotionele- en sociale eenzaamheid. Het eerste duidt op het missen van intieme relaties en leidt tot gevoelens van verlatenheid en verdriet. Sociale eenzaamheid duidt vooral op het gemis van een ondersteunend netwerk, met als gevolg gevoelens van uitzichtloosheid en doelloosheid. Emotionele eenzaamheid wordt als ernstiger ervaren dan sociale eenzaamheid. Bij ernstige eenzaamheid vaak ook een combinatie van deze soorten.

Men wordt niet eenzaam van de ene op de andere dag, het is vaak een proces. Vereenzaming bedreigt de gezondheidssituatie en de aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven van veel mensen. Zo gaat vereenzaming vaak gepaard met lichamelijke⁴ en psychische⁵ klachten. Iemand die eenzaam is kan terecht komen in een vicieuze cirkel. Voor iemand met eenzaamheidsgevoelens zal het aangaan en onderhouden van contacten steeds moeilijker worden. Men trekt zich steeds meer terug. Ook kan iemand ten gevolge van eenzaamheid een steeds negatiever zelfbeeld ontwikkelen en zijn sociale vaardigheden kunnen verder verzwakken.

Onderzoek van de GGD geeft voor de gemeente Utrechtse Heuvelrug de volgende uitkomsten:

¹ Linneman M., P. van Linschoten, T. Royers, H. Nelissen en B. Nitsche (red.). Eenzaam op leeftijd, interventies bij eenzame ouderen. Utrecht: NIZW, 2001.

² Hortulanus R., A. Machielse en L. Meeuwssen. Sociaal isolement, een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. Den Haag, Elsevier Overheid, 2003.

³ Werken aan eenzaamheid. Frans Meulenbergh. Mediator, juli 2002, jaargang 13, nummer 5.

⁴ Eenzame mensen hebben vaak last van hoofdpijn, maagpijn, ademhalingsproblemen, slaapstoornissen en spierspanning in de rug, schouders en nek). Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is hoog (Linneman e.a. 2001).

⁵ Eenzame mensen hebben vaak last van vermoeidheid, lusteloosheid en stressreacties (Linneman e.a. 2001). Eenzaamheid is sterk geassocieerd met depressie en aan eenzaamheid, angst en depressie liggen gezamenlijke oorzaken ten grondslag (Ederveen 2002).

- 42% van de senioren geeft aan zich eenzaam te voelen (regio 42%). 34% voelt zich matig eenzaam en 8% (zeer) ernstig eenzaam.

(Bron: *Seniorenonderzoek 2006, GGD*)

Naarmate de leeftijd hoger wordt, neemt de kans op vereenzaming toe. Ouderen zijn dan ook een specifieke doelgroep binnen het thema eenzaamheid en sociale uitval. In de gemeente Utrechtse Heuvelrug voelt 50% van de senioren zich (zeer ernstig) eenzaam.

Ook mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem hebben een verhoogde kans zich in meerdere mate eenzaam te voelen, door het "anders" zijn.

Een specifiek te benoemen groep zijn de mantelzorgers. Mantelzorgers leveren een fundamentele bijdrage aan de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van kwetsbare burgers, maar kunnen hierdoor overbelast raken en zelf vereenzamen, of geen mogelijkheid meer zien om zelf binnen de maatschappelijke te participeren (vrijtijd, werk, etc.).

Bijlage 6 Gezonde omgeving

Stand van zaken Hoofdstuk 5 Gezonde omgeving

1. Aanbod 1e lijns zorgvoorzieningen

Stand van zaken

Bureau Raedelijk werkt aan samenhang en samenwerking in de 1^e lijns zorgvoorzieningen. In het Regioplan 2008 heeft dit bureau de volgende gegevens m.b.t. het benodigde en huidige aanbod inzichtelijk gemaakt:

Benodigd aanbod	Utrechtse Heuvelrug
aantal contacten huisartsenzorg	199.717
aantal contacten mondzorg	124.787
aantal contacten paramedische zorg*	128.357
aantal contacten eerstelijns psycholoog/maatsch. werker	10.711
Thuiszorg	
- uren huishoudelijke zorg	418.987
- uren verzorging + verpleging	131.146
FTE huisarts	20
FTE tandarts	18,3
FTE paramedici m.b.t. het bewegingsapparaat	15,9
Overige 1e lijnsaanbieders	
aantal apotheken	5,6
aantal apothekers	7,3
aantal apotheekassistenten	31,6
aantal verloskundigen	4,6
aantal logopedisten	13,9

* hieronder vallen volgens het Vraag en Aanbod Analyse Monitor model: fysiotherapie, oefentherapie cesar en oefentherapie mensendieck

Huidig aanbod	Regio	Utrechtse Heuvelrug
Eerstelijns samenwerkingsverbanden		
Aantal samenwerkingsverbanden multi < 4	4	0
Aantal samenwerkingsverbanden multi 4-7	3	1
Aantal samenwerkingsverbanden multi > 7	0	0
Huisartspraktijk		
Aantal huisartspraktijken	60	17
Aantal praktijkhoudende huisartsen	102	25
Aantal huisartsen (incl. in loondienst)	111	28
Aantal cliënten per huisarts	1.741	1.743
Fysiotherapiepraktijk		
Aantal fysiotherapiepraktijken	141	31
Aantal fysiotherapeuten	441	105
Oefentherapiepraktijk		
Aantal oefentherapiepraktijken	35	7
Aantal oefentherapeuten	42	10

Verloskundigenpraktijk		
Aantal verloskundigenpraktijken	4	1
Aantal verloskundigen	14	3
Logopediepraktijk		
Aantal logopediepraktijken	21	5
Aantal logopedisten	24	5
Eerstelijnspsychologiepraktijk		
Aantal eerstelijnspsychologiepraktijken	25	9
Aantal eerstelijnspsychologen	27	9

Daarnaast zijn binnen de gemeentegrenzen 4 mondhygiënisten en 13 tandartspraktijken.

De werkelijke capaciteit van de eerste lijn wordt echter niet alleen bepaald door het aantal locaties en zorgverleners. Eén van de overige factoren is de beschikbaarheid of aantal fte per discipline. Deze gegevens zijn echter niet uit openbare bronnen op systematische wijze te verzamelen. Daarom gaat bureau Raedelijk uit van landelijke cijfers, waarbij het moeilijk blijkt om uit de beschikbare informatie (aantallen zorgverleners) een bruikbare omrekenfactor te destilleren die daadwerkelijk kan aangeven of er 'voldoende' aanbod van een bepaald type eerstelijnszorg beschikbaar is.

Automatische Externe Defibrillatoren (AED)

Een AED is een compact en makkelijk te bedienen apparaat dat door middel van elektrische schokken het hartritme weer op gang kan helpen (defibrillatie).

De Hartstichting vindt dat iedereen op de hoogte moet zijn van het feit dat de eerste 6 minuten bij een hartstilstand cruciaal zijn én dat men weet wat er dan moet gebeuren: direct 112 bellen, onmiddellijk beginnen met reanimeren (hartmassage en mond-op-mondbeademing) en met een AED (Automatische Externe Defibrillator) het hart één of meerdere krachtige stroomstoten toedienen.

In Nederland komen steeds meer plekken waar alles zo is geregeld dat bij een hartstilstand alle elementen van de 6 minuten toegepast kunnen worden. Dit is een zogenaamde 6 Minuten Zone. De Nederlandse Hartstichting voert hiervoor campagne en geeft aan dat met een 6 Minuten Zone de overlevingskans bij een hartstilstand vergroot wordt met 25%.

In november 2007 heeft de gemeenteraad de motie van Groenlinks aangenomen: komen tot een sluitend netwerk van 6 Minuten Zones in de gemeente Utrechtse Heuvelrug met daartoe opgeleide mensen.

2. Milieu

Stand van zaken

Milieu (hygiëne op scholen):

- In de gemeente Utrechtse Heuvelrug zijn in 2007 9 scholen bezocht.
- Bij 4 scholen waren de gemeenschappelijke ruimte en de lerarenkamer onvoldoende schoon, bij 3 scholen waren het leslokaal en het speellokaal onvoldoende schoon en bij 2 scholen waren het handvaardigheidlokaal en de overblijfruimte onvoldoende schoon.
- Bij 5 scholen was de hygiëne in het gymnastieklokaal, de toiletten en wasruimtes onvoldoende, bij 4 scholen waren de kleedruimtes onvoldoende schoon.
- Op alle scholen werden dagelijks de toiletten schoongemaakt.
- Op alle scholen werd voldoende geventileerd.
- Alle scholen hebben een op schrift gesteld schoonmaakprogramma. 1 school maakte niet schoon in overeenstemming met dat programma, de andere scholen wel.
- Het totaaloordeel komt voor 6 scholen op 'goed schoon'. Voor 3 scholen kon geen totaaloordeel worden gemaakt vanwege missende waarnemingen op 1 of meerdere terreinen.
- In totaal zijn 20 adviezen verstrekt. (Bron: "Jeugd Utrechtse Heuvelrug", GGD mei 2008)

Bijlage 7 Verdeling budget gezondheid

Overzicht inkoop gezondheid

Basistaken

Basistaak	Instantie	2009	2010	dekking	aard	Opmerkingen ⁶
Algemene gezondheidszorg (epidemiologie, gezondheidsbevordering, MMK, THZ, infectieziektenbestrijding, JGZ 4-19, rijksvaccinatieprogramma, uniform en collectief maatwerk)	GGD	595.302	608.608	begr	bestaand	JGZ uitwerken in beleid CJG
Jeugdgezondheidszorg 0-4 jr (consultatiebureau, inentingsprogramma, hielprik, gehoorscreening)	Vitras/CMD	572.809	572.809	BDU	bestaand	uitwerken in beleid CJG
Centrum voor jeugd en gezin (incl elektronisch kinddossier, verwijfsindex)	GGD - Vitras/CMD CMD (e.v. nnb)	pm	pm	BDU Uitk ekd	nieuw	uitwerken in beleid CJG
Algemeen maatschappelijk werk	Vitras/CMD	467.994	467.994	begr	bestaand	
Ondersteunende begeleiding risicogezinnen	Aanbieders HH	pm	pm			nieuw in 09, nog in overleg, Wmo
Totaal basistaken		1.636.105	1.649.411			

⁶ Cijfers tussen haakjes verwijzen naar actiepunten in nota.

Keuzetaken

Keuzetaak	Instantie	2009	2010	dekking	aard	Opmerkingen
Algemene gezondheidszorg						
Forensische geneeskunde, Lijkschouw	GGD	5.500	5.500	begr	bestaand	op declaratiebasis, via burgerzaken
Onderzoek, ophoging per dorp	GGD	-	10.000		nieuw	besluiten toe te kennen (9.1)
Totaal		5.500	15.500			
Keuzetaak	Instantie	2009	2010	dekking	aard	Opmerkingen
JGZ algemeen						
Logopedie screening b.o.	GGD	35.624	28.969	begr	bestaand	vanaf 2010 ook Maarn
	Eduniek (Maarn)	5.193	-	begr	bestaand	gaat naar GGD
Preventie aanbod 4-12 jr	Basisscholen		134.000	begr	nieuw	overheveling oude subsidies onderwijsbegeleidingsdienst, godsdiensten humanistisch onderwijs
Subsidieregeling (cafetariamodel)						vanaf 2011 66.000
(oa zorg, gezondheid, veiligheid)						
Gezonde school	GGD	2.133	-	begr	bestaand	overhevelen naar cafetariamodel per 2010, in beleidsregel onderwijs (onderdeel gezondheid, zorg en veiligheid)
BO lesprogramma's alcohol en drugs, met aandachtspunt betrokkenheid ouders		7.867	10.000		nieuw	Besluiten: toekennen en toevoegen aan cafetariamodel; uitwerken in beleidsregel onderwijs (onderdeel gezondheid, zorg en veiligheid) (2.3)
Secundaire preventie overgewicht 0-4	Vitras \ CMD	2.976	2.976		nieuw	besluiten toe te kennen (1.8)
Secundaire preventie overgewicht 4-19	GGD	7.500	7.500		nieuw	besluiten toe te kennen (1.8)

Totaal		61.293	183.445			
Keuzetaak	Instantie	2009	2010	dekking	aard	Opmerkingen
Jgz / Centrum voor jeugd en gezin						uitwerken in beleid CJG
Zorgnetwerken	GGD	4.482	4.482	begr	bestaand	
	Vitras/CMD	5.597	5.597	begr	bestaand	
Opvoedingsspreekuur 0-19 jr.	Vitras/CMD	13.460	13.460	begr	bestaand	
Videohometraining	Vitras/CMD	12.085	12.085	begr	bestaand	
Themabijeenkomsten (oa vaccineren)	Vitras/CMD	4.350	4.350	begr	bestaand	
Prenatale zorg (cursus, huisbezoeken)	Vitras/CMD		12.570	BDU	nieuw	
Aanbod Stevig Ouderschap	Vitras/CMD	25.670	25.670	BDU	bestaand	vh preventief jeugdbeleid
Meldpunt jeugd (via AMW) (incl coörd. zorgnetwerken)	Vitras/CMD	40.525	40.525	begr	bestaand	in 2008 uitgebreid
Totaal		106.169	118.739			
Keuzetaak	Instantie	2009	2010	dekking	aard	Opmerkingen
OGGZ						
Meldpunt Zorg & Overlast	GGD	20.000	20.000		nieuw	besluiten structureel voort te zetten (5.1)
Meldpunt Zorg & Overlast amw	Vitras/CMD	6.750	6.750		nieuw	besluiten structureel voort te zetten (5.1)
Totaal		26.750	26.750			
Keuzetaak	Instantie	2009	2010	dekking	aard	Opmerkingen
Subsidies: EHBO						
EHBO	EHBO Amerongen	780	-	begr	bestaand	

	EHBO Maarn/Mrsb.	1.100	-	begr	bestaand	
	EHBO Leersum	530	-	begr	bestaand	
	3 EHBO ver. gezamenlijk	-	2.410	begr	wijziging	subsidieregels 2010 (7.5)
Totaal		2.410	2.410			
Keuzetaak	Instantie	2009	2010	dekking	aard	Opmerkingen
Subsidies: Preventie en zelfredzaamheid						
Slachtofferhulp	St. Slach- tofferhulp	9.791	9.791	begr	bestaand	subsidieregels 2010 (4.25)
Juridische hulp	St. Rechtsw. UH	2.373	2.449	begr	bestaand	subsidieregels 2010 (4.26)
Preventie GGZ	Indigo (Altrecht)	12.424	12.424	Wmo	nieuw	sinds 2007, subsidieregels 2010 (1.9, 3.3, 4.22, 4.23)
Zorg en hulp op maat	St. Stade/Fiom	16.100	16.100	Wmo	nieuw	sinds 2009, subsidieregels 2010 (4.24)
Totaal		40.688	40.764			
Overige keuzetaken	Instantie	2009	2010	dekking	aard	Opmerkingen
Vervolgonderzoek naar centrale huisartsenpost	extern bureau	10.000			nieuw	aparte bijdrage via voorjaarsnota 2009 (6.5)
Uitvoeren AED project		2.500		Wmo	nieuw	uitwerking van motie, is al gehonoreerd (7.6)
Totaal		12.500	-			
Totaal keuzetaken		255.310	387.608			

Bijlage 8 Overzicht ambities en acties

Ambitie 1: Bevorderen van gezond gewicht en bewegen

Bestaande acties op dit terrein in andere beleidsvelden:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
1.1	Aanbieden van preventieve projecten gezond gewicht, gezonde voeding en bewegen voor jongeren.	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, Onderwijs, Sportservice Midden Nederland (SMN)	Onderwijs en sport (Breedtesport Impuls)
1.2	Project sportstimulering kinderen van minima	x	x	x		Afd. MO (regie), SMN	Minima
1.3	Project sportstimulering senioren	x	x	x	x	Afd. MO (regie), SMN	Sport (Breedtesport Impuls)
1.4	Project sportstimulering mensen met een beperking of chronische aandoening	x	x	x	x	Afd. MO (regie), SMN, 1 ^e lijn	Sport (Breedtesport Impuls)
1.5	Project sportstimulering allochtone vrouwen	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Fysiotherapeuten, zwembad	Interculturalisatie
1.6	Gezondheidsmarkten voor allochtonen	x	x	x	x	Afd. MO (regie), organisaties allochtonen	Interculturalisatie
1.7	Meer bewegen stimuleren door vervoers- en verkeersbeleid	x	x	x	x	Sector ruimte	Verkeer en vervoer

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
1.8	Secundaire Preventie overgewicht bij kinderen 0-19 jaar met Overbruggingsplan Overgewicht	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, Vitras/CMD, Afstemmen met 1e lijn	Gezondheid
1.9	Deskundigheidsbevordering bij leerkrachten over emoten in relatie tot gezond gewicht;	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Indigo	Gezondheid/Wmo

Ambitie 2: Schadelijk alcohol- en druggebruik ontmoedigen

Bestaande acties op dit terrein in andere beleidsvelden:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
2.1	Alcoholmatigingsproject jeugd (politieregio)	x	x	x	x	Afd. BO (regie), Afd. MO, politie	Veiligheid
2.2	Uitbreiden handhaving op verkoop alcohol aan jongeren onder de 16 jaar.	x	x	x	x	Afd. BO (regie), Afd. MO, horeca, supermarkten/slijters	Horecabeleid

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
2.3	lesaanbod BO preventieve lesprogramma's alcohol- en druggebruik, met aandachtspunt betrokkenheid ouders	x	x	x	x	Afd. BO (regie), Afd. MO, onderwijs, GGD	Gezondheid, uitwerken in onderwijsbeleid
2.4	Stimuleren aanbod aan informatie over schadelijk alcohol- en druggebruik 12+ jeugd, aan jongeren en ouders	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, onderwijs, welzijnsorganisaties	Gezondheid

Ambitie 3: Seksueel gezond gedrag jongeren bevorderen

Bestaande acties op dit terrein in andere beleidsvelden:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
3.1	Stimuleren aanbieden van preventieve projecten over loverboys: bevorderen weerbaarheid		x	x		Afd. MO (regie), onderwijs, GGD, 1e lijn	Onderwijs, via budget Onderwijs-subsidies
3.2	Stimuleren aanbod informatie anticonceptie, soa's en seksueel gezond gedrag.		x	x	x	Afd. MO (regie), onderwijs, GGD/, 1e lijn	Onderwijs, via budget Onderwijs-subsidies

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
3.3	Bevorderen van seksueel gezond gedrag jongeren door middel van voorlichting en toeleiding naar de cursus Stay in Love;	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Indigo	Gezondheid/Wmo

Ambitie 4: Bevorderen psychische gezondheid door creëren basisaanbod

Bestaande acties op dit terrein binnen andere beleidsvelden zijn:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
4.1	Herinrichten telefonische en digitale informatiefunctie jeugd	x				Afd. MO(regie), Vitras/CMD	Jeugd en gezin
4.2	Algemene informatiefunctie verschaffen via het Wmo-informatiesysteem De G!DS	x	x	x	x	Afd. MO(regie), bibliotheek	Wmo
4.3	In back office c/jg vormgeven: toeleiding naar hulp, zorgcoördinatie, aansluiting bureau jeugdzorg, terugmelding van 2 ^e naar 1 ^e lijn		x	x	x	Afd. MO(regie), 1 ^e en 2 ^e lijn	Jeugd en gezin
4.4	backoffice C/JG ondersteunen door elektronisch kinddossier	x	x	x	x	Afd. MO(regie),	Regionale actie
4.5	Invulling prenatale zorg	x	x	x	x	Afd. MO(regie), 1 ^e lijn	Jeugd en gezin, Nieuwe regelgeving 2009
4.6	De zorgstructuur evalueren en opnieuw vormgeven	x	x	x	x	Afd. MO(regie),	Jeugd en gezin
4.7	implementeren lokale verwijfsindex , nodig voor uitvoering van de landelijke verwijfsindex	x	x			Afd. MO(regie),	Regionaal traject aangeschaft in 2008
4.8	Zorgaanbod jaarlijks monitoren met scholen, jgz en vertegenwoordigers ouders	x	x	x	x	Afd. MO(regie), GGD, Vitras/CMD, scholen	Onderwijs (LEA)
4.9	Maatwerk gelden jgz en evt. resterende gelden uit de Brede doeluitkering gericht inzetten na overleg ouders en ketenpartners.			x	x	Afd. MO(regie), GGD, Vitras/CMD,	Jeugd en gezin
4.10	Inkoop onderwijsaanbod psychische gezondheid (oa pesten) door BO bevorderen		x	x	x	Afd. MO(regie),	Onderwijs (via cafetariamodel)
4.12	Plan van aanpak om vereenzaming van ouderen tegen te gaan	x				Afd. MO(regie), GGD, 1 ^e lijn Vitras/CMD welzijnsstichtingen	Ouderen
4.13	Onderzoek naar aantal mantelzorgers en hun ondersteuningsbehoefte	x				Afd. MO(regie),	Mantelzorg
4.14	Plan van aanpak extra ondersteuning jonge mantelzorgers	x				Afd. MO(regie), Welzijnsstichting	Mantelzorg
4.15	Plan van aanpak extra ondersteuning allochtone mantelzorgers	x				Afd. MO(regie), Welzijnsstichting	Mantelzorg
4.16	Voorlichting en preventie huiselijk geweld	x	x	x	x	Afd. BO (regie), afd. MO, districtelijk coördinator	Veiligheid

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
4.17	Verlaging drempel voor meldingen huiselijk geweld	x	x	x		Afd. BO (regie), districtelijk coördinator	Veiligheid
4.18	Ontwikkelen beleid tijdelijk huisverbod	x				Afd. BO (regie), afd. MO	Veiligheid
4.19	Versterken gemeentelijke regie in keten (mbt huiselijk geweld)	x	x	x	x	Afd. BO (regie), afd. MO, districtcoördinator	Veiligheid
4.20	Crisisopvang vrouwen i.k.v. convenant thuisgeweld	x	x	x	x	Afd. BO (regie), Vitras/CMD	Veiligheid
4.21	Uitbouwen netwerk allochtone vertrouwenspersonen	x	x	x	x	Afd. MO (regie)	Interculturalisatie

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
4.22	Voorlichting en deskundigheidsbevordering over signalering depressie en psychosociale problematiek, voor ouderen, professionals en vrijwilligers;	x	x	x	x	Afd. MO(regie), Indigo	Gezondheid/Wmo
4.23	Informatiecentrum, Helpdesk Eetstoornissen, anonieme hulp via internet,	x	x	x	x	Afd. MO(regie), Indigo	Gezondheid/Wmo
4.24	Ondersteuning bij het verwerken van traumatische ervaringen	x	x	x	x	Afd. MO, Stichting Slachtofferhulp	Gezondheid/Wmo
4.25	Eerstelijns rechtshulp voor mensen met juridische problemen	x	x	x	x	Afd. MO, Rechtswinkel Utrechtse Heuvelrug	Gezondheid/Wmo

Ambitie 5: Kwetsbare personen en risicogroepen bereiken en begeleiden

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
5.1	Meldpunt Zorg en Overlast na 2008 structureel voortzetten	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, Vitras/CMD, ketenpartners	Gezondheid/Wmo
5.2	Zorg en hulp op maat bij zwangerschapsproblematiek, postadoptie problematiek, verwerking seksueel geweld en huiselijk geweld, outreachende hulpverlening aan tienermoeders	x	x	x	x	Afd. MO(regie), St. Stade/Fiom	Gezondheid/Wmo

Ambitie 6: Bevorderen toegankelijkheid en overleg 1^e en 2^e lijns voorzieningen

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
6.1	1 ^e en 2 ^e lijnsvoorzieningen toegankelijker maken voor alle inwoners van de gemeente	x	x			Afd. MO (regie), 1e en 2 ^e lijn	Gezondheid
6.2	Stimuleren medische- en zorgvoorzieningen in iedere dorpskern en HOED	x	x	x	x	Afd. MO (regie), 1 ^e en 2 ^e lijn apotheken	Gezondheid
6.3	Bevorderen regionale afstemming en samenwerking tussen 1 ^e en 2 ^e lijnsvoorzieningen		x	x	x	Afd. MO (regie), 1 ^e en 2 ^e lijn	Gezondheid
6.4	Vervolgonderzoek mogelijkheden gezondheidscentra in alle dorpen	x	x			Afd. MO (regie), 1e lijn apotheken	Gezondheid
6.5	Vervolgonderzoek naar centrale huisartsenpost	x				Afd. MO (regie), Huisartsen, HAP's,	Gezondheid
6.6	Overleg huisartsen-gemeente continueren	x	x	x	x	Afd. MO (regie), huisartsen	Gezondheid
6.7	Aanspreekpunt voor huisartsen binnen gemeente creëren	x				Afd. MO, huisartsen	Gezondheid
6.8	Overleg met verloskundigen en kraamzorg vormgeven	x	x	x	x	Afd. MO (regie), verloskundigen, kraamzorg	Gezondheid, uitwerken in jeugdbeleid
6.9	Overleg met afgevaardigden eerste lijnszorg opstarten voor versterking multidisciplinaire samenwerking	x	x	x	x	Afd. MO (regie), 1e lijn	Gezondheid

Ambitie 7: Behouden en waar mogelijk verbeteren van huidige kwaliteit leefomgeving

Bestaande acties op dit terrein binnen andere beleidsvelden zijn:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
7.1	Acties milieubeleidsplan realiseren	x	x	x	x	Afd. RO (regie)	Milieu
7.2	Acties duurzaam bouwen	x	x	x	x	Afd. RO	Milieu
7.3	Acties opstellen op gebied van vervoer om leefbaarheid mogelijk te houden	x					Verkeer en vervoer

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
7.4	Verantwoorde hygiëne in peuterspeelzalen, kinderopvang, scholen realiseren	x	x	x	x	Afd. MO (regie), GGD, scholen, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven	Gezondheid
7.5	EHBO verenigingen gaan samenwerken	x	x	x	x	Afd. MO (regie), EHBO-verenigingen	Gezondheid
7.6	Uitvoeren AED project	x	x	x	x	Afd. MO (regie), EHBO-verenigingen, Rode Kruis	Gezondheid

Ambitie 8: Bereiken van een optimale vaccinatiegraad van 95% onder 4- en 9-jarigen

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
8.1	Themabijeenkomst vaccineren	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Vitras/CMD,	Jeugd en gezin Opgenomen in maatwerk JGZ 0-4
8.2	Vaccineren kinderen onder aandacht brengen bij antroposofische gezinnen	x	x	x	x	Afd. MO (regie), Vitras/CMD, Widar	Lopend proces (door Vitras/CMD)

Ambitie 9: Dorpsgericht gezondheidsgegevens verzamelen

Acties vanuit het gezondheidsbeleid:

	Actie	2009	2010	2011	2012	Participanten	Beleidsveld
9.1	Bij gezondheidsonderzoeken ophogen steekproeven per dorp	x	x	x	x	Afd. MO (), GGD	Gezondheid

Bijlage 9 Interactieve beleidsvorming

Inleiding

Om de Kadernota Gezondheid op een interactieve manier vorm te geven is advies gevraagd aan een “klankbordgroep”. De klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordigers van:

- GGD Midden Nederland
- 1^e en 2^e lijns gezondheidszorg
- Welzijnsstichtingen
- Woningbouwcorporaties.

Met de huisartsen is apart gesproken.

Tijdens het ontwikkeltraject is de klankbordgroep bij elkaar geweest op 7 oktober 2008. Hierbij waren ook diverse leden van de Wmo-raad aanwezig. De Wmo-raad voorziet de definitieve nota van een eigen advies die als bijlage wordt toegevoegd.

Aan de hand van stellingen is gediscussieerd over de conceptnota. Daarnaast hebben diverse organisaties na deze bijeenkomst nog een aantal opmerkingen schriftelijk aangeleverd.

De opmerkingen en bevindingen van de discussiebijeenkomst zijn grotendeels verwerkt in de nu voorliggende nota.

De aanwezigen zagen geen reden om in het ontwikkeltraject nog een keer bij elkaar te komen maar zijn bereid om in het vervolgetraject themagewijs mee te denken over de uitvoeringsplannen. De klankbordgroep heeft het als zeer positief ervaren om met zo’n breed scala aan organisaties om de tafel te zitten en met elkaar over het gezondheidsbeleid te praten.

Naast de klankbordgroep is de conceptnota vanzelfsprekend becommentarieerd door en besproken met diverse beleidsmedewerkers uit de verschillende sectoren van de gemeentelijke organisatie.

Verwerkte opmerkingen

Hieronder geven we puntsgewijs de belangrijkste onderwerpen weer die naar aanleiding van opmerkingen zijn verwerkt.

CJG	<ul style="list-style-type: none">• Het CJG kan een heel belangrijke rol vervullen binnen het gezondheidsbeleid en dan met name voor de jeugd. In dit centrum werken een aantal disciplines samen, zodat die elkaar kunnen aanvullen of versterken. Het thema verbinden is hierbij dus heel belangrijk. Het CJG zou daarom een plaats moeten krijgen in de nota.
-----	--

Kraamzorg en prenatale zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Kraamzorg dient een plaats in de nota te krijgen omdat het de enige organisatie is die zo'n 8 uur per dag in een gezin aanwezig is. Zij zien heel veel wat er in een gezin gebeurt en hebben daarom een belangrijke signaleringsfunctie. • Huisartsen en verloskundigen hebben een rol in prenatale zorg. Verloskundigen zijn extra opgeleid rond preconceptiezorg en kinderwensspreekuren.
Voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> • De gemeente zou een voorlichtingscampagne moeten doen naar de jeugd, maar ook naar hun ouders. Scholen en sportverenigingen kunnen/moeten hierin ondersteunend zijn. Scholen en sportverenigingen hebben een signaleringsfunctie. De gemeente geeft de speerpunten van beleid aan, waarop scholen kunnen inzetten. • de gemeente moet ouders een referentiekader bieden, zodat ouders weten tot wat nog "normaal" is en wanneer hun kinderen daarin te ver gaan – probleem is alleen hoe regel je dat • er moet een collectief referentiekader komen en er moet gehandhaafd worden • er moet teamgeest gecreëerd worden in de vereniging voor ouders en kinderen
Psychosociale problemen bij basisschoolleerlingen	<ul style="list-style-type: none"> • scholen en ouders, maar ook maatschappelijk werk ed. moeten hier samen in optrekken • de school heeft hier ook een belangrijke rol in (signaleringsrol) om de hulpverlening in gang te zetten
Tandheelkunde	<ul style="list-style-type: none"> • tandartsen en mondhygiënisten hebben ook een preventieve taak bij heel jonge kinderen en kunnen een signaleringsfunctie vervullen
Gezond gewicht en bewegen	<ul style="list-style-type: none"> • alleen balans tussen gezond eten en voldoende bewegen is niet genoeg; het gaat ook om gedragsverandering. Vaak zijn er psychische oorzaken die ook moeten worden meegenomen. • Samenwerking en afstemming tussen diëtist, fysiotherapeut en eerstelijns psycholoog is essentieel. • Sportstimulering is prima, maar er zijn ook gezinnen die dit niet kunnen betalen.
1 ^e lijn	<ul style="list-style-type: none"> • Er is behoefte aan een aanspreekpunt binnen de gemeente voor de eerstelijns. • Vanuit de eerstelijns bieden huisartsen een steeds verder ontwikkeld preventief beleid, wat past binnen de huidige wetenschappelijke en maatschappelijke doelstellingen. Ook diagnostische mogelijkheden worden steeds meer binnen muren van huisartsenpraktijken verricht, wat voor veel mensen prettig is.

Bijlage 10 Begrippenlijst

1e lijns zorgvoorzieningen	Zorgvoorzieningen voor iedereen toegankelijk (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapie, oefentherapie, logopedisten en eerstelijnspsychologen)
2e lijns zorgvoorzieningen	Zorgvoorzieningen alleen toegankelijk na doorverwijzing (ziekenhuizen, medisch specialisten, psychologen, etc.);
3e lijnszorgvoorzieningen	AWBZ-gefinancierde zorgvoorzieningen (reguliere verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicapten, regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's), psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen (PAAZ'en), ziekenhuizen en instellingen voor revalidatie).
AED	Automatische Externe defibrillator
Afd. BO	Gemeentelijke afdeling bestuursondersteuning
Afd. MO	Gemeentelijke afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling
Afd. OOV	Gemeentelijke afdeling Openbare Orde en Veiligheid
Afd. RO	Gemeentelijke afdeling Ruimtelijke Ordening
Awb	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Bijstand
BDU	Brede Doel Uitkering
BO	Basisonderwijs
BOS-impuls	Rijkssubsidie voor Buurt, onderwijs en sport
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
CVTM-regeling	Coördinatie van vrijwillige thuiszorg en mantelzorg
EKD	Elektronisch kinddossier
GGD (MN)	Gemeentelijke Gezondheidsdienst (Midden-Nederland)
HPV	Humaan Papillomavirus (SOA)
Hyves	Online community op internet
(I)JGZ	(Integrale) Jeugd Gezondheidszorg
MEE	Belangenorganisatie voor handicap, beperking of chronische ziekte
MRSA	Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus (ziekenhuisbacterie)
MSN	Online chatprogramma
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
PAAZ	psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale instellingen voor beschermd wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

SES	Sociaal economische status
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
VO	Voortgezet onderwijs
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
wet PG	Wet Publieke Gezondheid
Wcpv	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Bijlage 11 Bronnen

Zorg voor Gezondheid. Volksgezondheid.Toekomst Verkenning 2006. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu ,Houten. Bohn Stafleu Van Loghum; 2006.

Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag. Nota Preventiebeleid, Ministerie van VWS, Den Haag; oktober 2003.

Kiezen voor gezond leven. Preventienota. Ministerie VWS. Oktober 2006.

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en de rol van gemeenten, bestuurlijke benchmark beter voorkomen (2). SGB0/VNG. Februari 2007.

Handreiking OGGZ in de Wmo. Prof. Dr. J. Wolf. November 2006.

Relatie tussen de Wcpv en de Wmo, Kansen voor de openbare gezondheidszorg! Drs.C.B. Walg, GGD Gelre-IJssel. Januari 2006.

Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang. SGB0. April 2007.

Staat van de gezondheidszorg 2005, deelrapport gemeentelijke betrokkenheid. Inspectie voor de gezondheidszorg. November 2005.

Meedoen in de gemeente Utrechtse Heuvelrug, meerjarig beleids- en uitvoeringsplan Wmo 2008-2011.

Regioplan 2008 Zuidoost Utrecht, Anouk van Daelen, Bureau Raedelijk, november 2007

Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg, Handreiking gemeenten SGB0

Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie, Ministerie van VWS, september 2007

Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie. Uit: een analyse van het Letsel Informatie Systeem van Consument en Veiligheid

Trends in seksualiteit in Nederland, Wat weten we anno 2008?, Rutgers Nisso groep, www.rutgersnissogroep.nl

Huisartsenzorg in de Gemeente Utrechtse Heuvelrug, Anouk van Daelen, Bureau Raedelijk, mei 2006

Eerste-lijns zorg nader bekeken, spoedeisende hulp, huisartsenposten en de discussie over zorg in de Utrechtse Heuvelrug en Wijk bij Duurstede, maart 2007

Utrechtse Heuvelrug in beeld, feiten en cijfers van de gemeente in 2007

Hoe gezond is en leeft de jeugd in de Utrechtse Heuvelrug, GGD Midden-Nederland, mei 2008

Gezondheidsatlas GGD en "De Gezonde Gids, verantwoording 2007, GGD Midden-Nederland, februari 2008