

***Lokaal Gezondheidsbeleid
Gemeente Valkenswaard
2006 - 2009***

***Afdeling Beleid en Ontwikkeling
Oktober 2005***

INHOUDSOPGAVE

<i>Voorwoord</i>	2
<i>Samenvatting</i>	5
<i>Hoofdstuk 1 Inleiding</i>	6
1.1 Aanleiding voor een Nota Lokaal Gezondheidsbeleid	6
1.2 Aard van de nota	6
1.3 Rol van de gemeente Valkenswaard bij gezondheidsbeleid	6
1.4 Leeswijzer	7
<i>Hoofdstuk 2 Visie op Lokaal Gezondheidsbeleid</i>	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Gezondheid	8
2.3 Lokaal Gezondheidsbeleid	10
<i>Hoofdstuk 3. Ontwikkelingen rondom gezondheids(zorg)beleid</i>	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Vermaatschappelijking van zorg	11
3.3 Openbare geestelijke gezondheidszorg	11
3.4 Modernisering Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	11
3.5 Wet Maatschappelijke Ondersteuning	12
3.6 Integratie 0 - 19 jarigen zorg	12
3.7 Fusie GGD'en	12
<i>Hoofdstuk 4 Het Lokaal Gezondheidsbeleid</i>	13
4.1 Inleiding	13
4.2 Grondwet en Gemeentewet	13
4.3 Welzijnswet	13
4.3.1 Ouderenbeleid	14
4.3.2 Preventief jeugdbeleid	15
4.3.3 Bestrijding van het overmatig gebruik van genotmiddelen	15
4.3.4 Bevorderen van sport en recreatie	15
4.3.5 Algemeen Maatschappelijk Werk	16
4.4 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	16
4.5 Overige wetgeving	19
4.5.1 Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)	19
4.5.2 Ambulancevervoer	19
4.5.3 Instandhouden van een indicatieorgaan voor thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg	20
4.5.4 Gehandicaptenbeleid	20
4.5.5 Minimabeleid	20
4.5.6 Bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen	20
4.5.7 Maatregelen ter bevordering van de verkeersveiligheid	21
4.5.8 Kwaliteit van het drinkwater	21
4.5.9 Aanleg en onderhoud van riolering	21
4.5.10 Afvalverwijdering	21
4.5.11 Uitvoering van de Deconstructiewet	22
4.5.12 Bouwvoorschriften ter bevordering van hygiëne en veiligheid	22
4.5.13 Toezicht op de veiligheid op speelveldjes en speeltuinen	22

4.5.14 Uitvoering van de Drank- en Horecawet	23
4.5.15 Maatregelen bij het constateren van bovennormale bodemverontreiniging	23
4.5.16 Uitvoering van de Wet op de Lijkbezorging	23
4.6 Nieuwe taken van de gemeente	23
<i>Hoofdstuk 5 Intermezzo</i>	24
<i>Hoofdstuk 6 Analyse gezondheidssituatie</i>	25
6.1 Inleiding	25
6.2 Bronnen	25
6.3 Gezondheidssituatie gemeente Valkenswaard geanalyseerd	25
6.3.1 Sociale omgeving	25
6.3.2 Fysieke omgeving	26
6.3.3 Leefstijl	27
6.4 Samenvatting van de belangrijkste bevindingen	31
<i>Hoofdstuk 7 Actiepunten</i>	32
<i>Bijlage 1</i>	35

Samenvatting

De gemeente heeft van oudsher een belangrijke rol in het bevorderen van de volksgezondheid: in beschermende, bevorderende en preventieve zin. Daarnaast moet de gemeente op dit terrein ook aan een aantal verplichtingen voldoen. Deze zijn onder andere geregeld in de Wet Collectieve Preventie Gezondheidszorg (WCPV).

In de nota wordt gekozen voor de definitie van gezondheid van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) die luidt: *Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte*. Deze visie sluit aan bij de hedendaagse inzichten en onderkent tevens het belang van andere partijen dan gemeenten en de mensen zelf.

Behalve dat de gemeente op grond van de WCPV verplicht is een gezondheidsnota te schrijven, biedt de nota ook een kans om meer inzicht te krijgen in de lokale situatie en de actuele ontwikkelingen. Omdat het beleid en de praktijk nog sterk in ontwikkeling zijn, is er voor gekozen een kadernota te schrijven. De nota brengt het bestaande beleid op het terrein van de preventieve gezondheidszorg – en belendende beleidsterreinen – in beeld (hoofdstuk 4) en geeft richting aan het continu verder te ontwikkelen gezondheidsbeleid op basis van een analyse van de Valkenswaardse gezondheidssituatie (hoofdstuk 6). De nota resulteert in een aantal actiepunten (hoofdstuk 7):

Actiepunt 1: Uitvoering geven aan wettelijke verplichtingen

Eerste prioriteit voor de gemeente is uitvoering van de verplichtingen op grond van wetgeving, zijnde het huidige Lokaal Gezondheidsbeleid zoals geformuleerd in hoofdstuk 4 waarbij de bevindingen ten aanzien van de gezondheidssituatie en de resultaten van de gezondheidspeilingen daar waar mogelijk richting gevend zullen zijn.

Actiepunt 2: Uitvoering geven aan gemeentelijke regierol

De gemeente zal haar regierol oppakken en starten met vaststelling van deze kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid en het initiatief nemen om een projectgroep te formeren (zie ook volgende aanbeveling).

Actiepunt 3: Instellen van een projectgroep

De gemeente zal een projectgroep Lokaal Gezondheidsbeleid instellen die zich richt op twee gebieden:

- Kritisch toezien op en zo nodig voorstellen doen tot bijstelling van de invulling van de wettelijke taken zoals omschreven in hoofdstuk 4.
- Projecten uitvoeren aansluitend op de bevindingen hoofdstuk 6, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten op bestaande projecten en zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande budgetten.

De samenstelling van deze projectgroep wordt aangegeven evenals de taken van de projectgroep.

Actiepunt 4: Opstellen jaarlijks uitvoeringsplan

Het opstellen van een jaarlijks uitvoeringsplan wordt als opdracht meegegeven aan de projectgroep. De reden hiervoor is onder meer dat de gemeente veel waarde hecht aan de opvattingen en de professionele inbreng van de partners in het veld alsmede het draagvlak dat van belang is voor uitwerking en verdere invullingen van het beleid.

Actiepunt 5: Beschikbaar stellen budget Lokaal Gezondheidsbeleid

Ondanks het feit dat het streven is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande activiteiten en gebruik te maken van bestaande budgetten kan het zijn dat projecten vragen om een financiële impuls vanuit de gemeente. Daarom zal er in dit kader een budget worden gereserveerd.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor een Nota Lokaal Gezondheidsbeleid

Sinds de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in 1990 dragen gemeenten verantwoordelijkheid voor de openbare gezondheidszorg. In 1993 werd de werking van de WCPV voor het eerst geëvalueerd. Daarop volgde in 1995 het onderzoeksrapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg 'Gemeentelijke betrokkenheid collectieve preventie'. Hierin constateerde de Inspectie dat er bij gemeenten sprake is van een gebrekkige bestuurlijke betrokkenheid bij het collectief preventief gezondheidsbeleid. Daarop is, door de toenmalige minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), in 1996 de Commissie Versterking Collectieve Preventie, beter bekend als de commissie-Lemstra, ingesteld met als taak een bijdrage te leveren aan zowel visievorming op Lokaal Gezondheidsbeleid als aan vertaling daarvan naar een breed gedragen actieprogramma. Deze commissie concludeerde dat de samenwerking tussen de verschillende overheden en gemeenten onderling beter zou moeten worden. Hetzelfde gold voor de relatie tussen gemeenten en hun GGD. Eén van de aanbevelingen van de commissie was de gemeenten op te dragen eens per vier jaar een nota Lokaal Gezondheidsbeleid uit te brengen. De minister reageerde hierop met het actieprogramma 'Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid'. Eén van de resultaten van het actieprogramma 'Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid' was het maken van een advies over de basistaken door de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie. Dit advies is op zijn beurt één van de aanleidingen geweest voor de minister van VWS om te komen tot een voorstel tot wijziging van de WCPV. De belangrijkste wijziging van de WCPV voor de gemeenten is de opdracht aan de gemeenteraden iedere vier jaren een nota Lokaal Gezondheidsbeleid vast te stellen.

1.2 Aard van de nota

Nu de gemeenten op grond van de wetswijziging WCPV voor de eerste maal de verplichting uitvoeren om een Lokaal Gezondheidsbeleid te realiseren, kiest de gemeente Valkenswaard voor een kadernota. De nota brengt het bestaande beleid op het terrein van de preventieve gezondheidszorg – en belendende beleidsterreinen – in beeld en geeft richting aan het continu verder te ontwikkelen gezondheidsbeleid op basis van een analyse van de Valkenswaardse gezondheidssituatie. De nota resulteert in een aantal aanbevelingen. Voor de uitwerking van de aanbevelingen is de gemeente vaak afhankelijk van de medewerking van andere instellingen én van de financiële mogelijkheden van zowel de gemeente als van andere instellingen.

1.3 Rol van de gemeente Valkenswaard bij gezondheidsbeleid

Naast uitvoerder van gezondheidsbeleid wordt de gemeente, en dus ook de gemeente Valkenswaard, steeds meer als regisseur van gezondheidsbeleid gezien. Veel van de desbetreffende taken in de gemeente, zoals het aanbieden van een publieke gezondheidsdienst (GGD) en algemeen maatschappelijk werk, worden door regionale instellingen uitgevoerd. Hoewel dit de gemeente qua uitvoering op wat grotere afstand plaatst, blijft zij verantwoordelijk voor een goed volksgezondheidsbeleid. Door eigen verordeningen en beleidsnota's kan de gemeente invulling geven aan het gezondheidsbeleid en haar regierol concretiseren. In contacten met lokale instellingen wil de gemeente samenwerking en onderlinge afstemming bevorderen. In rechtstreekse contacten met burgers, maar ook door middel van enquêtes, kan de gemeente ervoor zorgdragen dat het lokale aanbod van zorg en preventie steeds beter wordt afgestemd op de wensen en behoeften van de burgers.

Deze nota is een belangrijke stap in het oppakken van de gemeentelijke regierol in het gezondheidsbeleid. De regie begint met het uitzetten van de hoofdlijnen van beleid en zal vervolgens verder ingevuld worden bij het oppikken van de verschillende actiepunten. In het laatste hoofdstuk wordt nogmaals specifiek aandacht besteed aan de gemeentelijke regierol.

1.4 Leeswijzer

Na deze inleiding komt in hoofdstuk 2 de betekenis van gezondheid en de visie op gezondheidsbeleid aan bod. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 3 een aantal ontwikkelingen rondom gezondheids(zorg)beleid. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op het wettelijk kader en de gemeentelijke invulling daarvan. Dit hoofdstuk wordt gevolgd door een Intermezzo waarna in hoofdstuk 6 de gegevens over de gemeentelijke gezondheidssituatie worden geanalyseerd en worden samengevat in een aantal belangrijke bevindingen. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 een aantal actiepunten geformuleerd.

Lezers die vooral in de hoofdzaak zijn geïnteresseerd wordt aanbevolen hoofdstuk 4, zijnde het huidige lokale gezondheidsbeleid en hoofdstuk 7, zijnde de actiepunten als aanzet voor de verdere ontwikkeling van het lokaal gezondheidsbeleid in de komende 4 jaar, te lezen.

Hoofdstuk 2 Visie op Lokaal Gezondheidsbeleid

2.1 Inleiding

Een nota over het Lokaal Gezondheidsbeleid roept de vraag op wat de gemeentelijke taken op het gebied van de volksgezondheid zijn. Om deze vraag te beantwoorden, is het belangrijk te weten wat onder gezondheid wordt verstaan, omdat deze definitie het beleid afbakent. Dit hoofdstuk beschrijft daarom het begrip gezondheid en geeft de gemeentelijke visie op Lokaal Gezondheidsbeleid weer.

2.2 Gezondheid

Wanneer aan burgers gevraagd wordt wat de belangrijkste waarde in hun leven is, staat gezondheid vaak nummer één op hun verlanglijstje. Gezondheid schept voorwaarden voor welzijn en is daarmee voor ieder individu, maar ook voor de samenleving als geheel van groot belang.

Gezondheid betekent niet voor iedereen hetzelfde. In de openbare gezondheidszorg is de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) de meest gangbare. Zij is heel ruim en benoemt alle mogelijke aspecten van gezondheid. Daarmee geeft ze ook voor de gemeente veel aanknopingspunten om gezondheidsbeleid te voeren. De definitie van de WHO luidt:

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte.

Gezondheid wordt in deze definitie positief benaderd en is niet slechts het tegenovergestelde van ziek zijn. Er is meer voor nodig om gezond te zijn: de sociale, culturele, fysieke en economische context en persoonlijke beleving zijn minstens even belangrijk. De gemeente kan direct invloed uitoefenen op de sociale, culturele en fysieke omgeving en heeft daarmee mogelijkheden om de volksgezondheid te beïnvloeden. Een stuk beperkter kan de gemeente in zekere zin ook invloed uitoefenen op de economische context door bijvoorbeeld subsidies, tegemoetkomingen etc.

Determinanten van gezondheid

Om als gemeente bewust invloed aan te wenden is het van belang te weten welke factoren op welke wijze de gezondheidstoestand van de bevolking beïnvloeden. Een determinant is een factor die de gezondheid (mede) bepaalt. Volgens een veel gehanteerd model – het model van Lalonde – wordt de gezondheid beïnvloed door de volgende determinanten:

- **Sociale omgeving:** belangrijke factoren zijn daarbij: de buurt waarin men woont, het gezin, familie, vrienden en de sociaal-economische status.
- **Fysieke omgeving:** hier kan men denken aan woonomgeving, milieu, arbeidsparticipatie, recreatie en veiligheid.
- **Leefstijl:** het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid als voeding, beweging en middelengebruik.
- **Gezondheidszorgvoorzieningen:** de beschikbaarheid (aanwezigheid, toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit) van gezondheidszorgvoorzieningen.
- **Biologische en erfelijke factoren:** de aanwezige (aanleg tot) gezondheid of ziekte onder andere in samenhang met leeftijd, geslacht en aanleg.

Biologische en erfelijke factoren liggen voor iedereen grotendeels vast. Hierop kan de gemeente geen invloed uitoefenen. De rijksoverheid, de ziektekostenverzekeraars en de zorgaanbieders hebben invloed op en zijn primair verantwoordelijk voor aanwezigheid en bereikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen. Echter, in toenemende mate is dit ook een gemeentelijke verantwoordelijkheid kijkend naar bijvoorbeeld het vestigingsbeleid voor huis- en tandartsen. Omgeving (fysiek en sociaal) en leefstijl zijn de overblijvende factoren waar zowel de burger als de lokale overheid echt invloed op uit kunnen oefenen. Met deze constatering wordt het werkveld van

het gemeentelijk gezondheidsbeleid al enigszins afgebakend, maar zelfs als het gezondheidsbeleid wordt beperkt tot de factoren sociale omgeving, fysieke omgeving en leefstijl kan het nog steeds een zeer breed terrein omvatten.

Gezondheidsbeleid

Om tot een verdere afbakening te komen kan gekeken worden naar onderdelen waarop gezondheidsbeleid betrekking kan hebben. In gezondheidsbeleid zijn vier deelterreinen te onderscheiden met elk specifieke mogelijkheden voor de gemeente om actief te zijn, te weten:

- Preventieve gezondheidszorg (met als specifiek onderdeel het bevorderen van gezondheid)
- Gezondheidsbescherming
- Behandeling (cure)
- Verzorging (care)

Het onderdeel behandeling en verzorging gaat vooral over de behandeling van gezondheidsproblemen en verzorging van zieken. Dit onderdeel is bij uitstek het terrein van de (gezondheids-)zorginstellingen en zelfstandigen als huisartsen en fysiotherapeuten. De gemeente heeft vrijwel geen mogelijkheden om op dit terrein directe invloed uit te oefenen. Het is ook niet de taak van de gemeente om op dit terrein beleid te voeren. Preventieve gezondheidszorg en gezondheidsbescherming zijn wél onderdelen waar de gemeente beleid kan en moet voeren. Bij bescherming gaat het om maatregelen en zorg die erop gericht zijn dat mensen niet of zo min mogelijk in contact komen met voor de gezondheid schadelijke stoffen, omstandigheden en situaties. Vaak wordt deze bescherming gerealiseerd door het formuleren en uitvoeren van beleid op andere terreinen dan het terrein van de volksgezondheid als verkeersveiligheid, milieubeleid, lokaal huisvestingsbeleid en sociale veiligheid. Voorbeelden zijn het aanleggen van waterzuivering, bouwvoorschriften, milieutoezicht, inspectie van peuterspeelzalen en kinderdagverblijven, het rookverbod in openbare ruimten etc. Bij preventie gaat het om maatregelen en activiteiten die erop gericht zijn om gezondheidsproblemen te voorkomen. Voorbeelden van mogelijke activiteiten zijn het bevorderen van gezond gedrag door middel van voorlichting en training, het ontplooiën van laagdrempelige bewegingsactiviteiten, voorlichting over alcohol-, drugs- en tabaksgebruik, vaccinatie etc.

Preventie is het onderdeel waar gemeentelijk gezondheidsbeleid het meeste effect kan hebben omdat hier de gemeente de meeste wettelijke en functionele mogelijkheden heeft om invloed uit te kunnen oefenen hetzij direct, hetzij via de GGD.

Schematisch vertaald ligt de reikwijdte van het Lokaal Gezondheidsbeleid in het donker gearceerde gedeelte van de nu volgende tabel. De blokken zijn gevuld met fictieve (niet-specifiek Valkenswaardse) voorbeelden:

	Gezondheidsbeleid			
	Preventie	Bescherming	Behandeling	Verzorging
Sociale omgeving	- Leefbaarheidsproject kleine kernen - Maatschappelijk werk en opvang, reïntegratie en sociale activering		Zorg voor thuis- en daklozen	
Fysieke omgeving	Aanleg riolering, milieuvoorschriften			
Leefstijl	- Voorlichten over alcohol- en drugsgebruik - Stimuleren van sport en beweging		Afkickprogramma's voor verslaafden	
Gezondheidszorgvoorzieningen	- Ontwikkelen en uitvoeren van vaccinatieprogramma's - Zorgdragen voor goede toegang tot eerstelijnszorg		- Oplossen van de wachtlijstenproblematiek - Tegemoet komen aan de toenemende zorgvraag door vergrijzing	
Biologische en erfelijke factoren	Preventief medisch onderzoek		Behandeling en verzorging van erfelijke ziekten	

Uit het voorgaande blijkt dat gezondheid niet alleen te beïnvloeden is via de sector volksgezondheid. Ook maatregelen en gedrag op het terrein van bijvoorbeeld verkeer, veiligheid, ruimtelijke ordening,

sociaal beleid, milieu en onderwijs kunnen de gezondheid beïnvloeden. Gezondheidsbeleid is dan ook per definitie integraal beleid. Samenwerking staat hierbij centraal: binnen de gemeente, tussen gemeenten en met regionale instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties en financiers. Naast uitvoerder van gezondheidsbeleid werpt de gemeente zich ook steeds meer op als regisseur van gezondheidsbeleid.

Overigens kan de verantwoordelijkheid voor de gezondheid niet alleen worden afgeschoven op de overheid of het zorgsysteem. Iedere burger is in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid door het ontwikkelen van een goede en gezonde leefstijl. Daarnaast zijn anderen medeverantwoordelijk, zoals werkgevers, die verantwoordelijkheid dragen voor een gezonde werkomgeving en ouders, onderwijsinstellingen en sportverenigingen, die verantwoordelijk zijn voor een omgeving waarin kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen op emotioneel en lichamelijk gebied.

2.3 Lokaal Gezondheidsbeleid

Onder het Lokaal Gezondheidsbeleid wordt verstaan:
de vorming en uitvoering van dat beleid dat gericht is op behoud of verbetering van onze volksgezondheid en op het wegwerken van gezondheidsverschillen tussen groepen van de bevolking in de gemeente.

Afgeleide doelstellingen zijn:

- vermindering van bestaande ongelijkheden in kansen op gezondheid
- verhoging van de kwaliteit van leven
- oplossing van maatschappelijke problemen
- meer samenhang in het aanbod, afgestemd op de vraag.

Concluderend kan het kader voor het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente Valkenswaard als volgt worden samengevat:

Het Lokaal Gezondheidsbeleid van de gemeente Valkenswaard richt zich op:

- De algemene zorgvraag en niet op de individuele zorgvraag;
- Een aanbod van activiteiten dat burgers stimuleert tot gezond gedrag;
- Preventie en bescherming binnen de gezondheidsfactoren sociale omgeving, fysieke omgeving en leefstijl;
- Het verminderen van gezondheidsverschillen tussen de verschillende lagen van de bevolking.

Het Lokaal Gezondheidsbeleid moet zoveel mogelijk het resultaat zijn van een continue bijdrage van zorgaanbieders en zorgvragers aan de aanpak van gezondheidsproblemen en het moet zoveel mogelijk aansluiten bij reeds bestaande structuren en activiteiten.

De nadruk ligt dus op preventie. In elke levensfase draagt preventie bij aan verlenging van de gezonde en totale levensduur, maar het aanbod is voor elke levensfase verschillend. Bij 0 –12 jarigen gaat het bijv. om vaccinatieprogramma's, vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen en opvoedingsondersteuning. Bij de jeugd en jongvolwassenen gaat het erom ongezonde leefstijlen zoals tabak- en alcoholgebruik en ongezonde voeding aan te pakken. In de volwassen levensfase gaat het o.a. om primaire en secundaire preventie van kanker, hart- en vaatziekten, depressie en werkstress. In de oudere levensfase daarentegen gaat het ook om het tijdig onderkennen en omgaan met chronische aandoeningen alsmede om preventie van eenzaamheid en intramurale opname.

Het voorgaande geeft aan wat de reikwijdte is van het Lokaal Gezondheidsbeleid van de gemeente Valkenswaard en waar we als gemeente de nadruk op willen leggen. De afbakening heeft tot doel de kern van het beleid helder te krijgen.

Hoofdstuk 3. Ontwikkelingen rondom gezondheids(zorg)beleid

3.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt een aantal belangwekkende ontwikkelingen rondom het gezondheids(zorg)beleid aangestipt.

3.2 Vermaatschappelijking van zorg

In de afgelopen jaren is een proces op gang gekomen dat wordt aangeduid als de vermaatschappelijking van de zorg. Dit houdt in dat de zorg, die voorheen binnen de muren van grote instellingen/instituten is verleend, in toenemende mate in de eigen woon- en leefomgeving wordt aangeboden. Het gaat daarbij vooral om zorgbehoevenden, mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking en (ex-)psychiatrische patiënten. Op deze wijze wordt meer recht gedaan aan hun (potentiële) mogelijkheden en aan hun eigen wens een volwaardige plek temidden van de samenleving in te nemen. Opname in instellingen (intramurale zorg) wordt beperkt tot zorgvragers met een zware of specifieke zorgbehoefte. Voor de overige zorgvragers wordt er meer deeltijdzorg ontwikkeld, waaronder dagbesteding, begeleid woonprojecten en ambulante zorg. Bij ambulante zorg wordt de zorg aangeboden bij de mensen thuis. Ook komt er meer zorg in kleinschalige woonvoorzieningen buiten de zorginstellingen (extramurale zorg). Het proces van vermaatschappelijking heeft grote gevolgen voor gemeenten, zorginstellingen, woningcorporaties (denk aan: de bouw van aangepaste woningen en de daarbij behorende infrastructuur), welzijnsorganisaties en de lokale samenleving.

3.3 Openbare geestelijke gezondheidszorg

Mede als gevolg van de vermaatschappelijking van de zorg is de betrokkenheid van gemeenten bij de geestelijke gezondheidszorg gegroeid. In het bijzonder de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) behoort tot het terrein van de gemeentelijke overheid. OGGZ richt zich op de zorg voor hen die niet zelf om geestelijke gezondheidszorg vragen die zij nodig hebben. Kenmerk van deze zorg is het ontbreken van een hulpvraag en soms ook van de medewerking van de personen waarop de activiteiten zijn gericht: ook wel “zorgwekkende zorgmijders” genoemd. Hierbij kan gedacht worden aan kwetsbare groepen, zoals chronisch psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen met (geestelijke) gezondheidsproblemen, mensen met een problematisch gedrag als zelfverwaarlozing en huisvervuiling, verslaafden met een dubbele diagnose, sociaal geïsoleerde en eenzame mensen, thuiswonende dementerenden en probleemjongeren. In Zuidoost Brabant is inmiddels een regionaal OGGZ-platform actief.

3.4 Modernisering Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Ook de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is belangrijk voor de verdere ontwikkeling van Lokaal Gezondheidsbeleid. De vernieuwde AWBZ stelt de cliënt centraal, streeft naar levering van zorg op maat, stimuleert vermaatschappelijking van de zorg en bevordert de doelmatigheid en doeltreffendheid van de zorg.

Per regio is één zorgverzekeraar aangewezen als zorgkantoor. In de regio Zuidoost-Brabant wordt het zorgkantoor uitgevoerd door zorgverzekeraar ‘CZ actief in gezondheid’. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ en zorgt vanwege haar zorgplicht voor voldoende zorgaanbod in kwalitatieve en kwantitatieve zin. Het zorgkantoor neemt namens de uitvoeringsorganen AWBZ nagenoeg alle taken in de uitvoering van de AWBZ op zich. Hieronder vallen o.a. zorginkoop, financiering, het opleggen en inning van de eigen bijdragen, wachtlijstregistratie en zorgbemiddeling. Het zorgkantoor heeft via de vernieuwde AWBZ meer mogelijkheden gekregen om zelf beslissingen te nemen over het budget voor uitvoering van deze wet. Overigens zijn de gemeenten direct betrokken bij het zorgkantoor via een vertegenwoordiging in de Raad van Advies. Samenwerking met het zorgkantoor is van groot belang, aangezien het zorgkantoor een beleidsvisie dient te ontwikkelen, die veel raakvlakken heeft met gemeentelijke

beleidsterreinen, zoals de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), het ouderen- en gehandicaptenbeleid en de OGGZ.

3.5 Wet Maatschappelijke Ondersteuning

In het verlengde hiervan is de (wellicht) toekomstige Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) relevant te vermelden. Deze moet vanaf eind 2006 geleidelijk de huidige Welzijnswet, de WVG en een deel van de AWBZ gaan vervangen. De wet moet nog in de Tweede Kamer behandeld worden, maar vooruitlopend daarop dienen de gemeenten zich wel voor te bereiden op de komst van de nieuwe wet. De rijksoverheid wil meer zaken decentraal uitvoeren om zo betere aansluiting te vinden bij de lokale situatie. De WMO is dan ook niet meer dan een landelijke kaderwet die de regie en uitvoering duidelijk en expliciet in handen van de gemeente legt. In de WMO zullen naar verwachting de volgende wetten worden ondergebracht:

- Delen van de AWBZ (huishoudelijke zorg, persoonlijke verzorging, activerende en ondersteunende begeleiding, bepaalde vormen van vervoer, zorgvernieuwing GGZ, coördinatie vrijwilliger thuiszorg en mantelzorg);
- Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg);
- Welzijnswet;
- Delen van de Ziekenfondswet (bepaalde attributen) en andere (kleinere) regelingen (b.v. Wet Diensten bij wonen met zorg).

3.6 Integratie 0 - 19 jarigen zorg

De taken voor de jeugdgezondheidszorg zijn uitgebreid. Voorheen was de gemeente verantwoordelijk voor de zorg voor 4 - 19 jarigen. Nu valt ook de zorg voor 0 - 4 jarigen (de consultatiebureaus) onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid. De gemeente is vrij om deze taak te laten uitvoeren door de thuiszorginstellingen, zoals voorheen, maar kan deze ook overhevelen naar de GGD of andere organisaties. De jeugdgezondheidszorg behelst in ieder geval het systematisch volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van factoren die de gezondheid bevorderen en bedreigen, het ramen van de behoefte aan zorg, het vroegtijdig opsporen van specifieke stoornissen en het aanbieden van de rijksvaccinaties, het geven van voorlichting, advies en begeleiding en het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

3.7 Fusie GGD'en

Al enige tijd wordt er, nationaal en regionaal, een discussie gevoerd over betere samenwerking op het gebied van hulpverlening. De bestuurlijke wens te komen tot een slagvaardige, efficiënte en effectief opererende hulpverleningsorganisatie in Zuidoost-Brabant, met name in spoedeisende situaties, is aanleiding geweest voor een herstructureringstraject en fusie. Om dit te realiseren hebben de besturen van de GGD Zuidoost-Brabant, de GGD Eindhoven, het SRE en de Hulpverleningsregio Zuidoost-Brabant de intentie uitgesproken om binnen de al aanwezige structuur van de Hulpverleningsregio Zuidoost-Brabant te komen tot:

- één geïntegreerde organisatie voor de openbare gezondheidszorg met inbegrip van ambulancezorg en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen;
- één geïntegreerde organisatie voor de regionale Brandweer en de dienst Brandweer en Rampenbestrijding van de gemeente Eindhoven.

Dit traject is in fasen geknipt en de eerste fase betreft de fusie van de twee GGD'en welke in 2006 gestalte zal krijgen.

Hoofdstuk 4 Het Lokaal Gezondheidsbeleid

4.1 Inleiding

Gezondheid wordt een steeds belangrijker gemeentelijk beleidsterrein. De gemeente krijgt meer verantwoordelijkheid opgelegd als gevolg van de decentralisatietendens van de rijksoverheid en de provincie. De gemeentelijke betrokkenheid bij de volksgezondheid wordt deels gevorderd door hogere wet- of regelgeving van bijvoorbeeld het rijk (medebewind) en vloeit deels voort uit prioriteiten die de lokale politiek stelt (autonomie). Het beslaat een breed terrein en is facetbeleid: het beleid wordt op verschillende afdelingen en onder de verantwoordelijkheid van verschillende portefeuillehouders uitgevoerd. Zo komen gezondheidsactiviteiten aan de orde binnen het onderwijs, het jeugdbeleid, het ouderenbeleid, de zorg voor het milieu, riolering, de bouwvoorschriften, de verkeersveiligheid en binnen het algemeen welzijnsbeleid. Uiteraard heeft het gezondheidsbeleid raakvlakken met de Woonvisie en projecten als Blijvend Thuis in Eigen Huis, Ouderenproof, Project Bouwen aan een gezond bestaan etc.

Gemeenten hebben op grond van een groot aantal wetten een verantwoordelijkheid voor de gezondheid van hun burgers. Sommige wetten geven gemeenten een algemene verantwoordelijkheid, een soort morele verplichting om zich te bemoeien met de gezondheid van burgers. Andere wetten geven een omschrijving van specifieke, nader omschreven uitvoerende verantwoordelijkheden. Uit de combinatie van algemene en specifieke verantwoordelijkheden vloeien verschillende taken voort. Verderop in dit hoofdstuk zal duidelijk worden dat de verschillende taken en verantwoordelijkheden leiden tot verschillende rollen van de gemeente in het gemeentelijk beleid (bijvoorbeeld uitvoerend en regierol). Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van burgers: de Grondwet, de Gemeentewet, de Welzijnswet en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV).

In dit hoofdstuk wordt het wettelijk kader besproken en geeft aan op welke wijze de gemeente Valkenswaard invulling geeft aan haar wettelijke verplichtingen op het gebied van volksgezondheid. Dit hoofdstuk is dan ook de kern van het Lokaal Gezondheidsbeleid. In paragraaf 4.2 worden de Grondwet en de Gemeentewet kort aangestipt. In paragraaf 4.3 wordt aandacht besteed aan de Welzijnswet en de manier waarop de gemeente omgaat met de wettelijke verplichtingen die voortvloeien uit die wet. Vervolgens zal in paragraaf 4.4 op dezelfde wijze de WCPV behandeld worden en in paragraaf 4.5 volgen de gemeentelijke taken op basis van overige wetgeving. Het hoofdstuk wordt afgesloten met nieuwe gemeentelijke taken in paragraaf 4.6.

4.2 Grondwet en Gemeentewet

De Grondwet en de Gemeentewet zijn wetten op grond waarvan de gemeente algemene verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van burgers en voor een samenhangend en toegankelijk gezondheidszorgstelsel in de regio. Genoemde wetten schrijven geen concrete taken of activiteiten voor, maar leggen de gemeente een meer morele plicht op zich te bemoeien met de gezondheid van de bevolking.

De Welzijnswet en de WCPV leggen de gemeente naast deze algemene verantwoordelijkheid ook meer concrete taken en bevoegdheden op.

4.3 Welzijnswet

Welzijn is een belangrijke voorwaarde voor gezondheid. Op grond van de Welzijnswet hebben gemeenten een aantal uitvoerende verantwoordelijkheden, waarmee het welzijn van burgers en daarmee de gezondheid kan worden beïnvloed. Welzijnsbeleid is de gezamenlijke inspanning van de overheden op maatschappelijk en sociaal-cultureel terrein, die tot doel heeft, in samenwerking met andere betrokkenen:

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

Het welzijnsbeleid is dus gericht op bevordering van de sociale kwaliteit van de samenleving. Sleutelwoorden zijn zelfredzaamheid, maatschappelijke betrokkenheid, solidariteit en veiligheid. De lokale politiek kiest hieruit haar prioriteiten. Een actief welzijnsbeleid, gericht op ondersteuning en versterking van integraal gezondheidsbeleid is van belang omdat hiermee een beroep op (zorg)voorzieningen kan worden uitgesteld of voorkomen. Met subsidies op basis van de Welzijnswet kunnen gemeenten bijvoorbeeld verenigingen steunen die zorgen voor ontspanning, sport en bewegen, sociale contacten en belangenbehartiging.

Daarnaast hebben gemeenten op grond van de Welzijnswet de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke opvang (dak- en thuislozen, vrouwenopvang), de verslavingszorg, het algemeen maatschappelijk werk en sociaal-cultureel werk (onder meer peuterspeelzalen, jongerenwerk en buurthuizen) en moeten in bepaalde gevallen juist wel een beroep doen op zorginstellingen.

Artikel 4 van de Welzijnswet bepaalt dat de gemeente verantwoordelijk is voor het uitvoerende werk van het welzijnsbeleid. Hieronder volgen enkele taken van de gemeente, gebaseerd op de Welzijnswet, waarmee invulling wordt gegeven aan het Lokaal Gezondheidsbeleid.

4.3.1 Ouderenbeleid

Het beleid¹ is er op gericht dat de oudere zo lang mogelijk zelfstandig kan wonen en deel kan nemen aan het maatschappelijk leven. Dit impliceert dat aandacht wordt gegeven aan de gezondheid van de ouderen en dat, waar nodig, aanvullend voorzieningen worden geboden.

In dit kader heeft de gemeente Valkenswaard in samenwerking met Stichting Welzijn Valkenswaard, Stichting Seniorenberaad Valkenswaard en het PON (provinciaal onderzoeksinstituut) een project 'Blijvend thuis is eigen huis' opgezet. Het doel van het project was om burgers te stimuleren hun eigen woning zodanig aan te passen, dat zij er tot op hoge leeftijd zelfstandig in kunnen blijven wonen - dit als uitvloeisel van het gemeentelijk beleid om te trachten de gevolgen van de vergrijzing tijdig en op een goede manier op te vangen. Het project heeft bewustwording bij ouderen gecreëerd én heeft de gemeente inzicht gegeven in de behoeften van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen wonen. Verder valt ook te denken aan de projecten fifty-fit, tafeltje-dek-je, telefonische alarmering en tuinonderhoud bij mensen die daar zelf niet meer toe in staat zijn.

Het vermelden waard is het project Ouderenproof waarbij de vragers centraal staan. Doel was om inwoners van 55 jaar en ouder te laten inventariseren wat er (nog) dient te gebeuren in Valkenswaard om de komende jaren naar tevredenheid te leven en ouder te worden. De resultaten, inclusief aanbevelingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn, zijn in september 2004 gepresenteerd. Vanaf 2005 wordt er vanuit de verschillende betrokken instellingen als de gemeente, Stichting Welzijn Valkenswaard en Stichting Seniorenberaad Valkenswaard invulling gegeven aan de aanbevelingen uit de eindrapportage. Met een "verankeringsgroep" worden een aantal wensen geconcretiseerd en prioriteiten gesteld.

De gemeente Valkenswaard kent een Overleggroep Coördinatie Ouderenbeleid (OCO). Deze overleggroep is het platform waarin tussen organisaties en instellingen op het terrein van wonen, zorg en welzijn voor ouderen overleg gevoerd wordt over beleid, voorzieningen en activiteiten. De gemeente Valkenswaard werkt hierin samen met Stichting Welzijn Valkenswaard (SWV), de Stichting ZuidZorg, de Stichting Maatschappelijk Werk Dommelregio, de Stichting Valkenhof, de Stichting Seniorenberaad Valkenswaard (SBV), de GGD Zuidoost-Brabant, bouwvereniging Woningbelang en de Woningstichting Hertog Hendrik van Lotharingen. Inmiddels is er een ontwikkeling gaande waarbij het OCO omgevormd wordt tot een meer algemene Overleggroep

¹ Nota Ouderenbeleid Gemeente Valkenswaard (1997)

Coördinatie Welzijn in plaats van een overleggroep die zich specifiek met de belangen van ouderen bezig houdt.

Verder is door de gemeente Valkenswaard een Woonvisie ontwikkeld waarin voor de korte en middellange termijn (2010 à 2015) de visie neergelegd is ten aanzien van de terreinen wonen-zorg-welzijn en ook de wisselwerking en afstemming tussen deze terreinen.

4.3.2 Preventief jeugdbeleid

In de Welzijnswet is vastgelegd dat de gemeente een bijdrage dient te leveren aan goede en gezonde ontwikkeling van jeugdigen. Algemeen preventief jeugdbeleid is gericht op ontwikkeling van kansen en bestrijding en voorkoming van achterstanden van jeugdigen. Indien dit beleid is gericht op specifieke groepen jeugdigen, zoals allochtonen, spijbelaars en/of werkzoekenden, spreekt men van gericht preventief jeugdbeleid. Voorbeelden van algemeen preventief beleid zijn de jeugdgezondheidszorg, jongerenparticipatie en buurtbeheer. Voorbeelden van gericht preventief jeugdbeleid zijn projecten opvoedingsondersteuning, de verlengde schooldag, de brede school en spijbelprojecten. Intussen is in veel gemeenten het integraal lokaal jeugdbeleid in ontwikkeling. De jeugdgezondheidszorg is daarvan een prominent onderdeel. In de jeugdgezondheidszorg is er naast de individuele ontwikkeling veel aandacht voor de maatschappelijke zorg voor de effecten van genotmiddelen, seksueel onveilig gedrag en pedagogische onmacht.

Daarnaast is er veel aandacht voor afstemming van het lokale beleid op het provinciale jeugdhulpverleningsbeleid. Een belangrijk instrument daarbij is de regiovisie jeugdzorg. Momenteel wordt gewerkt aan een structuur die moet leiden tot versterking van samenhang in beleid en effectieve samenwerking tussen partners (provinciaal, regionaal en lokaal) in de zorg voor jeugdigen. De gemeente Valkenswaard heeft een Meerjarenplan Integraal Jeugdbeleid ontwikkeld voor de jaren 2002 – 2006 aan de hand waarvan het totale preventieve jeugdbeleid vorm gegeven zal worden. De nota is in nauw overleg met het platform integraal jeugdbeleid (samengesteld uit afgevaardigden van kinderopvang, peuterspeelzalen, basisscholen, voortgezet onderwijs, maatschappelijk werk, Stichting Welzijn Valkenswaard, GGD, thuiszorg, horeca, politie, justitie en Bureau Jeugdzorg) en de gemeenteraad tot stand gekomen.

In 2003/2004 is met het project “De vraag aan bod” een onderzoek gedaan naar de wensen van jongeren in Valkenswaard. In deze enquête is ook de belangstelling voor een permanente jongerenraad gepeild. De reacties waren erg positief en op basis daarvan is in 2005 een jongerenplatform.

4.3.3 Bestrijding van het overmatig gebruik van genotmiddelen

Dankzij het project ‘De gezonde school en genotmiddelen’ leren jongeren verantwoord om te gaan met genotmiddelen. Belangrijk is dat jongeren bewust worden gemaakt van de risico’s van genotmiddelen, opdat problemen kunnen worden voorkomen. Dit project heeft in het schooljaar 2003/2004 plaatsgevonden op de scholen in de gemeente Valkenswaard. Het project is uitgevoerd met ondersteuning van de GGD en Novadic-Kentron.

4.3.4 Bevorderen van sport en recreatie

Een belangrijke voorwaarde voor met name lichamelijke gezondheid is voldoende lichaamsbeweging. Door subsidie te verlenen aan inwoners of sportclubs kan de gemeente aangeven dat zij beweging belangrijk vindt. Via de breedtesport is extra subsidie beschikbaar voor sportactiviteiten waarbij er een duidelijke relatie gelegd kan worden tussen gezondheid, maatschappelijke participatie en sportactiviteiten. Elke sportvereniging ontvangt subsidie voor hun jeugdige leden woonachtig in de gemeente Valkenswaard. Verder heeft de gemeente haar prioriteiten aangegeven in het eind 2002 vastgestelde ‘Sportbeleid Valkenswaard: de daad bij het woord’. Tevens wordt via de breedtesport een groot aantal projecten (gedeeltelijk) gefinancierd. Hierbij valt te denken aan fifty-fit, speciale projecten voor de sportende, niet-sportende en ongeorganiseerde

jeugd o.a. via specifieke projecten betreffende jeugdgerichtheid van verenigingen en jeugdparticipatie.

4.3.5 Algemeen Maatschappelijk Werk

Het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) behoort met de huisartsen en de eerstelijns psychologen tot de kerndisciplines van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. De gemeente Valkenswaard heeft de uitvoering van het AMW ondergebracht bij de Stichting Maatschappelijke Werk Dommelregio. Het maatschappelijk werk richt zich op professionele hulpverlening bij psychosociale problemen door advies, informatie en dienstverlening. Bovendien draagt het AMW zorg voor een 7 x 24 uur bereikbaarheid ten behoeve van crisisopvang.

4.4 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is, naast de Welzijnswet, een belangrijke wet op grond waarvan gemeenten een aantal taken en bevoegdheden hebben op het gebied van gezondheidsbeleid.

WCPV-definitie van 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.
--

De WCPV regelt sinds 1989 de relatie tussen het Rijk en de gemeenten ten aanzien van de collectieve preventie / openbare gezondheidszorg. Volgens de WCPV is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van collectief-preventieve taken, ongeacht wie ze feitelijk uitvoert. De gemeente moet daarbij zorgdragen voor continuïteit, samenhang en afstemming binnen de collectieve preventie en met de curatieve gezondheidszorg. Zij stemt de collectieve preventie ook af met het gemeentelijk beleid op andere terreinen. Verder werkt zij samen met andere organisaties. Samenwerking over de grenzen van de verschillende deel terreinen van de gemeentelijke gezondheidszorg en sociale zorg vormt de kern van de WCPV. Daarnaast wijst de WCPV expliciet taken aan die de gemeente zelf moet laten uitvoeren: infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg.

De WCPV verplicht de gemeente om voor WCPV-taken een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden met voldoende deskundigheid om die taken te behartigen. De werkzaamheden van de GGD vloeien grotendeels voort uit de opdracht aan de gemeente om de WCPV uit te voeren.

In 2002 is de WCPV geactualiseerd. De belangrijkste wijzigingen zijn:

- De herformulering van enkele gemeentelijke taken
- De opdracht aan de gemeente om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen
- De verankering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg
- De introductie van de mogelijkheid jeugdgezondheidszorgtaken door anderen dan de GGD te laten uitvoeren.
- De codificatie van enige Rijkstaken.

De gemeenteraad stelt op basis van de WCPV elke vier jaar een nota Lokaal Gezondheidsbeleid vast waarin tenminste wordt aangegeven hoe de gemeente uitvoering geeft aan de hieronder volgende taken en verplichtingen uit de WCPV. Per taak of verplichting wordt uiteengezet hoe de gemeente Valkenswaard daarmee omgaat. De opbouw van het nu volgende stuk is gelijk aan de opbouw van de WCPV (zie bijlage 1).

1. De gemeente bevordert de totstandkoming en continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg en ter verwezenlijking hiervan draagt de gemeente zorg voor de onderstaande taken:

a) Epidemiologie

Op basis van de WCPV dient de gemeente zorg te dragen voor het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van haar bevolking. Om dit inzicht te verkrijgen voert de GGD voor de gemeente Valkenswaard gezondheidspeilingen uit. De resultaten van deze peilingen worden gebruikt voor het ontwikkelen van gezondheidsbeleid. De vragenlijsten voor de peilingen worden door de GGD in samenwerking met de gemeenten opgesteld. Binnen de peilingen worden drie groepen onderscheiden: jeugd (12-17 jaar), volwassenen (18 t/m 64 jaar) en ouderen (65 t/m 84). Deze groepen worden per toerbeurt onderzocht.

b) Gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen

Omdat het gezondheidsbeleid bij uitstek facetbeleid is, zal er op allerlei terreinen rekening gehouden moeten worden met gezondheid. Het spreekt dan ook voor zich dat bij het ontwikkelen van nieuw beleid afgewogen wordt of gezondheid daarin een rol speelt.

c) Gezondheidsbevordering

De gemeente dient op grond van de WCPV bij te dragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, inclusief gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Via de GGD draagt de gemeente hier zorg voor. De GGD richt zich op gezondheidsbevordering van de bevolking en met name op het verkleinen van gezondheidsverschillen. Activiteiten, zoals preventieprogramma's, gericht op het vergroten van kennis over gezondheid, ziekten en gezondheidsvoorzieningen, dragen daaraan bij.

In het eerste kwartaal van 2005 is de eerste inventarisatie van het Project "Bouwen aan een gezond bestaan" van de GGD afgerond. Resultaat van het onderzoek zal een aantal aanknopingspunten zijn tot verbetering van de leefstijl van de inwoners van de gemeente Valkenswaard.

De bevolkingsonderzoeken op het gebied van borstkanker en baarmoederhalskanker hebben tot doel om door middel van vroegopsporing bij te dragen aan de preventie van deze ziekten.

d) Medisch-milieukundige zorg

Op basis van de WCPV dient de gemeente de medisch-milieukundige zorg te bevorderen. De werkzaamheden richten zich op de invloeden van het milieu op de gezondheid van mensen. Zowel het binnenmilieu als het buitenmilieu behoren tot het aandachtsveld. De GGD levert de eerstelijns medisch milieukundige deskundigheid voor de gemeente.

e) Technische hygiënezorg

De gemeente is verantwoordelijk voor het bevorderen van technische hygiënezorg. Het bevorderen van het hygiënisch handelen ter voorkoming van ziekten is een basistaak van de GGD. De GGD is dan ook het regionaal adviescentrum betreffende hygiëne voor zowel de gemeenten als de inwoners. Speciale aandacht wordt geboden aan risicogroepen (jonge kinderen en ouderen) en risicovolle omstandigheden met name in of rondom openbare gelegenheden.

De gemeente is wettelijk verantwoordelijk voor de hygiëne en veiligheid van de kindercentra binnen haar gemeentegrenzen. Dat was geregeld in het Tijdelijk Besluit Kwaliteitsregels van de Kinderopvang. Dit Besluit was van kracht tot de invoering van de Wet kinderopvang per 1 januari 2005. Met de Wet kinderopvang regelt de overheid ook de kwaliteit van de kinderopvang. In de wet zijn basiskwaliteitseisen geformuleerd waaraan de kinderopvang moet voldoen. De wet verplicht het kindercentrum of gastouderbureau te zorgen voor de

veiligheid en gezondheid van de kinderen. De gemeente is verantwoordelijk voor toezicht op de kwaliteit. De GGD voert daarom regelmatige inspecties uit en rapporteert aan de gemeente. Kindercentra en gastouderbureaus die aan alle eisen voldoen, worden in een register bij de gemeente opgenomen. Scholen en peuterspeelzalen worden uiteraard ook regelmatig gecontroleerd op hygiëne en veiligheidsaspecten.

Hygiëne in het zwembad en de hygiëne van het zwemwater worden op basis van de Wet hygiëne en veiligheid zwemgelegenheden ook gecontroleerd. Aan deze wet ligt de gedachte ten grondslag dat de exploitant van een publieke zweminrichting er zorg voor moet dragen dat er hygiëne en veiligheid in zijn zweminrichting heersen. Een inspecteur van de volksgezondheid controleert in de zwembaden of de wet wordt nageleefd en rapporteert aan de provincie.

f) Openbare geestelijke gezondheidszorg

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is gericht op alle terreinen van de geestelijke volksgezondheid die niet op basis van een vrijwillige, individuele hulpvraag tot stand komt. De mensen op wie deze zorg zich richt hebben vaak meerdere problemen tegelijkertijd, zoals psychiatrische en psychische problemen, lichamelijke en verslavingsproblemen. Zij hebben zorg nodig, maar vragen daar niet altijd zelf om of ze zijn niet altijd in staat om gebruik te maken van de reguliere hulpverlening. De openbare geestelijke gezondheidszorg richt zich op het voorkomen, signaleren en oplossen van deze problemen. Er bestaat in Nederland geen centrale organisatie die verantwoordelijk is voor de openbare geestelijke gezondheidszorg. Daarvoor is het werkterein te divers. Instellingen en organisaties als gemeenten, GGD, ziektekostenverzekeraars, geestelijke gezondheidszorg, justitie, verslavingszorg en maatschappelijke opvang hebben samen een verantwoordelijkheid hierin. Het werkterein is breed en nog volop in ontwikkeling binnen een veranderende maatschappij. Dat houdt in dat er steeds volop wordt gewerkt aan verdergaande samenwerking tussen organisaties en aan professionalisering van het zorgaanbod. Hiervoor is een convenant afgesloten in de regio Eindhoven/Kempen. In Zuidoost-Brabant is een regionaal OGGZ-platform actief waar de relevante instellingen aan deelnemen.

De positie van de GGD in de organisatie en uitvoering van de openbare gezondheidszorg maakt dat de GGD een belangrijke regisserende, adviserende en uitvoerende taak binnen de openbare gezondheidszorg vervult. De GGD richt zich vooral op het bevorderen van de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners en instellingen en ze coördineert het basisaanbod OGGZ. Dit basisaanbod bestaat uit crisisopvang, bemoezorg, preventie, epidemiologisch onderzoek, maatschappelijke signalering, sociale kaart, dak- en thuislozenzorg, psychosociale opvang na calamiteiten en huiselijk geweld.

De Stichting Geïntegreerde Geestelijke Gezondheidszorg in Eindhoven en de Kempen (GGzE) biedt zorg aan mensen met (ernstige) psychosociale en psychiatrische problematiek. Ze heeft tevens een preventieve en dienstverlenende taak. De preventieactiviteiten zijn erop gericht (verergering van) psychische en psychiatrische problematiek te voorkomen. De dienstverlenende functie betreft het geven van voorlichting, advies, consultatie en scholing aan hulpverleners en andere instellingen.

Ook Stichting Maatschappelijk Werk Dommelregio en Stichting Welzijn Valkenswaard vervullen een bepaalde rol op het terrein van de OGGZ.

2. Infectieziektebestrijding

De gemeente draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing, het beantwoorden van vragen en het geven van voorlichting en begeleiding. De GGD geeft aan het bovenstaande uitvoering. Dit gebeurt door middel van het geven van voorlichting en adviezen aan de bevolking over de preventie en risico's van infectieziekten, door het voorschrijven van medicijnen of het geven van

vaccinaties. In bijzondere gevallen, dat kan zijn bij een werkelijke of dreigende epidemie van een infectieziekte, behoort het tot de taken van de GGD onderzoek te verrichten naar besmette personen. De GGD probeert zo spoedig mogelijk te achterhalen waar of door wie patiënten besmet zijn. De GGD inventariseert vervolgens zo veel mogelijk contacten van besmette patiënten. Dit betreft de eerder genoemde bron- en contactopsporing. Op deze wijze kunnen maatregelen worden genomen om verdere besmetting tegen te gaan.

3. Jeugdgezondheidszorg (zorg voor nul- tot negentienjarigen)

Ter verwezenlijking van de zorg voor de uitvoering van het jeugdgezondheidszorg draagt de gemeente zorg voor:

- a) Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van de gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren.
- b) Het ramen van de behoeften aan zorg.
- c) De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen.
- d) Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
- e) Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

In de gemeente Valkenswaard wordt de openbare gezondheidszorg voor 0 tot 4 jarigen verzorgd door Stichting ZuidZorg, de zorg voor de 4 tot 19 jarigen wordt geleverd door de GGD.

4. Advies GGD

Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie dient de gemeente advies te vragen aan de GGD. Deze verplichting is vastgelegd in de WCPV.

4.5 Overige wetgeving

Behalve deze vier wetten (Grondwet, Gemeentewet, Welzijnswet en Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid) is er een veelheid aan andere wetten op grond waarvan de gemeente taken heeft op het gebied van gezondheid. Naast taken op het gebied van preventie heeft de gemeente ook een aantal zorgtaken. De belangrijkste voorbeelden daarvan zijn de uitvoering van de Wet Voorziening Gehandicapten en de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling voor verpleging en verzorging, taken op het gebied van de ambulancezorg en de verantwoordelijkheid voor de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Ook zijn er veel andere wetten op grond waarvan gemeenten taken hebben op het gebied van gezondheid. In deze paragraaf volgen de gemeentelijke taken in het kader van Lokaal Gezondheidsbeleid op basis van overige wetgeving met daarbij de wijze waarop de gemeente Valkenswaard invulling geeft aan deze taken.

4.5.1 Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)

In de Wet GHOR is de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen geregeld. De verantwoordelijkheid voor de geneeskundige hulpverlening is in deze wet neergelegd bij het college van burgemeester en wethouders. De gemeente heeft de uitvoering van geneeskundige hulpverlening opgedragen aan de Veiligheidsregio, die een Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) heeft aangesteld voor de operationalisering van Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). Het Bureau GHOR heeft als doelstelling het verbeteren van de organisatie van de GHOR in de regio Zuidoost-Brabant.

4.5.2 Ambulancevervoer

Via de Wet Ambulancevervoer is de gemeente verantwoordelijk voor de aanwezigheid van ambulancevervoer op haar grondgebied en - in samenwerking met andere gemeenten - voor de instandhouding van de centrale post ambulancevervoer. De uitvoerende taken zijn ondergebracht bij de GGD. Een belangrijke eis is dat burgers bij spoedeisende gevallen binnen 15 minuten na melding van ambulancezorg zijn voorzien. In 2006 wordt een vervanging van de huidige wet voorzien. In de

nieuwe wet krijgen de zorgverzekeraars een centrale rol en ambulancezorg wordt op regionaal niveau georganiseerd. Daarmee ontstaat er meer helderheid in de aansturing en verantwoordelijkheden.

4.5.3 Instandhouden van een indicatieorgaan voor thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg

Op grond van artikel 9a van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) dragen burgemeester en wethouders zorg voor kostenloze en onafhankelijke indicatiestelling voor thuis-, verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg, bij voorkeur in samenwerking met andere gemeenten. De gemeente Valkenswaard heeft de indicatiestelling van de AWBZ ondergebracht bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (voorheen bekend als het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) Groot Kempenland). Onder dit orgaan ressorteert de indicatiecommissie die op advies van de zorgadviseurs de indicaties stelt. Het streven is er op gericht om binnen dit orgaan ook andere zaken zoals WVG-aanvragen te laten indiceren. Aanvragen om indicatiestelling kunnen rechtstreeks ingediend worden bij het CIZ of via het Lokaal Informatie en Advies Centrum (LIAC) Valkenswaard. Hier verstrekt men ook informatie en advies over indicatiestelling.

4.5.4 Gehandicaptenbeleid

Met het Bouwbesluit heeft de gemeente een mogelijkheid om eisen aan de toegankelijkheid van utiliteitswoningen te stellen. Daarnaast is ook de woningvoorraad een punt van aandacht voor de gemeente. Woningbouwverenigingen spelen in op de vergrijzing door levensloopbestendige woningen te bouwen of bestaande woningen “op te plussen”. De gemeente heeft hierin een faciliterende (bijvoorbeeld vergunningen) en een coördinerende rol. In het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) verstrekt de gemeente, aan de hand van een kostenloze, onafhankelijke indicatie, voorzieningen aan lichamelijk gehandicapten. Het kan daarbij gaan om onder meer vervoersvoorzieningen, woonvoorzieningen en rolstoelen. In 2005/2006 zal de gemeente Valkenswaard een integraal gehandicaptenbeleid ontwikkelen waarbij veelvuldig overleg met Stichting Platform Gehandicaptenbeleid Valkenswaard zal plaatsvinden. Tevens wordt in 2005 gestart met het project Handicaproof. Dit project zal gelijk opgaan met en input leveren voor het integraal gehandicaptenbeleid.

4.5.5 Minimabeleid

Per 1 januari 2004 is de Wet Werk en Bijstand (WWB) in werking getreden. Deze wet regelt alle zaken rondom bijstand en de terugkeer van mensen met een uitkering op de arbeidsmarkt. De WWB vervangt de Algemene Bijstandswet, de Wet financiering Abw/IOAW/IOAZ, de Wet inschakeling werkzoekenden en het besluit ID-banen. In deze nieuwe wet staat het vinden van werk en het verkrijgen van een eigen inkomen voorop. Het beleidstraject en de voorbereiding voor de implementatie van de WWB zijn in 2004 afgerond. In 2005 zal de WWB worden geïmplementeerd en eind 2005 zal het beleid worden geëvalueerd. Tevens wordt in het kader van de WWB medio 2005 een cliëntenraad opgericht waaraan advies zal worden gevraagd met betrekking tot het beleid voor 2006 en verder.

De gemeente Valkenswaard kent Inkomensondersteuning o.a. in de vorm van bijzondere bijstand, een bijdrage voor maatschappelijke participatie en kwijtschelding van gemeentelijke belastingen. Tot slot wordt er in de regio onderzocht of een collectieve zorgverzekering voor uitkeringsgerechtigden een optie is. De gemeente Geldrop-Mierlo is hierin kartrekker en eind 2005 zijn de eerste contacten gelegd.

4.5.6 Bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen

De Wet Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) regelt de opname in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis (PAAZ) voor iemand die gestoord is in zijn geestesvermogens en een acuut gevaar oplevert voor zichzelf en/of zijn omgeving.

De BOPZ geeft de burgemeester de bevoegdheid om in voorkomende gevallen een last tot inbewaringstelling (IBS) te geven.

4.5.7 Maatregelen ter bevordering van de verkeersveiligheid

Gemeenten, provincies en rijk hebben op grond van artikel 6:174 van het Burgerlijk Wetboek en artikel 15 van de Wegenwet afspraken inzake bevordering van de verkeersveiligheid vastgelegd in de vorm van een convenant. Op landelijk niveau is afgesproken het aantal verkeersongevallen terug te brengen. Daardoor hebben zij zich er toe gedwongen beleid op dit terrein te voeren. Dit kan leiden tot maatregelen op het gebied van infrastructuur, voorlichting, educatie en handhaving waarin gemeente, politie en openbaar ministerie hun aandeel leveren. Het zal duidelijk zijn dat op dit vlak goed overleg dient plaats te vinden met de aangrenzende gemeenten.

Alle (fysieke) verkeersmaatregelen die de gemeente Valkenswaard neemt zijn ter bevordering van de verkeersveiligheid. Daarbij kan gedacht worden aan 30km-zones, drempels, bebording, rotondes, etc. Daarnaast vinden er ook mensgerichte verkeerveiligheidsmaatregelen plaats zoals campagnes, de verkeersexamens op basisscholen, activiteiten van 3VO, en niet te vergeten het Brabants Verkeerveiligheids Label dat bijna alle scholen in Valkenswaard nu bezitten.

4.5.8 Kwaliteit van het drinkwater

Op grond van artikel 4 en 15a van de Waterleidingwet dient de kwaliteit van het drinkwater te voldoen aan bepaalde eisen in verband met de schadelijkheid voor de volksgezondheid. In oktober 2000 is de Waterleidingwet gewijzigd en is de 'Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater' vastgesteld. Hierop volgend is in het Staatsblad van 18 oktober 2004 het besluit tot wijziging van het Waterleidingbesluit in verband met de preventie van legionella in leidingwater gepubliceerd. Met dit besluit is de Tijdelijke regeling omgezet in een Algemene Maatregel van Bestuur. Het aangepaste Waterleidingbesluit is in werking getreden op 28 december 2004.

Alle gemeentelijke accommodaties, op één na (zijnde kleed/wasaccommodatie Sportpark Den Dries), zijn aangepast conform de wet- en regelgeving zoals die destijds gold. In verband met de wijzigingen in wet- en regelgeving is gewacht met verdere afronding. Eind 2005 zullen alle gemeentelijke maatregelen ter preventie van legionella uitgevoerd zijn.

4.5.9 Aanleg en onderhoud van riolering

In het kader van artikel 10.16a van de Wet milieubeheer zorgt de gemeente Valkenswaard voor inzameling en transport van afvalwater dat vrijkomt bij de binnen haar grondgebied gelegen percelen. Het is dus een wettelijk opgelegde taak waaraan de gemeente zelf uitvoering geeft via een door de raad vast te stellen Gemeentelijk RioleringsPlan (GRP). Daarin legt de raad een visie vast ten aanzien van aanleg en zorgvuldig beheer van het gemeentelijk rioolstelsel. Het Gemeentelijk Rioleringsplan van de gemeente Valkenswaard is in 1994 door de gemeenteraad vastgesteld. Het GRP wordt in 2005 geactualiseerd en zal begin 2006 worden vastgesteld.

4.5.10 Afvalverwijdering

Inzameling en afvoer van afval worden uitgevoerd op basis van de Wet milieubeheer artikelen 10.11 en 10.12. Er bestaat de nodige beleidsruimte waar het gaat om gescheiden inzameling van afval.

Inzameling van bedrijfsafval valt buiten de wettelijke gemeentelijke taak.

In Valkenswaard beschikken alle huishoudens (met uitzondering van hoogbouw) over een duobak. Hierin wordt het groente-, fruit- en tuinafval (GFT) en het overig huisvuil gescheiden aangeboden aan de ophaaldienst CURE. Het gescheiden huisvuil wordt eenmaal per week ingezameld. Uit analyse van inzamelingsgegevens is gebleken, dat het gescheiden inzamelen met name in de hoogbouw vaak niet het gewenste resultaat oplevert. De kosten van het gescheiden inzamelen zijn in die gevallen hoger dan de opbrengsten. Daarom is ervoor gekozen om het gescheiden inzamelen in de hoogbouw in het centrum van Valkenswaard af te schaffen. In de plaats van duobakken maken de bewoners van die hoogbouw gebruik van ondergrondse afvalcontainers.

Verder is er in de gemeente Valkenswaard een Milieustraat van Essent gevestigd aan De Vest 15. Bij de Milieustraat kan huishoudelijk afval, klein chemisch afval, asbest en grof huisvuil gescheiden aangeboden worden.

De wijze van inzameling van klein chemisch afval en klein wit- en bruingoed is sinds januari 2005 zo geregeld dat dit soort afval op telefonische afroep op woensdagochtend in de oneven weken wordt opgehaald door de chemokar van CURE.

Ook staan in de gemeente Valkenswaard zogenoemde trioglasbakken. In deze glasbakken kan het glas op kleur gescheiden aangeboden worden. Ze bevatten aparte openingen voor wit, groen en bruin glas.

Tevens zijn er verschillende locaties waar gebruikte kleding, beddengoed, gordijnen en schoenen gedeponeerd kunnen worden.

De inzameling van grof huisvuil in de gemeente Valkenswaard wordt verzorgd door de Ergonbedrijven en Kringloopbedrijf Het Goed en in Valkenswaard is een Kringloopwinkel gevestigd op het industrieterrein aan de Van Linschotenstraat, gerund door Kringloopbedrijf Het Goed.

4.5.11 Uitvoering van de Destructiewet

De Destructiewet vloeit voort uit de Vleeskeuringswet en regelt het afvoeren en verwerken van dierlijk materiaal dat niet voor consumptie geschikt is, zoals dieren die zijn gestorven en slachtafval. Zulk dierlijk materiaal zou de volksgezondheid kunnen schaden of dierziektes kunnen verspreiden. Daarom moet het dierlijk materiaal onschadelijk worden gemaakt of worden vernietigd. De Destructiewet is bijvoorbeeld cruciaal in de strijd tegen BSE. Een plaatselijke regeling kan voor de bewaring en het vervoer van hoog-risico-materiaal regels stellen over zaken die niet door de wet zijn geregeld, bijvoorbeeld ten aanzien van de bewaring en het vervoer van dode katten en honden. De gemeente Valkenswaard heeft de Stichting Dierenambulance aangewezen als vervoerder van kadavers van honden en katten naar de destructor Rendac in Son, vastgelegd in de 'Overeenkomst Destructiemateriaal Algemeen'.

4.5.12 Bouwvoorschriften ter bevordering van hygiëne en veiligheid

Op basis van de Woningwet vaardigt het rijk bouwvoorschriften uit die zijn vastgelegd in het Bouwbesluit. Dit bouwbesluit kent vier hoofdstukken, waaronder ook het hoofdstuk volksgezondheid. Hierin komen voorschriften aan de orde die zijn gericht op zaken als wering van geluidshinder, wering van vocht, behandeling van afvalwater binnen de woning, ventilatie, bestrijding van ongedierte en toetreding van daglicht. Een aanvraag voor een bouwvergunning wordt door de gemeente aan het Bouwbesluit getoetst en Burgemeester en Wethouders zijn verplicht de vergunning te weigeren indien het bouwplan in strijd is met de toepasselijke bepalingen. Maar ook de eigenaar van een woning zonder bouwplannen kan met deze voorschriften door de gemeente worden geconfronteerd. Ons handhavingsbeleid heeft hierover een projectmatige aanpak opgenomen.

4.5.13 Toezicht op de veiligheid op speelveldjes en speeltuinen

Sinds 1 september 2003 heet het Besluit Veiligheid Attractie- en speeltoestellen, Warenwetbesluit Attractie- en speeltoestellen. Het Attractiebesluit is op 26 maart 1997 in werking getreden. Het besluit regelt het technische veiligheidstoezicht op toestellen in speeltuinen, op schoolpleinen, bij kinderdagverblijven en op openbare speelgelegenheden. Volgens het Warenwetbesluit Attractie- en speeltoestellen zijn beheerders van speeltoestellen verantwoordelijk voor de veiligheid van de toestellen. Dit betekent dat beheerders er voor moeten zorgen dat toestellen altijd in goede staat verkeren. Dit kunnen zij doen door middel van periodieke inspecties en goed onderhoud. De gemeente Valkenswaard doet dit door 12 onderhoudscontroles per jaar uit te voeren en één keer per jaar worden de toestellen op verzoek van de gemeente op veiligheid geïnspecteerd door een onafhankelijk bureau.

4.5.14 *Uitvoering van de Drank- en Horecawet*

De Drank- en Horecawet schrijft nauwgezet voor in welke situaties het college van burgemeester en wethouders een vergunning voor de exploitatie van een horecabedrijf moet verlenen. De gemeente heeft hierin een belangrijke handhavende rol. De Drank- en Horecawet geeft onder andere voorschriften over de vereiste kennis van alcohol, drugs, speelautomaten en de bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid met betrekking tot bepaalde doelgroepen. Daarnaast geeft de wet bijvoorbeeld richtlijnen voor de inrichting van het horecabedrijf.

4.5.15 *Maatregelen bij het constateren van bovennormale bodemverontreiniging*

Artikel 33 van de Wet bodembescherming biedt burgemeester en wethouders de mogelijkheid om aan gedeputeerde staten van de provincie te vragen maatregelen te treffen indien sprake is van meer dan normale bodemverontreiniging in hun gemeente. De wet biedt het gemeentebestuur niet zelf mogelijkheden regelend op te treden.

4.5.16 *Uitvoering van de Wet op de Lijkbezorging*

Mede met het oog op de volksgezondheid geeft de Wet op de Lijkbezorging voorschriften die ter uitvoering aan het gemeentebestuur zijn opgedragen. Te denken valt aan de periode waarbinnen een overledene moet zijn begraven c.q. gecremeerd moet worden of aan de plicht tot het, eventueel samen met andere gemeenten, in stand houden van een algemene begraafplaats. De gemeente Valkenswaard kent twee algemene begraafplaatsen: Begraafplaats Eikenhof, gelegen aan de Sil en Begraafplaats Oude Kerkhof, gelegen aan de Kerkhofstraat. Daarnaast heeft de gemeente het toezicht op de niet-gemeentelijke begraafplaatsen.

4.6 **Nieuwe taken van de gemeente**

De volksgezondheid is een beleidsterrein dat constant in ontwikkeling is. Enerzijds wordt wat gekregen op problemen waardoor het desbetreffende beleidsterrein wat minder aandacht behoeft, anderzijds ontstaat weer nieuwe problematiek. Als voorbeeld kan HIV/Aids worden genoemd. Tien jaar geleden was hierover weinig bekend, nu is het een belangrijk aandachtspunt binnen het beleid dat de gemeente via de GGD uitvoert.

Een andere nieuwe ontwikkeling is de opkomst van de legionella-infectie en het toezicht dat in het kader van recentelijk nieuw opgezette wetgeving aan de gemeente is opgelegd. Een dergelijke preventieve taak vraagt om maatregelen in de ambtelijke organisatie die antwoord geven op vragen als: wie regelt de uitvoering, welke voorzieningen vallen eronder en hoe wordt de relatie tot de inspectie voor de milieuhygiëne?

Nieuwe taken ontstaan niet alleen door het uitbreken van nieuwe ziekteverwekkers, maar ook door nieuwe wetgeving. Te denken valt aan de Wet Maatschappelijke Ondersteuning of aan de taak die de gemeente opgelegd heeft gekregen in het kader van de indicatiestelling, maar ook aan de toevoeging van de zorg voor 0-4-jarigen aan de categorie 4-19-jarigen waar de gemeente al verantwoording voor draagt. Ook dit noopt tot het treffen van organisatorische maatregelen.

Met name deze drie laatstgenoemde taakuitbreidingen geven aan hoe omvangrijk de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid aan het worden is en hoe belangrijk het is dat de volksgezondheid politiek nog meer belangstelling behoeft van de gemeentelijke bestuurders.

Hoofdstuk 5 Intermezzo

In artikel 3b van de WCPV staat dat de gemeenteraad elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt, waarin hij tenminste 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 (zie bijlage 1). Met paragraaf 4.4 voldoet de gemeente Valkenswaard aan deze eis uit de WCPV. Naast de invulling van de wettelijke taken op basis van de WCPV worden in hoofdstuk 4 ook de wettelijke taken op basis van de Welzijnswet en overige wetgeving evenals de Valkenswaardse invulling daarvan toegelicht. Daarmee wordt een compleet overzicht geboden van het bestaande Lokaal Gezondheidsbeleid.

Hier zou dan ook een punt gezet kunnen worden betreffende het Lokaal Gezondheidsbeleid omdat is voldaan aan de wettelijke verplichting, maar daar kiest de gemeente Valkenswaard niet voor.

De gemeente Valkenswaard kiest ervoor om door middel van een nadere analyse van de gezondheidssituatie van de inwoners van Valkenswaard gericht invulling te geven aan de wettelijke taken. Een onderzoek naar de gezondheidssituatie levert namelijk input om onder andere het huidige Lokaal Gezondheidsbeleid te verbeteren. Een voorbeeld hiervan: Het pakket dat de gemeente afneemt van de GGD is verdeeld in basis- c.q. wettelijke taken en een aantal keuzemodules. Op basis van de uitkomsten van een analyse kan de gemeente binnen de keuzemodules meer gerichte, beter beargumenteerde keuzes maken.

In het volgende hoofdstuk wordt daarom ingegaan op een aantal onderzoeken op grond waarvan de genoemde analyse gemaakt kan worden. Met behulp van de analysegegevens kunnen de geconcludeerde bevindingen worden gebruikt ten behoeve van het bestaande Lokaal Gezondheidsbeleid.

Hoofdstuk 6 Analyse gezondheidssituatie

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de gezondheidssituatie van de gemeente Valkenswaard geanalyseerd. Inzicht in de gezondheidssituatie is input voor Lokaal Gezondheidsbeleid. Bij de analyse van de gezondheidssituatie is gebruik gemaakt van diverse informatiebronnen. Paragraaf 6.2 vertelt welke bronnen zijn geraadpleegd en hoe. In paragraaf 6.3 wordt de gezondheidssituatie in de gemeente Valkenswaard onderzocht en in paragraaf 6.4 worden de bevindingen kort samengevat.

6.2 Bronnen

Ter voorbereiding van de nota is allereerst binnen de gemeente een relatie gelegd tussen volksgezondheid en gemeentelijke beleidsterreinen als ouderen, minderheden, jongeren, achterstandsgroepen, volkshuisvesting, onderwijs en milieu.

Verder is informatie uit in het verleden door de gemeente belegde interactieve bijeenkomsten rond 'Lokaal Gezondheidsbeleid' en 'Eenzaamheid' meegenomen bij de totstandkoming van deze nota alsmede de resultaten van het onderzoek 'Bouwen aan een gezond bestaan Valkenswaard 2004'².

Een ander deel van de informatie is aangedragen door de GGD:

- Gezondheidspeiling 18-64 jarigen Valkenswaard 1999 - 2000: vragenlijsten van de GGD Zuidoost-Brabant, verstuurd aan 1000 willekeurige inwoners in deze leeftijdsgroep. Respons 76% (= 745 bruikbare enquêtes).
Peildatum: voorjaar 1999.
- Seniorenpeiling 65-85 jarigen Valkenswaard 2001 - 2002: vragenlijst van de GGD Zuidoost-Brabant, verstuurd aan 525 willekeurige inwoners in deze leeftijdsgroep. Respons 79% (= 414 bruikbare enquêtes).
Peildatum: voorjaar 2001.
- Jeugdmonitor 12 t/m 17 jarigen Valkenswaard 2003 - 2004: vragenlijst van de GGD Zuidoost-Brabant, verstuurd aan 655 willekeurige jongeren in deze leeftijdsgroep. Respons 66% (=429 bruikbare enquêtes).
Peildatum: najaar 2003

Het gaat hierbij om lokale bevolkingsgegevens, prognoses en de gezondheidssituatie van diverse bevolkingsgroepen. Deze gegevens worden voornamelijk op lokaal niveau weergegeven. In de volgende paragraaf worden alleen de meest opvallende zaken genoemd.

6.3 Gezondheidssituatie gemeente Valkenswaard geanalyseerd

Op basis van de hiervoor genoemde bronnen is de gezondheidssituatie in de gemeente Valkenswaard geanalyseerd op de onderdelen 'sociale omgeving', 'fysieke omgeving' en 'leefstijl', de beïnvloedbare determinanten van gezondheid.

6.3.1 Sociale omgeving

Scheiding ouders

Opvallend is dat in Valkenswaard meer jongeren in een éénuoudergezin wonen dan in de regio. Uit de Jeugdmonitor komt naar voren dat 18% van de jongeren een echtscheiding van zijn/haar ouders heeft meegemaakt. In de regio is dit 12%. Van de Valkenswaardse jeugd heeft 13% nu geen problemen

² Bouwen aan een gezond bestaan Valkenswaard 2004: vragenlijst met betrekking tot de leefstijlactiviteiten, verstuurd aan een aantal lokale instellingen, beroepsbeoefenaars en belangenverenigingen, in totaal 82. Respons 57% (=47 bruikbare enquêtes). Peildatum: medio 2003

(meer) met de echtscheiding, 5% heeft daar nog wel problemen mee. Eveneens 5% van de jongeren zegt problemen te hebben met regelmatige ruzies tussen ouders onderling.

Geestelijke gezondheid en eenzaamheid

Twee procent van de jeugd, 8% van de volwassenen en 13% van de senioren in Valkenswaard voelde zich het jaar voorafgaand aan de gezondheidsspeiling 'matig' tot 'zeer slecht' (tabel 2 en 3). De volwassenen bleken zich met name nogal zorgen te maken over de toekomst, de veranderende maatschappij en hun werk.

Eenzaamheid is niet gemeten in de meest recente gezondheidsspeilingen. Wel is het als speerpunt voor de gemeente benoemd tijdens interactieve discussiebijeenkomsten met plaatselijke organisaties en sleutelfiguren in 1998 en 2000.

Tabel 2: Goed tot heel goede gevoelens de laatste tijd

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	Onbekend
18 – 29 jaar	51 %	49 %	50 %
30 – 49 jaar	43 %	45 %	44 %
50 – 64 jaar	30 %	35 %	32 %
65 – 84 jaar	31 %	29 %	30 %

Tabel 3: Meestal matig tot (zeer) slechte gevoelens de laatste tijd

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	2 %
18 – 29 jaar	7 %	7 %	7 %
30 – 49 jaar	8 %	5 %	7 %
50 – 64 jaar	8 %	13 %	11 %
65 – 84 jaar	11 %	15 %	13 %

Vrijwilligerswerk en mantelzorg

In Valkenswaard nemen de volwassenen minder deel aan verenigingenactiviteiten dan in de regio, respectievelijk 12% en 17%. Tevens verrichten minder senioren vrijwilligerswerk. In Valkenswaard is het percentage 11% en in de regio 16%. Dit zien we ook terug bij de mantelzorg. In Valkenswaard wordt door senioren minder intensief mantelzorg gegeven als je naar het aantal uren per week kijkt. "Slechts" 29% van de oudere mantelzorgers geeft minstens 7 uur per week zorg. In de totale regio doet 41% van de oudere mantelzorgers dat. Tot slot ervaart maar liefst 71% van de volwassen mantelzorgers problemen bij het geven van zorg. Deze ontwikkelingen op het gebied van vrijwilligerswerk en mantelzorg zijn zeker in relatie tot de Wet Maatschappelijke Ondersteuning niet gunstig omdat de WMO uitgaat van het versterken van zelfredzaamheid, onderlinge hulp en participatie. Dat is overigens niet zo nieuw; gemeenten doen al van alles op het gebied van bevordering van participatie, verbetering van leefbaarheid en stimuleren van vrijwilligerswerk en mantelzorg. Een verschil is dat dergelijke activiteiten nu meer dan voorheen in het teken staan van het voorkomen van een beroep op voorzieningen. Zo zullen burgers met een actuele zorg-/hulpvraag in eerste instantie verwezen worden naar de informele zorg (mantelzorg en vrijwillige zorg).

6.3.2 Fysieke omgeving

Binnenmilieu

Het binnenmilieu van een woning heeft meer invloed op de gezondheid dan menigeeen denkt. Dit blijkt ook uit de Gezondheidsspeiling Volwassenen. Slechts 18% van de ondervraagden weet dat de lucht in huis vaak meer vervuild is dan de buitenlucht. Dagelijks luchten en ventileren wordt bij de slaapkamer nog wel vaak gedaan, maar in andere ruimtes van de woning en met name de woonkamer gebeurt dit lang niet altijd.

Woonomgeving

Een kwart van de volwassen inwoners in Valkenswaard ervaart één of meerdere vormen van lawaai-overlast, met name verkeerslawaai (14%). Stankoverlast speelt veel minder een rol.

Het merendeel van de Valkenswaardse ouderen achten hun huidige woning nog geschikt. De woningen van 1 op de 5 ouderen hebben aanpassingen nodig.

De GGD geeft aan dat uit de Jeugdmonitor blijkt dat in verhouding veel jongeren zich nog wel eens onveilig voelen. Het gaat dan met name om “op straat in de eigen woonbuurt” (17%) en “uitgaansgelegenheden” (12%)

6.3.3 Leefstijl

Lichamelijke gezondheid

Van de volwassen inwoners van Valkenswaard beoordeelt ruim driekwart de eigen gezondheid als ‘goed tot zeer goed’. Bij de senioren geldt dit nog voor ongeveer de helft. Van hen vindt 19% de eigen gezondheid (soms) slecht. Verreweg de meerderheid van de jongeren geeft een positief oordeel over de eigen gezondheid. (Zie tabel 1.)

Tabel 1: Goed tot zeer goed oordeel over de eigen gezondheid

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	83 %
18 – 29 jaar	83 %	80 %	82 %
30 – 49 jaar	80 %	85 %	83 %
50 – 64 jaar	60 %	74 %	67 %
65 – 84 jaar	54 %	50 %	51 %

Door de volwassenen worden nek- en schouderklachten het vaakst genoemd als chronische aandoening waarvan men het voorgaande jaar last heeft gehad. Ook rugaandoeningen/hernia, hoge bloeddruk, artrose en migraine worden relatief vaak genoemd.

Aan de senioren is alleen gevraagd of zij lijden aan een door een arts vastgestelde chronische aandoening. Bijna de helft (48%) heeft hierop bevestigend geantwoord. Naarmate men ouder is, blijkt dat men ook meer beperkingen ten gevolge van zijn ziekte ervaart. Met name vrouwen en 75-plussers ervaren beperkingen op twee of meer gebieden. Het medicijngebruik is ook hoger in de oudste leeftijdsgroep (75- tot 85-jarigen). Eén op de vijf senioren die medicijnen gebruiken geeft aan hiermee op de een of andere manier problemen te hebben.

Bijna 39% van de jongeren heeft een chronische aandoening of handicap. Deze aandoeningen betreffen vooral allergieën, eczeem of ademhalingsproblemen.

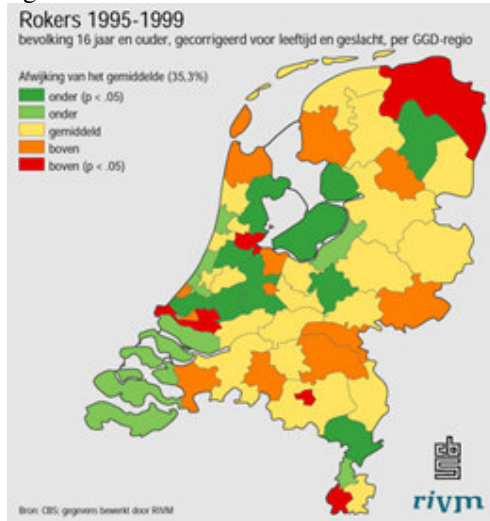
Wat verder nog opvalt is dat het ziekteverzuim onder de Valkenswaardse jongeren vrij hoog is, namelijk 23% ten opzichte van 19% in de totale regio. Dit is een redelijk groot verschil.

Roken

Onder rokers verstaan we personen die sigaretten, shag, sigaren en/of pijp roken. Roken is een belangrijke risicofactor voor diverse gezondheidsproblemen zoals verschillende vormen van kanker, hartproblemen en beroerte.

In figuur 1 (op de volgende pagina) is landelijke informatie weergegeven afkomstig uit enquêtes van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS heeft alleen mensen van 16 jaar en ouder naar het rookgedrag gevraagd. Gemiddeld rookt in Nederland 35,3% van 16 jaar en ouder.

Figuur 1



Het percentage rokers onder volwassenen en senioren is in de gemeente Valkenswaard vergelijkbaar. Opvallend is dat veel jonge vrouwen roken: bijna de helft van de 18- tot 50-jarigen. (Zie tabel 4.) Tevens is het percentage rokers onder de jongeren in Valkenswaard hoger dan in de regio, respectievelijk 10% versus 7%.

Tabel 4: Rokers

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	10 %
18 – 29 jaar	38 %	47 %	42 %
30 – 49 jaar	32 %	44 %	38 %
50 – 64 jaar	39 %	24 %	32 %
65 – 84 jaar	15 %	15 %	15 %

Deze cijfers wijken niet beduidend af van landelijke gemiddelden.

Alcoholgebruik

In Nederland drinkt ruim 13% van de bevolking van 16 jaar en ouder minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag. Uit figuur 2 blijkt dat met 19% de regio Zuidoost Brabant ruim boven het gemiddelde uitsteekt en van alle regio's het hoogste percentage zware drinkers heeft.

Figuur 2



Onder zware drinkers wordt verstaan: personen die minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken. Van excessief drinken is sprake als men minimaal 3 dagen per week 6 of meer glazen alcohol per dag drinkt óf minimaal 5 dagen per week 4 of meer glazen per dag.

Het alcoholgebruik onder met name de mannen in Valkenswaard is net als in de totale regio hoog te noemen. Zo drinkt maar liefst 16% van de mannen (en 3% van de vrouwen) (zeer) excessief. Niet minder dan 43% van de jonge mannen (18-29 jaar) is te beschouwen als zware drinker. Van de jongeren in Valkenswaard drinkt 3% excessief alcohol. Onder de senioren in de gemeente is het alcoholgebruik duidelijk beperkter. (Zie tabel 5 en 6.)

Tabel 5: Dat alcohol gebruikt

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	57 %
18 – 29 jaar	93 %	86 %	89 %
30 – 49 jaar	90 %	78 %	84 %
50 – 64 jaar	86 %	81 %	84 %
65 – 84 jaar	63 %	48 %	59 %

Tabel 6: Dat (zeer) excessief drinkt

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	3 %
18 – 29 jaar	20 %	3 %	12 %
30 – 49 jaar	9 %	1 %	5 %
50 – 64 jaar	20 %	4 %	12 %
65 – 84 jaar	3 %	1 %	2 %

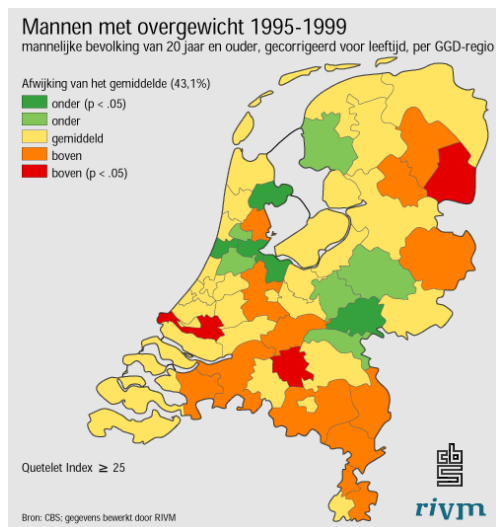
Drugsgebruik

Vier procent van de jongeren in Valkenswaard heeft in de afgelopen vier weken wiet of hasj gebruikt. In de regio is het drugsgebruik vergelijkbaar. Drie procent van de volwassenen heeft in het laatste jaar wiet of hasj gebruikt.

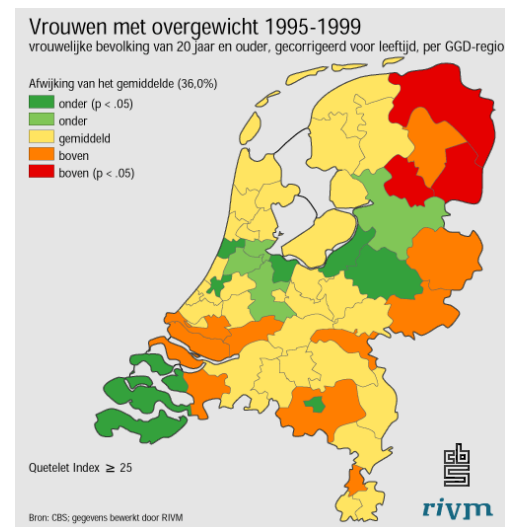
Overgewicht

Uit landelijke cijfers van het CBS blijkt dat 43% van de mannen en 36% van de vrouwen van 20 jaar en ouder te zwaar zijn (zie figuur 3 en 4).

Figuur 3



Figuur 4



De cijfers voor Zuidoost-Brabant zijn weliswaar iets hoger, maar wijken niet beduidend af van landelijke cijfers. In de gemeente Valkenswaard komt overgewicht zowel bij mannen als bij vrouwen geregeld voor. Zo zijn bijna 5 van de 10 volwassenen, ongeveer 5 van de 10 senioren en 1 van de 10 jongeren volgens objectieve maatstaven te zwaar (tabel 7). Een zeer groot deel van de totale Valkenswaardse bevolking eet onvoldoende groente en fruit (tabel 8 en 9), vaak zonder zich hiervan bewust te zijn.

Tabel 7: Matig tot en met ernstig overgewicht

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	9 %
18 – 29 jaar	36 %	36 %	36 %
30 – 49 jaar	53 %	30 %	42 %
50 – 64 jaar	66 %	64 %	65 %
65 – 84 jaar	57 %	53 %	55 %

Tabel 8: Niet dagelijks fruit

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	78 %
18 – 29 jaar	Onbekend	Onbekend	67 %
30 – 49 jaar			
50 – 64 jaar			
65 – 84 jaar	34 %	26 %	29 %

Tabel 9: Niet dagelijks groente

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	63 %
18 – 29 jaar	Onbekend	Onbekend	80 %
30 – 49 jaar			
50 – 64 jaar			
65 – 84 jaar	Onbekend	Onbekend	Onbekend

Gokken

Vier procent van de jongeren in Valkenswaard heeft in de afgelopen vier weken gegokt (= geld in gokkast of fruitautomaat gegooid); de helft deed dit 1 keer, de anderen iets vaker. Uit onderzoek in 1999 is gebleken dat 13% van de Nederlandse leerlingen in het Voorgezet Onderwijs gokte in de voorgaande periode van vier weken, hetgeen hoger is dan in Valkenswaard en de regio Zuidoost-Brabant. Drie procent van de volwassenen in Valkenswaard geeft aan 1 keer of vaker te hebben gegokt in de afgelopen week. Dit is vergelijkbaar met de regio.

Bewegen en sport

In Valkenswaard doet van alle volwassenen en senioren bijna de helft respectievelijk driekwart niet aan sport. Helaas doen niet-sporters ook minder aan andere vormen van lichaamsbeweging zoals tuinieren of wandelen. Daarentegen sport bijna 80% van de jeugd in Valkenswaard 1 of meerdere malen per week. (Zie tabel 10.)

Tabel 10: Sporters

	Mannen	Vrouwen	Totaal
12 – 17 jaar	Onbekend	Onbekend	79 %
18 – 29 jaar	61 %	70 %	65 %
30 – 49 jaar	56 %	53 %	55 %
50 – 64 jaar	39 %	55 %	47 %
65 – 84 jaar	25 %	28 %	27 %

Verder is het opvallend hoeveel jongeren zich in de afgelopen drie maanden (op moment van onderzoek) medisch hebben laten behandelen vanwege een letsel (veelal sportletsel). Dit is overigens iets wat in de hele regio opvalt.

6.4 Samenvatting van de belangrijkste bevindingen

Samengevat levert de vorige paragraaf een aantal opvallende bevindingen op over gezondheidssituatie van de Valkenswaardse burgers:

A.

A. Sociale Omgeving

1. Scheiding ouders: 18% van de jongeren in Valkenswaard heeft een scheiding meegemaakt en 5% van de jongeren in Valkenswaard heeft daar nog problemen mee.
2. Geestelijke gezondheid en eenzaamheid: 1 op de 5 jongeren geeft aan weinig steun te krijgen bij problemen en 13% van de ouderen voelt zich matig tot slecht.
3. Vrijwilligerswerk en mantelzorg: Slechts een klein aantal van de senioren verricht vrijwilligerswerk en een, in verhouding, klein aantal volwassenen verricht intensief mantelzorg.
4. Ziekteverzuim: Het ziekteverzuim onder de jongeren is bijna een kwart.

B. Fysieke Omgeving

1. Binnenmilieu: Het is niet best gesteld met de kennis over het binnenmilieu.
2. Woonomgeving: 17% van de jongeren voelt zich soms onveilig op straat in de eigen woonbuurt en 12% van de jongeren voelt zich soms onveilig in een uitgaansgelegenheid.

C. Leefstijl

1. Roken: Ruim één op de drie volwassenen rookt.
2. Overgewicht: De helft van de burgers van Valkenswaard (18 -84 jaar) is te zwaar.
3. Gezonde voeding: Bijna driekwart van de burgers (12 – 64) eet te weinig fruit en groente.
4. Alcohol: Het alcoholgebruik in Valkenswaard is in overeenstemming met het gebruik in de regio, maar onze regio steekt wel beduidend boven het landelijk gemiddelde uit.
5. Sport / beweging: Bijna de helft van de volwassenen en driekwart van de senioren sport niet.

Ten aanzien van de conclusies met betrekking tot leefstijl kan aanvullend nog het volgende vermeld worden. Vier van deze vijf bevindingen worden bevestigd enerzijds door het lokale onderzoek "Bouwen aan een gezond bestaan Valkenswaard 2004" wat resulteerde in het advies om ons als gemeente te richten op de thema's Sport/beweging en Gezonde voeding en anderzijds door de kabinetsnota van het ministerie van VWS "Langer gezond leven; Ook een kwestie van gezond gedrag"(2004) waarin wordt gekozen voor drie thema's als speerpunt: Roken, Overgewicht en Diabetes. Deze speerpunten gaan over de grootste risicofactoren voor ongezondheid, ziekte en vroegtijdige sterfte. Alcohol komt zowel uit het landelijk onderzoek, als uit het lokale onderzoek niet specifiek naar voren. Desondanks kan geconstateerd worden dat het alcoholgebruik in de regio hoog ligt ten opzichte van de landelijke cijfers en dat de gemeente Valkenswaard daar niet voor onderdoet. Dit is een verontrustende en ongewenste situatie. Tevens is in het kader van het Integraal Veiligheidsbeleid op basis van een analyse van verschillende inventarisaties geconcludeerd dat alcohol een belangrijk thema voor het Integraal Veiligheidsbeleid in de toekomst zal zijn.

De uitkomst van deze analyse, samengevat in die hiervoor genoemde bevindingen, zal in het volgende hoofdstuk meegenomen worden bij de formulering van de actiepunten.

Hoofdstuk 7 Actiepunten

Hoofdstuk 4 behelst het bestaande Lokaal Gezondheidsbeleid zoals voorgeschreven in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Met de bevindingen uit de analyse in het vorige hoofdstuk kan nu binnen de bestaande wettelijke kaders meer richting worden gegeven. Tevens kunnen er activiteiten ontwikkeld worden aansluitend op of in het verlengde van reeds bestaande projecten, speciaal gericht op de bevindingen. In dit slothoofdstuk worden hiervoor een vijftal actiepunten geformuleerd voor de gemeente uit te voeren in 2006.

Actiepunt 1: Uitvoering geven aan wettelijke verplichtingen

Eerste prioriteit voor de gemeente is de uitvoering van de verplichtingen op grond van wetgeving, zijnde het huidige Lokaal Gezondheidsbeleid zoals geformuleerd in hoofdstuk 4. Om nog beter invulling te geven aan die wettelijke taken dienen de bevindingen genoemd in hoofdstuk 6, daar waar mogelijk en relevant, richtingbepalend te zijn. De GGD voert in een cyclus gezondheidspeilingen uit en de resultaten van die onderzoeken zullen ook als belangrijke input meegenomen worden bij de uitvoering van de wettelijke verplichtingen. Zoals gezegd is deze beleidsnotitie een kadernota en moet gezien worden als start van een permanent proces van beleidsontwikkeling op het gebied van integraal gezondheidsbeleid.

Concreet zal de gemeente in 2006 de resultaten van de gezondheidspeilingen van de GGD (de eerst volgende is de volwassenmonitor: resultaten in 2006) met de projectgroep (zie actiepunt 2 en 3) bespreken op eventuele consequenties voor huidig beleid en/of prioriteitstelling binnen het uitvoeringsprogramma (zie actiepunt 4).

Actiepunt 2: Uitvoering geven aan gemeentelijke regierol

Zoals uit deze kadernota naar voren komt zijn er veel ontwikkelingen gaande en wordt er steeds meer een appèl gedaan op de regierol en de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de gemeente. Bij die regie gaat het zowel om interne afstemming tussen de diverse gemeentelijke beleidsterreinen als om externe afstemming, waarbij de gemeente als een spin in het web fungeert temidden van particuliere en gesubsidieerde organisaties. Aan de gemeentelijke regierol wordt op de volgende wijze gestalte te gegeven:

1. de gemeente stelt het Lokaal Gezondheidsbeleid vast
2. de gemeente brengt verschillende organisaties met elkaar in contact en start een projectgroep
3. de gemeente verzorgt de ambtelijke ondersteuning en fungeert als vast aanspreekpunt
4. de gemeente betreft bevindingen uit de monitors nadrukkelijk bij de verdere invulling van beleid
5. de gemeente brengt gezondheid onder de aandacht bij andere gemeentelijke beleidsterreinen
6. de gemeente stelt een budget beschikbaar voor uitvoering van bepaalde activiteiten, met als uitgangspunt co-financiering
7. de gemeente faciliteert de bekendmaking van activiteiten

Concreet zal de gemeente in 2006 na vaststelling van de kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid het initiatief nemen om de genoemde partners voor de projectgroep (zie ook actiepunt 3) te benaderen voor de formatie van diezelfde projectgroep.

Actiepunt 3: Instellen van een projectgroep

Formeer een projectgroep Lokaal Gezondheidsbeleid die zich richt op twee gebieden:

- Kritisch toezien op en zo nodig voorstellen doen tot bijstelling van de invulling van de wettelijke taken zoals omschreven in hoofdstuk 4.
- Projecten uitvoeren aansluitend op de bevindingen uit het vorige hoofdstuk, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten op bestaande projecten en zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande budgetten.

Om zo pragmatisch en slagvaardig mogelijk te kunnen werken wordt gestart met een kleine, slagvaardige projectgroep waarin een aantal belangrijke organisaties op het gebied van volksgezondheid plaats zal nemen.

De samenstelling van deze kerngroep kan zal zijn;

- Gemeente Valkenswaard, portefeuillehouder gezondheidszorg *
- Vertegenwoordiger van de huisartsen
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst, GGD Zuidoost-Brabant
- Stichting Welzijn Valkenswaard
- Stichting ZuidZorg
- Stichting Maatschappelijk Werk Dommelregio
- Ambtelijke ondersteuning

* Aanbevolen wordt de portefeuillehouder de rol van technisch voorzitter te laten vertolken. Daarbij zal de portefeuillehouder vooral sturen op proces en minder op inhoud. Hiermee waarborg je namelijk de gemeentelijke betrokkenheid én kan de gemeente uitvoering geven aan haar regierol.

Het is van groot belang dat de taken van de projectgroep helder zijn. De projectgroep heeft dan ook als allereerste opdracht taken te formuleren waarbij in ieder geval de volgende taken meegenomen dienen te worden:

- Bevorderen van een goede afstemming van diverse reeds bestaande gezondheidsbevorderende activiteiten met name op de gebieden die uit het vorige hoofdstuk als conclusies c.q. knelpunten naar voren zijn gekomen.
- Jaarlijks een uitvoeringsprogramma maken.
- Stimuleren van organisaties tot het leveren van een bijdrage aan de aanpak van de verschillende conclusies c.q. knelpunten.
- Meedenken over en voorbereiden van de gewenste aanpak en het organiseren en uitvoeren van concrete activiteiten zoveel mogelijk aansluitend op bestaande projecten en zoveel mogelijk binnen bestaande budgetten.
- Betrekken van burgers c.q. vertegenwoordigingsorganen bij de bepaling van de gewenste aanpak voor de onderwerpen binnen het Lokaal Gezondheidsbeleid.
- Indien noodzakelijk het instellen van verdiepingswerkgroepen ten behoeve van het (door)ontwikkelen van activiteiten in het kader van het Lokaal Gezondheidsbeleid.
- Indien een extra (dat wil zeggen: buiten bestaande budgetten om) gemeentelijke bijdrage noodzakelijk is voor de uitvoering van een activiteit, voorstel hiertoe doen richting het college van burgemeester en wethouders.
- Waar nodig zoeken naar financieringsmogelijkheden binnen eigen organisatie en daarbuiten.
- Mede evalueren van het Lokaal Gezondheidsbeleid en het signaleren van ontwikkelingen waardoor bijstelling van het beleid wellicht noodzakelijk is.
- Jaarlijks rapporteren aan het college van burgemeester en wethouders.

Concreet zal de gemeente zoals bij actiepunt 2 al is vermeld contact opnemen met de genoemde instellingen om een projectgroep te formeren. Na formatie zal de projectgroep, waar de gemeente deel van uitmaakt, zoals gezegd allereerst haar taken verder definiëren.

Actiepunt 4: Opstellen jaarlijks uitvoeringsplan

Het zou te ver voeren om in deze kadernota een jaarlijks uitvoeringsplan op te nemen. Dat is ook niet wenselijk want juist voor de uitwerking en invulling van het beleid is het van belang draagvlak te creëren bij de organisaties waarmee samengewerkt wordt. De gemeente hecht veel waarde aan de opvattingen en de professionele inbreng van de partners in het veld en het draagvlak ontstaat juist als er door die partners meegedacht kan worden over de verdere invulling van het beleid.

Concreet betekent dit dat het opstellen van een uitvoeringsplan voor 2006 een eerste activiteit in de uitvoeringsfase is en als opdracht meegegeven zal worden aan de projectgroep.

Actiepunt 5: Beschikbaar stellen budget Lokaal Gezondheidsbeleid

Ondanks het feit dat het streven is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande activiteiten en gebruik te maken van bestaande budgetten kan het zijn dat projecten vragen om een gemeentelijke bijdrage. Daarom zal een budget gereserveerd worden om, daar waar noodzakelijk is, bestaande budgetten aan te vullen om projecten in het kader van het Lokaal Gezondheidsbeleid te realiseren. Zoals bij de taken van de projectgroep al gedefinieerd is, kan van dat budget alleen gebruik worden gemaakt indien het college van Burgemeester en Wethouders daarmee instemt.

Bijlage 1

Wet van 25 mei 1990, houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid

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 wettelijke regels te stellen betreffende de bemoeienis van gemeentebesturen met collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid alsmede een wettelijke basis te bieden voor specifieke uitkeringen ter zake;

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:

§ 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 Infectieziektenwet 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 dreiging 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, voorzover dit bij algemene maatregel van bestuur is bepaald.
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 redenen daarvoor, mee 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 hypothyroïdie (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 vóór 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 de artikelen 3 en 3a 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 instellingen voor zorg aan ouder en kind, als bedoeld in artikel 26a van het Besluit zorgaanspraken 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.

Artikel 6a [Vervallen per 01-01-2003]

§ 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 [Vervallen per 01-01-1989]

Artikel 10 [Vervallen per 01-01-2003]

Artikel 11 [Vervallen per 01-01-2003]

Artikel 12 [Vervallen per 01-01-2003]

Artikel 13 [Vervallen per 01-01-2003]

Artikel 14

Deze wet treedt in werking met ingang van 1 januari 1989.

Indien het *Staatsblad* waarin zij wordt geplaatst wordt uitgegeven na 31 december 1988, treedt zij in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het *Staatsblad* waarin zij wordt geplaatst en werkt zij met uitzondering van het bepaalde in artikel 5, eerste lid, terug tot en met 1 januari 1989.

Artikel 15

Deze wet kan worden aangehaald als 'Wet collectieve preventie volksgezondheid'.

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.

Gegeven te 's-Gravenhage, 25 mei 1990

Beatrix

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
H. J. Simons

Uitgegeven de zesentwintigste juni 1990

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin