

Bijlagen lokaal gezondheidsbeleid 2013 – 2016

Bijlage 2: Toelichting op de Wpg en de Wmo

a. Wet publieke gezondheid

Per 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid (Wpg) van kracht. Deze wet geeft uitvoering aan de Internationale Gezondheidsregeling van mei 2005 en is gericht op infectieziektenbestrijding. De wet bevat eveneens de gemeentelijke taken op het terrein van de volksgezondheid. De collectieve preventie richt zich op bewaking, bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking en van specifieke groepen; hieronder valt ook het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziekten. Ook dient de gemeente zorg te dragen voor continuïteit, samenhang en afstemming binnen de collectieve preventie zelf en met de curatieve gezondheidszorg. De gemeenten dienen de GGD in stand te houden. De GGD voert deze (wettelijke) taken uit.

- Gezondheidsonderzoek
- Jeugdgezondheidszorg
- (Ouderengezondheidszorg)
- Gezondheidsbevordering
- Medische milieukunde
- Technische hygiënezorg
- Infectieziektebestrijding
- Psychosociale hulp bij rampen.

Volksgezondheid kent geen wettelijke afdwingbare eisen met sancties. De bevorderingstaken van de Wpg zijn minder dwingend voor gemeenten dan de uitvoeringstaken en dan de taken die veel andere wetten opdragen. De publieke gezondheid legt het binnen gemeenten en/of het gemeentelijke apparaat gemakkelijk af tegen sociale zaken, ruimtelijke ordening en de Wet maatschappelijke ondersteuning (RVZ dec. 2011). Gezondheidsbevordering kan echter niet los worden gezien van andere wettelijke taken.

b. Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en gezondheidsbeleid zijn twee gemeentelijke beleidsterreinen die elkaar raken. Preventie en inzet van voorliggende (collectieve) Wmo voorzieningen zijn meer en meer noodzakelijk in plaats van veel duurdere (individuele) zorg aanspraken. Het vormt tevens een te verwachten uitkomst van de Kanteling in werkwijze waarbij de eigen verantwoordelijkheid en eigen kunnen meer dan voorheen wordt aangesproken.

Maatschappelijke ondersteuning kan bijdragen aan de bevordering van de gezondheid. Andersom draagt gezondheidsbevordering bij aan maatschappelijke participatie.

De meeste prestatievelden binnen de Wmo vallen onder de fysieke en sociale omgevingsfactoren, die bestaan uit factoren als wonen, veiligheid, inkomen, onderwijs, welzijn en sociale contacten. Ook heeft de Wmo indirect invloed op een aantal leefstijlfactoren, door bijvoorbeeld het bevorderen van het verslavingsbeleid (prestatieveld 9), maar ook door het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (prestatieveld 3). Het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer valt onder de factor (gezondheids) zorg (prestatieveld 6).

Preventie, cure en care zijn opeenvolgende stadia in het (ziekte)proces. Binnen de prestatievelden van de Wmo gaat het om preventie, zorg en welzijn (care), en wonen. De Wpg gaat met name over preventie en tot op zekere hoogte behandeling (cure). De raakvlakken tussen de Wmo en de Wpg liggen met name op het preventieve vlak (bron: notitie Wcpv-Wmo 2006).

Overeenkomsten en verschillen Wpg en Wmo

| | Wpg | Wmo |
|---------------------|---|--|
| Initiatief | -Bij de maatschappij: het Rijk en de gemeenten -Maatschappelijke hulpvraag -Collectief belang (publiek domein) -Actief, ongevraagd, anticiperend | -Bij de gemeenten en het individu -Naast maatschappelijke hulpvraag, ook individuele hulpvraag -Consumentenbelang (private partijen) -Zowel actief, ongevraagd, anticiperend, als passief, gevraagd en reactief |
| Doel | De gezondheid van alle burgers bevorderen | Alle burgers maatschappelijk mee laten doen |
| Doelgroep | Alle burgers | Alle burgers |
| Kernfuncties | Gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie | Maatschappelijke ondersteuning |
| Soorten taken | Beleids-, bevorderings- en uitvoeringstaken | Beleids-, bevorderings- en uitvoeringstaken |
| Beleidsterrein | Raakt diverse beleidsterreinen | Raakt diverse beleidsterreinen |
| Verantwoording | Nota Lokaal gezondheidsbeleid 4 jaarlijks | Nota WMO 4 jaarlijks |
| Financiering | Hoofdzakelijk overheid (gemeente) | Hoofdzakelijk overheid (gemeente) |
| Regie | Gematigd decentraal, regie gedeeltelijk bij gemeenten (zo voelt het maar praktisch is de wpg des gemeente; je kan het laten staan, ter overweging) | Sterk decentraal, regie volledig bij gemeenten |
| Branche | Preventie, cure | Preventie, care/ondersteuning/welzijn, wonen |
| Soorten preventie | Universele, selectieve preventie | Selectieve, geïndiceerde preventie |
| Gezondheidsaspecten | Fysieke, sociale en psychische | Sociale, psychische en fysieke (nadruk op welbevinden, de psychosociale kant van gezondheid) |

Bijlage 3: Gezondheidsbeleid en andere beleidsterreinen

| | |
|---|---|
| Fysiek | Sociaal |
| Verkeer en vervoer Duurzaam veilig Fiets- en mobiliteitsbeleid Parkeerbeleid Stimuleren openbaar vervoer | Welzijn en zorg Maatschappelijke ondersteuning Maatschappelijke opvang en verslavingszorg |
| Openbare ruimte Toegankelijkheid voor gehandicapten Groenvoorzieningen | Sport en recreatie Sportstimulering Fiets en wandelroutes |
| Ruimtelijke ordening In structuurvisie, bestemmingsplannen en herstructureringsplannen aandacht voor zorg-, welzijns-, sport- en speelvoorzieningen | Veiligheid Integraal veiligheidsbeleid Rampenbestrijding |
| Huisvesting Flexibel en aanpasbaar bouwen Duurzaam bouwen/allergeenarme woningen | Werk en inkomen Inkomensondersteuning Coll. aanvullende ziektenkostenverz. Minima Activering en toeleiding |
| Milieu Milieubeleidsplan Geluidshinder en luchtkwaliteit en binnenmilieu UMTS-straling en hoogspanningslijnen | Onderwijs Schoolgezondheidsbeleid Onderwijshuisvesting Voortijdig schoolverlaten |
| Economische ontwikkeling Horecabeleid Beleid risicovolle bedrijven | |

Bijlage 4: Samenvatting nationale en regionale VTV

Volksgezondheid toekomstverkenning (VTV) 2010

Met de volksgezondheid in Nederland gaat het redelijk goed, afgaande op cijfers in deze editie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV). Zo is de levensverwachting van Nederlanders de laatste jaren toegenomen. Toch bevat deze verkenning geen pleidooi om in het volksgezondheidsbeleid gas terug te nemen. Integendeel. De verkenning leert dat investeren in gezondheid mogelijk en wenselijk blijft en voor de Nederlandse economie zelfs onontbeerlijk.

De VTV 2010 bevat een schat aan gegevens over de gezondheid van Nederlanders en de inspanningen om die te bevorderen. Het zet op een rij wat is bereikt en wat er dankzij lopend beleid de komende jaren verwacht mag worden. Bovenal laat deze verkenning zien dat Nederland kan en moet blijven investeren in de gezondheid van burgers. Omdat gezondheid een groot goed is, maar ook omdat een vergrijzende economie gezonde burgers broodnodig heeft. De levensverwachting van Nederlanders is nog steeds lager dan die van ons omringende en vergelijkbare landen. Bovendien bestaat er een zorgwekkend verschil tussen laag opgeleide en hoog opgeleide Nederlanders, en dat verschil wordt ondanks veel maatregelen in het verleden niet kleiner.

De frequentie van ongezonde leefgewoonten van Nederlanders neemt niet of nauwelijks af. Over de afgelopen onderzoeksperiode viel alleen op het gebied van roken lichte winst te melden, maar dat neemt niet weg dat Nederlanders nog steeds meer roken dan inwoners van landen om ons heen. Daar komt nog bij dat bijna de helft van de Nederlanders te zwaar is, en ruim tien procent lijdt zelfs aan ernstig overgewicht. Richtlijnen voor gezonde voeding worden op grote schaal niet gehaald, net als die voor lichamelijke beweging.

Het toch al zorgwekkende verschil tussen de levensverwachting van laag en hoog opgeleide Nederlanders blijkt nog dubbel zo groot wanneer wordt gekeken naar het aantal jaren dat mensen zonder lichamelijke gezondheidsbeperkingen leven. Laag opgeleide Nederlanders leven gemiddeld 14 jaar korter zonder beperkingen dan hoog opgeleiden. Ook dit verschil is in de afgelopen jaren niet afgenomen.

Investeren in volksgezondheid is investeren in de samenleving en de economie als geheel, en daarmee een cruciale prioriteit voor de overheid.

Regionale Volksgezondheid toekomstverkenning 2010

Kernboodschappen

De regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) geeft inzicht in de gezondheidssituatie in de regio Gelre-IJssel. Bij de samenstelling van de rVTV is gebruik gemaakt van diverse gegevens- en informatiebronnen over gezondheid, ziekte, zorg en preventie, binnen en buiten GGD Gelre-IJssel.

Dit rapport levert de feitelijke onderbouwing voor keuzes in het gezondheidsbeleid zowel op regionaal als op gemeentelijk niveau.

Dit hoofdstuk bevat de belangrijkste bevindingen van de rVTV en sluit af met een zestal aanbevelingen voor gezondheidsbeleid in de regio Gelre-IJssel.

Belangrijkste bevindingen

Levensverwachting en sterfte vergelijkbaar met landelijk gemiddelde

De levensverwachting in de regio Gelre-IJssel is 80,0 jaar en het sterftecijfer is gemiddeld 72,3 per 10.000 mensen per jaar. Beide getallen komen overeen met het landelijk gemiddelde. Wel is de sterfte aan ziekten van de ademhalingsorganen en door vervoersongevallen in de regio Gelre-IJssel relatief hoog ten opzichte van de gemiddelde sterfte in Nederland.

Diabetes, gewrichtsslijtage en coronaire hartziekten komen het meest voor

Op basis van gegevens uit zorgregistraties is diabetes met 44,2 patiënten per 1.000 inwoners de meest voorkomende chronische aandoening in de regio Gelre-IJssel. Hierna volgen gewrichtsslijtage en coronaire hartziekten met respectievelijk 43,8 en 43,5 patiënten per 1.000 inwoners. De meest zelfgerapporteerde aandoeningen zijn migraine (ernstige hoofdpijn, 10,8%), gewrichtsslijtage (9,9%) en een (ernstige) rugaandoening (8,7%). Gewrichtsslijtage komt vooral bij ouderen voor.

Aantal ouderen groeit

Het percentage 80-plussers zal in de regio Gelre-IJssel in de periode 2010-2040 meer dan verdubbelen van 4 naar 9%. Daarmee stijgt niet alleen het aantal ouderen dat woont in verzorgingshuizen en verpleeghuizen, maar ook het aantal zelfstandig wonende ouderen. Een groot deel van hen is vrouw en alleenstaand. Van de ouderen heeft driekwart te maken met één of meer chronische aandoeningen. Door de vergrijzing van de bevolking zullen tot 2020 chronische aandoeningen als coronaire hartziekten, gezichtsstoornissen, chronische bronchitis en dementie met 20 tot 25% toenemen. Dementie is één van de tien aandoeningen met de grootste ziektelast, die bovendien voor mensen in de omgeving veel gevolgen heeft. Bij een groeiend aantal ouderen neemt de behoefte aan mantelzorg, professionele zorg en speciale voorzieningen toe. Het is een goede zaak dat al veel gemeenten in de regio Gelre-IJssel zich vanuit het gezondheidsbeleid richten op de ondersteuning van mantelzorg, valpreventie en preventie van eenzaamheid.

Meer risico op gezondheidsachterstand bij bepaalde bevolkingsgroepen

Mensen met een lage opleiding en weinig inkomsten hebben een kortere levensverwachting en een slechtere gezondheid dan mensen die beter zijn opgeleid en meer verdienen. Zo leven laagopgeleiden gemiddeld zes à zeven jaar korter dan hoogopgeleiden. Een andere groep die naar verhouding minder gezond is, zijn mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst. Deze bevolkingsgroepen hebben een minder gunstige leefstijl, minder gunstige omgevingsfactoren en mede hierdoor een minder goede gezondheid.

Het aantal mensen met een laag inkomen en het aantal niet-westerse allochtonen in de regio Gelre-IJssel zal in de toekomst toenemen.

Oude en nieuwe infectieziekten steken de kop op

Na een jarenlange dalende trend is het aantal tuberculosepatiënten in de regio Gelre-IJssel gestegen van 41 nieuwe gevallen in 2008 tot 54 nieuwe gevallen in

2009. Dit is het gevolg van de toename van immigranten en asielzoekers uit landen waar veel tuberculose voorkomt.

Ook het aantal mensen met een soa is in de afgelopen jaren toegenomen. GGD Gelre-IJssel constateerde in 2007 bij 294 bezoekers van het soa-spreekuur een soa; in 2009 was dit aantal gestegen tot 387. De verwachting is dat deze trend zich voortzet.

Hoewel het aantal melkgeitenbedrijven in de regio Gelre-IJssel relatief hoog is, is de verspreiding van Q-koorts tot nu toe beperkt gebleven, namelijk 13 slachtoffers ten opzichte van 2.357 in heel Nederland.

Evenals in de rest van Nederland neemt de ziekte van Lyme sinds 1994 toe. Besmette teken brengen deze ziekte over. In 2009 waren er in de helft van de gemeenten in de regio Gelre-IJssel minimaal 200 besmettingen per 10.000 inwoners ten opzichte van 50-200 besmettingen per 10.000 inwoners landelijk.

Leefstijl en omgevingsfactoren voor verbetering vatbaar

Mensen kunnen door hun leefstijl hun gezondheid beïnvloeden. Maar ook de omgeving, het milieu, kan op iemands gezondheid van invloed zijn.

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste feiten:

- roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en sterfte. In de regio Gelre-IJssel rookt 17% van de middelbare scholieren en 24% van de volwassenen;
- overgewicht is na roken de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte. In de regio Gelre-IJssel komt overgewicht meer voor en het neemt verder toe dan landelijk;
- alcoholgebruik onder jongeren neemt af in de regio Gelre-IJssel, maar is nog steeds te hoog. Bijna de helft van de vierdeklassers drinkt in een periode van vier weken bij minstens één gelegenheid vijf of meer glazen alcohol en één op de drie volwassenen overschrijdt de norm voor verantwoord alcoholgebruik;
- bewegen verkleint de kans op vroegtijdig overlijden en het risico op het ontstaan van diverse ziekten. In de regio Gelre-IJssel voldoen de meeste middelbare scholieren en een kwart van de volwassenen niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen;
- gezonde voeding verkleint het risico op het ontstaan van diverse ziekten, zoals hart- en vaatziekten, kanker en diabetes. De meerderheid van de regionale bevolking kan op dit terrein gezondheidswinst boeken omdat men onvoldoende groente, fruit en vis eet;
- veilig vrijen is van belang om soa te voorkomen. In de regio Gelre-IJssel heeft één op de zes middelbare scholieren ervaring met geslachtsgemeenschap. De helft van deze groep gebruikt niet altijd een condoom;
- huiselijk geweld kan lichamelijk geweld, geestelijk geweld, seksueel geweld of verwaarlozing van kinderen zijn. Ongeveer één op de dertien volwassenen geeft aan slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld. Zowel slachtoffers, daders als kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld, hebben baat bij goede begeleiding;
- ventilatie verbetert de kwaliteit van het binnenmilieu. In het binnenmilieu kunnen verschillende stoffen voorkomen die schadelijk zijn voor de gezondheid, zoals tabaksrook, radon, vocht en allergenen. De meerderheid van de woningen en scholen in de regio Gelre-IJssel wordt onvoldoende geventileerd;
- geluidshinder is een groeiend probleem. Blootstelling aan geluid kan hinder veroorzaken en leiden tot lichamelijke klachten en verminderde prestaties. Eén op de vijf volwassenen in de regio ondervindt ernstige geluidshinder. Het wegverkeer en de burens zijn de belangrijkste geluidsbronnen.

Aanbevelingen voor gezondheidsbeleid

Geef meer aandacht aan preventie

De urgentie van preventie is nog steeds groot. De door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gestelde preventiedoelstellingen zijn noch

landelijk noch in de regio Gelre-IJssel allemaal gehaald. Het aantal volwassenen en jongeren met overgewicht stabiliseert landelijk, maar stijgt in de regio Gelre-IJssel. Te veel inwoners roken zelf of roken mee met anderen in hun omgeving. Het aantal alcohol drinkende jongeren en volwassen probleemdrinkers is nog altijd te hoog. Steeds meer inwoners kampen met diabetes. Landelijk krijgen meer inwoners preventieve hulp tegen depressies; voor de regio Gelre-IJssel zijn daarvan geen cijfers bekend.

De Handleiding Gezonde Gemeente (2010) geeft gemeenteambtenaren en lokale professionals van preventieorganisaties handvatten om de thema's roken, depressie, overgewicht, alcohol en seksuele gezondheid op te nemen in het lokale gezondheidsbeleid. Belangrijke elementen zijn een integrale aanpak en een gezonde leefomgeving. Voorts is het van belang om meer inwoners met een lage sociaaleconomische status en meer inwoners van niet-westerse afkomst te bereiken.

Gebruik meer erkende interventies

In de regio Gelre-IJssel wordt geen optimaal gebruik gemaakt van de landelijk beschikbare, erkende interventies. Steeds meer interventies zijn door de Erkenningscommissie van het Centrum Gezond Leven (CGL) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) beoordeeld op kwaliteit en effectiviteit. Vooral het aantal interventies dat is erkend als 'goed beschreven' of 'theoretisch goed onderbouwd' is de afgelopen jaren flink gegroeid. Daarnaast is door het CGL een beperkt aantal interventies erkend als 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief'.

Sommige landelijk erkende interventies worden al wel regionaal ingezet, vele andere nog niet. Regionale preventieorganisaties gebruiken niet-beoordeelde interventies, waarvan weinig bekend is over de werkzaamheid. De organisaties kunnen kwaliteit en effectiviteit van deze niet-beoordeelde regionale interventies inzichtelijk maken, door ze goed te evalueren en voor erkenning in te dienen bij het CGL.

Pas integraal gezondheidsbeleid toe

Via integraal gezondheidsbeleid kan de gemeente het haar inwoners gemakkelijk maken om zich gezond te gedragen (bijvoorbeeld door voldoende speeltuintjes, zitbanken en fietspaden aan te leggen en door geen alcohol te schenken op plekken waar jeugd komt). Daarnaast kan de gemeente mensen die dat nodig hebben, stimuleren, gebruik te maken van diverse voorzieningen (bijvoorbeeld door mensen via het zorgloket hierop te attenderen).

Gemeenten hebben twee belangrijke bestuurlijke instrumenten om het integraal gezondheidsbeleid vorm te geven. De eerste is de nota lokaal gezondheidsbeleid, waaraan verschillende beleidsterreinen van een gemeente hun inbreng kunnen leveren.

Als tweede biedt de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) diverse mogelijkheden.

Dat komt onder andere omdat deze Wet gericht is op het vergroten van de leefbaarheid, op goede informatieverstrekking en op mensen die onvoldoende zelfredzaam zijn. De kern van de Wmo is dat iedereen kan meedoen in de samenleving.

Geef kwetsbare mensen extra aandacht

Het is belangrijk dat gemeenten, om gezondheidsachterstanden aan te pakken, bij de uitvoering van hun gezondheidsbeleid expliciet aandacht besteden aan mensen uit kwetsbare groepen. Dit zijn onder andere mensen met een laag inkomen en mensen met een niet-westerse achtergrond, maar ook mensen die niet zelfredzaam zijn. De gemeente kan mensen uit deze kwetsbare groepen ondersteunen met speciale voorzieningen en regelingen.

Verbeter samenhang tussen gemeentelijk gezondheidsbeleid en eerstelijnszorg

Gemeenten kunnen de preventieve en curatieve zorg stimuleren om met elkaar af te stemmen en samen te werken. De gemeente kan partners uit de eerstelijnszorg, die een functie vervullen in bestaande structuren, zoals het Centrum voor Jeugd en

Gezin (CJG), een Stichting Welzijn Ouderen of een gezondheidscentrum, bij elkaar brengen. Mogelijke thema's voor samenwerking zijn opvoedingsondersteuning, val kernboodschappen_preventie, aanpak overgewicht, diabetes, overmatig alcoholgebruik, vroege opsporing psychische problematiek, voorkomen van vroegtijdig schoolverlaten en ondersteuning van jongeren die opgroeien met een ernstig of langdurig ziek familielid.

Versterk netwerkbenadering tussen gemeenten onderling

Netwerkbenadering of '*concerted action*' betekent dat gemeenten een gezamenlijk en samenhangend actieprogramma opstellen, gebaseerd op de best beschikbare kennis. Partners die een belangrijke taak hebben bij de uitvoering van dit actieprogramma zijn vertegenwoordigd en er is sprake van een eenduidige regie. De gemeente voert de regie, desgewenst met ondersteuning van de GGD. Hierbij zijn politieke wil en een lange adem belangrijke randvoorwaarden.

Bijlage 5: Beleidsnota's volksgezondheidsbeleid

Hier volgen samenvattingen van belangrijke landelijke, provinciale en regionale beleidsnota's op basis waarvan de gemeenten hun lokaal gezondheidsbeleid (mede) vorm en inhoud kunnen geven.

Landelijk beleid

De landelijke beleidsnota volksgezondheid; Gezondheid Dichtbij

In de nota *Gezondheid dichtbij* (mei 2011) benoemt de minister de landelijke prioriteiten die aanknopingspunten bieden voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze moeten gemeenten in hun eigen nota's in acht nemen. Het kabinet staat voor eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. De kabinetsvisie is uitgewerkt in drie thema's:

1. Vertrouwen in gezondheidsbescherming
2. Zorg en sport dichtbij in de buurt
3. Zelf beslissen over leefstijl

De vijf speerpunten uit de preventienota 2006 blijven belangrijk. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Het accent ligt op bewegen.

Uitgangspunten van het kabinet

Gezondheid moet weer iets van de Nederlander zelf worden. Dat betekent terughoudendheid met ge- en verboden, ongevraagd advies en keuzebeperkingen vanuit de overheid. Er komt een omslag van 'gezond moeten leven' naar 'makkelijker toegankelijk maken van gezonde keuzes'.

1. Vertrouwen in gezondheidsbescherming

Verschillende risicofactoren voor de gezondheid kunnen mensen zelf niet of moeilijk beïnvloeden, bijvoorbeeld op het terrein van crisisbeheersing en infectieziektebestrijding.

2. Zorg en sport dichtbij in de buurt

Herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt of digitaal bereikbaar (eHealth) kunnen bijdragen aan het bevorderen van gezondheid. Evenals tijdige signalering van gezondheidsrisico's en toepassing van effectieve interventies en innovatieve behandelwijzen.

Het kabinet wil dat iedereen veilig kan sporten, bewegen en spelen in de buurt. Hiervoor zijn voldoende en laagdrempelige voorzieningen nodig. Het kabinet geeft hier samen met gemeenten, de sportsector en private partijen een positieve impuls aan.

Beweegmogelijkheden in de buurt die aansluiten bij de wensen van ouderen, moeten worden gestimuleerd. Er dient tevens aandacht te zijn voor eenzaamheid van ouderen en voor goede voeding.

3. Zelf beslissen over leefstijl

Als het om leefstijl gaat, schrijft de overheid mensen zo min mogelijk voor wat ze wel of niet mogen. Mensen maken zelf keuzes. Die keuzes worden gemaakt in een omgeving waarin de gezonde keuze makkelijk is. Diverse maatschappelijke sectoren en gemeentelijke beleidsterreinen dragen hieraan bij.

Extra aandacht voor jeugd

De jeugd heeft de toekomst. Hier besteedt het kabinet extra aandacht aan. Naast bevordering van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan, vindt het kabinet dat het stellen van grenzen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd gerechtvaardigd zijn.

Het kabinet zet in op het positief stimuleren van gezond gedrag en op het ontwikkelen van weerbaarheid. Hierbij verdienen drie thema's extra aandacht:

- gezond gewicht, door sport, spel en bewegen en een verantwoord voedingspatroon
- riskant en problematisch middelengebruik, en
- seksuele gezondheid.

Ouders en opvoeders zijn als eerste verantwoordelijk voor het gezond opgroeien van hun kinderen. Ze hebben een voorbeeldfunctie en moeten consequent normen en grenzen stellen.

Publiek private samenwerking (PPS)

Het kabinet ziet publiek private samenwerking van betrokken partijen (gemeenten, bedrijfsleven, gezondheidsorganisaties en onderwijs) als een kansrijk middel om de gezonde keuze maximaal aantrekkelijk en toegankelijk te maken.

Gemeenten aan zet

De gemeente is de bestuurslaag die het dichtste bij de burger staat. Daarom zijn gemeenten beter in staat om maatwerk te leveren, in te spelen op de leefwereld van de burgers en rekening te houden met de specifieke lokale omstandigheden.

Steeds meer participatievoorzieningen worden naar gemeenten overgeheveld. Voor effectief beleid is het van belang het beleidsplan Wmo goed af te stemmen met de nota gezondheidsbeleid.

De uitgangspunten van het kabinet kunnen goed worden gebruikt door gemeenten. Dit betekent:

- Inzetten op spelen, bewegen en sporten;
- Jeugd benoemen als belangrijke doelgroep voor het lokaal gezondheidsbeleid;
- Stimuleren van publiek private samenwerking op lokaal niveau;
- Verbindingen leggen tussen verschillende beleidsterreinen en gezondheid;
- Een bijdrage leveren aan het realiseren van 'gezondheid in de buurt'.

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering is vooral een taak van de gemeenten die daarvoor, via het Gemeentefonds, financiële middelen ontvangen.

De rijksoverheid heeft ondersteuningsprogramma's voor lokaal gezondheidsbeleid opgezet. De komende jaren wordt gestopt met (massamediale) campagnes.

Preventie van welvaartsziekten effectief en efficiënt georganiseerd; advies Raad voor Volksgezondheid & Zorg, dec. 2011

De organisatie van preventie van welvaartsziekten staat in geen verhouding tot de ziektelast. Meer effectiviteit en efficiency in de organisatie van preventie van welvaartsziekten begint met versterking van het eigenaarschap bij de landelijke en de lokale overheid en bij zorgverzekeraar. Landelijk en lokaal zal preventie van welvaartsziekten steviger worden aangepakt. Het aandeel van ongezonde leefstijl in de ziektelast van kanker, diabetes en hart- en vaatziekten (31% voor mannen, 23% voor vrouwen, vooral bij laag opgeleiden) zal daardoor afnemen. Mensen leven langer in gezondheid. Publieke gezondheid en curatieve zorg worden niet langer als aparte domeinen gezien. Gemeente en zorgverzekeraars zullen samen gezondheidsplannen op wijk/buurniveau gaan maken en uitvoeren, ook op locaties die nog niet eerder waren ontdekt. Daarvoor komt, onder voorwaarden, 1% van het budget voor curatieve zorg beschikbaar.

Aanbevelingen van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg dec. 2011

I. Versterk het eigenaarschap van gezondheid bij zorgverzekeraars

Maak ook voor verzekeraars sturen op gezondheidsdoelen tot uitgangspunt:

- a. Stel een preventiefonds in, gefinancierd uit premiemiddelen; Dit fonds wordt gevuld met 1% van de premiemiddelen van de Zvw. Met dit bedrag wordt lokaal/regionaal gezondheidsbeleid betaald
- b. Onderzoek gezondheidspraktijken in de ex ante risicoverevening.
- c. Verruiming van de mogelijkheden voor geïndiceerde preventie in het basispakket voor de zorgverzekering.

2. Versterk het gezondheidsbeleid van de gemeente

- a. Creëer met een “weetplicht” van gemeenten een juist gevoel van urgentie; Gemeenten zijn de formele eigenaar van volksgezondheid op lokaal niveau, maar systematische preventie van welvaartsziekten (zoals bij infectieziekten) is er nog onvoldoende. Er lijkt weinig gevoel van urgentie. Toch is de gemeente de aangewezen partij om leiding te geven aan een brede aanpak binnen de gemeentelijke organisatie en aan mobilisering van andere partijen (scholen, bedrijfsleven, sport, zorg).
- b. Centraliseer de huidige subsidiemiddelen voor de implementatie van preventieve interventies bij het RIVM.
- c. Gemeenten moeten GGD'en ruimte geven voor ontwikkeling en toepassing van hun professionaliteit op het terrein van welvaartsziekten.

3. Neem zelf een actieve rol

Stimulansen voor gemeenten en verzekeraars zijn kosteneffectiever als de Minister duidelijke visie en opvattingen over het belang van gezondheid uitdraagt.

- a. Wees duidelijk over welvaartsziekten.
- b. Verruim de gezondheidsbescherming.
- c. Verhoog de accijns op tabak en alcohol en onderzoek de mogelijkheden om met een vettax en/of een hogere BTW op voedsel gezond gedrag te bevorderen.

Samenvatting

Welvaartsziekten, dus gezondheidsschade door leefgewoonten die samenhangen met de moderne welvaart, komen er in het preventiebeleid bekaaid vanaf, in vergelijking met infectieziekten en ongevallen. Dit is niet in verhouding met de omvangrijke ziektelast die ze veroorzaken. Beter leefgewoonten zouden niet alleen de levensverwachting, maar ook het aantal gezonde jaren en het aantal jaren zonder beperking of chronische aandoeningen kunnen vergroten. Nu zien we dat de levensverwachting (veel) sterker stijgt dan het aantal jaren zonder beperking of chronische ziekte. Preventie heeft in dit perspectief van stijgende zorgvraag dus ook grote maatschappelijke voordelen, in termen van productiviteit en participatie, betaald en onbetaald. Preventie is een van de oplossingen voor de stijgende zorguitgaven en de knelpunten op de arbeidsmarkt die nu snel op ons afkomen.

Transities

I. Jeugdzorg

In het Regeerakkoord 2010 is een ingrijpende wijziging van het jeugdstelsel afgesproken. Het kabinet brengt uiterlijk in 2016 alle vormen van jeugdzorg onder verantwoordelijkheid van gemeenten. Zo kunnen gemeenten sturen op lokaal samenhangende zorg voor gezinnen en jeugdigen. Conform de Bestuursafspraken 2011–2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor de huidige provinciale (geïndiceerde) jeugdzorg incl. de jeugdbescherming en de jeugdreclassering, de jeugdzorgPlus (gesloten jeugdzorg), geestelijke gezondheidzorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ), zorg voor jeugd met een licht verstandelijk beperking (jeugd-LVB).

Met de verschuiving van de jeugdzorg naar gemeenten wil het kabinet ervoor zorgen dat het jeugdstelsel eenvoudiger wordt. Dat is nodig om een snellere en effectievere inzet van ondersteuning of hulp mogelijk te maken. De jeugdzorg moet beter aansluiten bij de eigen kracht en de sociale netwerken van jeugdigen en hun ouders of verzorgers. Ook moet voorkomen worden dat ouders en jeugdigen verdwalen in het systeem. Het nieuwe stelsel kent door één wettelijk kader en één financieringssysteem voor de jeugdzorg meer doelmatigheid en maakt meer integrale zorg in geval van meervoudige problematiek beter mogelijk. Gemeenten krijgen een grote mate van beleidsvrijheid.

(bron: transitieagenda jeugdzorg, maart 2012; gezamenlijke agenda van Rijk/VNG/IPO)

2. Decentralisatie begeleiding

Hierbij gaat het om de overheveling van extramuraal begeleiding, incl. vervoer naar de Wmo. Vanaf 2013 worden gemeenten verantwoordelijk voor nieuwe cliënten en vanaf 2014 voor alle cliënten. Deze decentralisatie biedt kansen om de ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie dichterbij de burger te organiseren. Gemeenten zijn in staat de eigen kracht en mogelijkheden van hun burgers en hun sociale netwerk aan te spreken en maatwerk in de directe omgeving te realiseren. Ook kunnen zij verbindingen leggen met andere Wmo-voorzieningen en andere gemeentelijke domeinen zoals reïntegratie, de bijstand en het woonbeleid. Begeleiding wordt zo meer doelmatig en effectief georganiseerd. Er gelden geen individuele rechten en een verzekerde zorgplicht maar een gemeentelijke compensatieplicht conform art. 4 van de Wmo. Het gaat op dit moment landelijk in de AWBZ om circa 180.000 mensen met een CIZ-indicatie voor extramuraal begeleiding. In de AWBZ worden zes groepen onderscheiden:

1. ouderen met somatische en/of psychogeriatrische problematiek
2. volwassenen met psychische problematiek
3. mensen met verstandelijke beperking
4. mensen met een zintuiglijke beperking
5. mensen met een lichamelijke of chronische ziekte
6. en jongeren met psychiatrische problematiek in combinatie met opvoed- en opgroei problemen.

(in aug. 2012 is deze decentralisatie controversieel verklaard).

3. Passend onderwijs

Het kabinet wil dat leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben, beter worden geholpen. Scholen zijn vanaf 1 augustus 2014 verplicht een passende onderwijsplek te bieden aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben. De Tweede Kamer heeft in maart 2012 ingestemd met het wetsvoorstel passend onderwijs. Het wetsvoorstel ligt nu ter goedkeuring in de Eerste Kamer. De geplande bezuiniging van € 300 miljoen op passend onderwijs gaat niet door. Dit is besloten in het Begrotingsakkoord 2013. De 5 fracties in de Tweede Kamer (VVD, CDA, D66, GroenLinks en ChristenUnie) en het demissionaire kabinet hebben daarover in april 2012 overeenstemming bereikt.

Voor elk kind een passende onderwijsplek. Ook kinderen die extra aandacht nodig hebben, zoals leerlingen met een handicap of een gedragsstoornis, hebben recht op goed onderwijs. Op dit moment moeten ouders vaak zelf op zoek naar een passende onderwijsplek voor hun kind. Vanaf augustus 2014 moeten scholen ervoor zorgen dat er voor elk kind dat extra ondersteuning nodig heeft een passende plek is (zorgplicht). Dat kan zijn op de school waar de ouders hun kind hebben aangemeld, maar ook op een andere school die beter kan inspelen op de ondersteuning die het kind nodig heeft, in het regulier of in het speciaal onderwijs. De school van aanmelding is ervoor verantwoordelijk om de leerling een passende plek aan te bieden.

De landelijke indicatiestelling en de rugzak verdwijnen. In plaats daarvan organiseren en financieren de samenwerkende scholen de ondersteuning die een of kind in de klas nodig heeft. De schoolbesturen werken samen in een samenwerkingsverband om dit te realiseren (bron: site passend onderwijs, Rijksoverheid)

Conceptwetsvoorstel Jeugdwet, 18 juli 2012

De evaluatie van de Wet op de jeugdzorg en de analyse van de parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg laten belangrijke tekortkomingen van het huidige stelsel zien:

- een te grote druk op gespecialiseerde zorg;
- tekortschietende samenwerking rond kinderen en gezinnen;
- afwijkend gedrag wordt onnodig gemedicaliseerd;
- het kostenopdrijvend effect als afgeleide van deze knelpunten.

Dit wetsvoorstel voorziet in een decentralisatie van alle ondersteuning, hulp en zorg voor jeugd en ouders naar gemeenten, zowel bestuurlijk als financieel. Gemeenten zijn hierdoor beter in staat om integraal beleid te ontwikkelen en maatwerk te bieden, afgestemd op de lokale situatie en uitgaan van de mogelijkheden en de behoeften van de individuele jeugdigen en hun ouders. Door de verantwoordelijkheid voor een positief opvoed- en opgroei-klimaat, voor preventie, voor vroegsignalering tot en met de (zware) gespecialiseerde zorg en de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering bij gemeenten te leggen, wordt het makkelijker verbindingen te leggen tussen zorg, onderwijs, werk en inkomen, sport en veiligheid. De regering wil een samenleving met daarin een jeugdinstel dat de zorgrelaties tussen mensen onderling vooropstelt. Zorgrelaties tussen mensen, binnen het gezin, in familie-, buurt- of andere informele of gemeenschapsverbanden vormen een belangrijk en natuurlijk vehikel voor sociale cohesie en een bron van sociaal kapitaal. Zorgen voor elkaar versterkt de individuele en collectieve vermogens in de samenleving; een zichzelf versterkend proces. De overheid dient dit proces zoveel als mogelijk te faciliteren en er daarbij voor te waken dat zij deze zorgtaken niet overneemt. Die cultuuromslag leidt er ook toe dat we anders tegen de zorg aankijken dan we gewend zijn. Het gaat om een visie op de pedagogische civil society waarin ieder kind een veilige omgeving om zich heen heeft, waarin de school, de naschoolse opvang, de sportclub en de buurt een belangrijke rol spelen. Investeren in een positieve opvoeding, talentontwikkeling en een succesvolle schoolloopbaan ligt aan de basis van welbevinden, economische zelfstandigheid en democratisch burgerschap.

Eén gezondheidsmonitor voor lokaal en landelijk beleid

Om de verschillende landelijke en lokale gegevensbronnen regionaal, landelijk en in de tijd met elkaar te kunnen vergelijken is het nodig die gegevensverzamelingen op elkaar af te stemmen. Om dit mogelijk te maken werken het RIVM, GGD Nederland en het CBS nauw samen. Met als doel: één gezondheidsmonitor met vergelijkbare gegevens op alle niveaus. Het CBS verzamelt jaarlijks gegevens over gezondheid van de gehele bevolking via een landelijke gezondheidsenquête.

Door gegevens samen te voegen over vier jaar kunnen regionale vergelijkingen worden gemaakt. Voor de lokale monitors werken de GGD'en met gestandaardiseerde vragenlijsten aan efficiënter en betere kwaliteit van onderzoek. De omvang van deze gegevensverzameling is uniek. De Lokale en Nationale Monitor gezondheid (LNM) bestaat uit de Monitor Jeugdgezondheid: kinderen van 0 tot 19 jaar, de Monitor Volksgezondheid: volwassenen van 19 tot 65 jaar en de Monitor Gezondheid Ouderen: ouderen vanaf 65 jaar. In verband met verschillen in de manier waarop gegevens worden verzameld en verschillende uitvraagmomenten is het niet mogelijk op basis van de LNM landelijke cijfers te berekenen voor bijvoorbeeld de VTV. Met één gezondheidsmonitor behoort dit tot de verleden tijd. Gestart wordt met de harmonisering van de monitors voor volwassenen en ouderen. De monitor voor jeugd volgt later. Met de in gang gezette ontwikkeling krijgen gemeenten:

- De beschikking over referentiecijfers op landelijk, regionaal en lokaal niveau door afstemming en samenvoeging van gegevensbronnen.
- Vergelijkbare cijfers door uniformiteit in cijfers en begrippen en uniforme werkwijzen van GGD'en.
- Ruimte voor lokale invulling: verdiepend onderzoek en analyses op lokaal niveau.
- Via verrijking de beschikking over meer gegevens voor beleid.

Kortom, meer doelmatigheid en efficiëntere werkwijzen, waarbij GGD'en en CBS gebruikmaken van elkaars expertise.

(bron: GGD Nederland)

Ouderegezondheidszorg

In 2009 is in de Wet Publieke Gezondheid een nieuw artikel gevoegd. Op het niveau van lokale overheden kan het beste worden aangesloten bij de behoeften van de ouderen zelf. Bij de uitvoering

van artikel 5a Wpg is het dan ook belangrijk dat de ouderen zelf centraal gesteld worden. Op het gebied van ouderengezondheidszorg worden al veel activiteiten aangeboden en ouderen maken vaak ook gebruik van bestaande (lokale) voorzieningen zowel binnen de zorg (huisartsenzorg, thuiszorg) als daar buiten (maatschappelijke ondersteuning). Het is dus niet zo zeer een kwestie van het ontwikkelen van een nieuw aanbod als wel dat gemeenten bestaande voorzieningen en structuren beter op elkaar moeten laten aansluiten, waarbij de gemeenten vanuit een regierol de betreffende partijen beter met elkaar verbinden. Het is van belang om aan te sluiten bij de behoeften van ouderen en het al aanwezige aanbod. De kunst is om vanuit het gezondheidsbeleid verbindingen te leggen tussen de sectoren preventie, curatie en welzijn. Informatie over gezondheidsbevordering en preventie is te vinden op www.loketgezondleven.nl

(Bron: Brief minister 2009 / Reminder: aanhaken bij Ouderengezondheidszorg, GGD Nederland)

Beleidsbrief Sport: “Sport en Bewegen in Olympisch perspectief” VWS, mei 2011

Visie sport- en beweegbeleid

Sporten en bewegen zijn voor veel mensen een populaire vorm van vrijetijdsbesteding. Het is goed voor de gezondheid maar vooral ook leuk om te doen. Wekelijks zijn miljoenen mensen direct of indirect betrokken bij sport- en beweegactiviteiten. Ze nemen zelf deel aan deze activiteiten, leveren hier als vrijwilliger een actieve bijdrage aan of ze leven mee met (top)sporters langs de lijn, of via de media. Sporten en bewegen dragen bij aan sociale en educatieve doeleinden zoals de ontwikkeling en weerbaarheid van kinderen, het leren over sportiviteit en respect, maatschappelijke participatie, maar ook aan het verbeteren van de leefbaarheid in de buurt. Het kabinet hecht veel waarde aan sport en bewegen als basis voor een gezonde en actieve leefstijl, waarbij de keuzevrijheid en veiligheid van mensen voorop staat.

Topsport heeft een grote toegevoegde waarde voor de samenleving. Het levert ons, behalve medailles, een gevoel van trots op en het inspireert tot het verleggen van de eigen grenzen. Topsportevenementen brengen een enorme publieke belangstelling met zich mee. Het werven en organiseren van evenementen kan een grote maatschappelijke en economische meerwaarde hebben. De evenementen dragen onder andere bij aan de nationale trots, Holland Branding, toerisme, het stimuleren van vrijwilligerswerk en het professionaliseren van de topsport.

Prioriteiten voor nieuw beleid

Er zijn drie prioriteiten te benoemen voor het sport- en beweegbeleid waar dit kabinet de komende jaren het verschil wil gaan maken:

1. Sport en bewegen in de buurt

De ambitie van het kabinet is dat iedere Nederlander, jong of oud, met of zonder beperking, veilig kan sporten en bewegen in de eigen buurt. Om te bereiken het lokale sport- en beweegaanbod aansluit op de vraag van bewoners is het belangrijk dat er lokaal slimme verbindingen gelegd worden tussen onder andere sport, school, zorg, welzijn en het bedrijfsleven.

2. Werken aan een veiliger sportklimaat

Om veilig en met plezier te kunnen sporten,

3. Uitblinken in sport

Het kabinet ondersteunt de ambitie van de georganiseerde sport om als Nederland bij de beste 10 topsportlanden van de wereld te horen.

Het kabinet wil daarnaast de economische betekenis van sport beter benutten, zowel in de breedtesport als in de topsport. Sport is namelijk een goed platform voor innovatie en biedt kansen voor ondernemerschap en export. De gouden driehoek van sport, bedrijfsleven en wetenschap moeten we versterken en van meer economische betekenis laten zijn.

Ten slotte omarmt dit kabinet de Olympische ambitie van Nederland en heeft het streven om de Olympische en Paralympische Spelen van 2028 naar Nederland te halen

Extra middelen bestrijding Overgewicht bij kinderen

In het Begrotingsakkoord 2013 afgesproken dat van de extra middelen voor preventie en palliatieve zorg (€ 100 miljoen vanaf 2013) een bedrag van € 26 miljoen zal worden besteed aan het tegengaan van obesitas bij kinderen

De middelen zullen worden ingezet voor het versterken en intensiveren van bestaande programma's gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl van de jeugd. De inzet is primair gericht op voeding en bewegen, maar daar waar mogelijk wordt - aansluitend bij de omslag in het leefstijlbeleid - een verbredingslag gemaakt naar andere leefstijlthema's.

Hoofdpijnen zijn:

- Jongeren op gezond gewicht: intensiveren op en ook na 2014 continueren van het Convenant Gezond Gewicht, door eerder op te schalen en de aansluiting met de lokale zorgsector te verbeteren (€ 3 miljoen). Hierbij kan het gaan om obesitas maar ook om andere eetstoornissen zoals bijvoorbeeld anorexia.
- Gezonde school: de aanpak behelst zowel de doorontwikkeling van de gezonde schoolmethode, als ook het meer inzetten op de "voorschool", een doorlopende leerlijn gezond gewicht, behoud van kennis over voeding en gezond gedrag (waaronder bewegen) binnen het primair onderwijs en het verspreiden van interventies gericht op een gezonde schoolomgeving (€ 5 miljoen).
- Geormerkte verhoging van de Sportimpuls (onderdeel van het programma Sport en Bewegen in de Buurt) voor het kopiëren van interventies die gericht zijn op de aanpak van overgewicht bij kinderen (€ 2 miljoen).
- Impuls individueel contactmoment voor adolescenten (vanaf 14 jaar) en evt. aanvullende (collectieve) activiteiten voor leerlingen in voortgezet en middelbaar onderwijs door de jeugdgezondheidszorg (€ 15 miljoen).
- Betere informatievoorziening via centra voor Jeugd en Gezin over een gezonde leefstijl aan ouders en jeugd (stichting opvoeden.nl) (€ 1 miljoen)

(bron: brief VWS, 25 juni 2012)

Handreiking Gezonde Gemeente

De digitale Handreiking Gezonde Gemeente is dé verzamelplaats van informatie voor gemeentelijk gezondheidsbeleid. U vindt informatie, tips en voorbeelden om uw beleidsproces in te richten en om de preventie van gezondheidsproblemen in de gemeente concreet te maken. Wat vindt u in deze handreiking?

- Context en randvoorwaarden van gemeentelijk gezondheidsbeleid.
- Beleidscyclus met de belangrijkste aandachtspunten tijdens het voorbereiden, het formuleren van doelen, het uitvoeren en het evalueren.
- Zes themadelen om de preventieve aanpak lokaal concreet te maken van: roken, overgewicht, depressie, alcohol, seksuele gezondheid en letsel.
- Interventieoverzichten met aanbevolen interventies per thema.
- Checklists om snel de informatie te selecteren die voor u van belang is.
- De mogelijkheden voor advies_en_ondersteuning bij gemeentelijk gezondheidsbeleid op rij en tips voor het gebruik van de handreiking.

(bron: www.loketgezondleven.nl)

Zichtbare schakel: wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.

Nieuwsbericht | 07-06-2012

Minister Spies (Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties) en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) stellen via het gemeentefonds structureel € 10 miljoen beschikbaar voor projecten rond wijkverpleegkundigen. Door het geld rechtstreeks aan gemeenten beschikbaar te stellen kunnen wijkverpleegkundigen gebiedsgericht ingezet worden. Gemeenten kunnen per stad, wijk of buurt maatwerk bieden. Het ZonMw programma 'Zichtbare schakel: wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' wordt hiermee in een nieuwe vorm voortgezet. Dat programma wordt nu nog begeleid en gefinancierd via een rijksbijdrage aan ZonMw, een zelfstandig bestuursorgaan voor zorgonderzoek en zorginnovatie. De financiering via deze organisatie loopt eind dit jaar af.

Uit een tussenrapportage van het programma blijkt dat de wijkverpleegkundige een grote betekenis heeft in het tijdig signaleren van dreigende gezondheidsproblemen of overbelasting van mantelzorgers. De inzet leidt tot betere samenwerking tussen de diverse (zorg)organisaties in de buurt. De meeste samenwerking speelt zich af tussen de huisarts, de thuiszorg en welzijnsorganisaties

Centra voor jeugden gezin in gemeenten, een samenwerkingsproject met gemeentelijke rekenkamers, 13 juni 2012

Het CJG is geen zelfstandige organisatie, maar is ontworpen als een netwerkorganisatie waarbinnen jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0- tot 19-jarigen wordt aangeboden, en opvoed- en opgroeiondersteuning aan kinderen tot 23 jaar en hun ouders/verzorgers. In en rond het CJG werken bestaande instellingen die met jeugd te maken hebben (zoals onderwijsinstellingen, Bureau Jeugdzorg, welzijnswerk, buurtwerk, jongerenwerk, de jeugdgezondheidszorg, politie en justitie, Haltbureaus enzovoort) met elkaar samen. Op die manier moeten CJG's voorkomen dat ouders en kinderen worden geconfronteerd met hulpverleners die niet op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden. Het CJG heeft tot doel om snel, goed en gecoördineerd advies te bieden, en vervolgens te zorgen voor hulp op maat. In het onderzoek hebben wij samen met gemeentelijke rekenkamer- (commissie)s gekeken naar de manier waarop 42 gemeenten hun CJG's organisatorisch en financieel hebben vormgegeven. Ook hebben we onderzocht in hoeverre er samenwerking tot stand is gekomen binnen het netwerk van hulpverleners en wat daarvan de resultaten zijn. Conclusie Gemeenten en hulpverleners hebben de afgelopen jaren veel energie gestoken in het realiseren van CJG-inlooppunten de uitvoering van deze afspraken staat vaak nog in de kinderschoenen en als het gaat om de verantwoording daarover moet er nog het nodige gebeuren. Het is, zo benadrukken gemeenten en hulpverleners, nog te vroeg om de CJG's af te rekenen op hun prestaties.

Belangrijkste bevindingen

Uit het onderzoek komen verscheidene zaken naar voren die bij de CJG's nog ontbreken c.q. verbetering behoeven. Wat bij de CJG's vooralsnog ontbreekt is om te beginnen een referentiekader aan de hand waarvan de doelmatigheid en doeltreffendheid van een CJG kan worden beoordeeld en waar nodig aan- of bijgestuurd. Wij hebben in de eerste plaats vastgesteld dat vaak niet of onvoldoende in toetsbare termen is geformuleerd welke taken het CJG precies heeft en welk maatschappelijk effect de gemeente daarmee wil bereiken. Een verbeterpunt betreft verder de bekendheid van het CJG. Deze blijkt in veel gemeenten nog onvoldoende. Een goede risicosignalering en zorgcoördinatie worden belemmerd doordat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van domeinoverstijgende instrumenten zoals de digitale verwijzindex risicojongeren (waarmee kan worden opgespoord welke professionals contact hebben met een kind) en gezamenlijk casusoverleg.

Ook zijn in veel gemeenten nog niet alle relevante partners betrokken bij de risicosignalering en bij de afspraken over zorgcoördinatie. Een ander verbeterpunt betreft de eenheid van het CJG. Veel CJG's hebben nog te zeer het karakter van een bedrijfsverzamelgebouw, waarin elke hulpverlener denkt en handelt vanuit zijn eigen organisatie of zorgdomein. Een gezamenlijke 'CJG-identiteit' is er over het algemeen nog niet. Om het CJG (of een organisatie zoals het CJG) op termijn zijn beoogde 'poortwachtersfunctie' te kunnen laten vervullen in het nieuwe stelsel van jeugdzorg, is gegeven de bevindingen in het onderzoek aandacht vereist voor de volgende ontwikkelpunten:

- versterken van de sturingskracht van de gemeente;
- versterken van de signaleringsfunctie;
- verbreden van de zorgcoördinatie;
- ontwikkelen van de CJG-identiteit (externe bekendheid en interne betrokkenheid);
- aandacht voor potentiële tegenstelling binnen het CJG tussen preventie en hulp bij zware problematiek.

Drank- en Horecawet

In 2013 wordt de herziene Drank- en Horecawet van kracht. De wet geeft de gemeente nieuwe mogelijkheden en verplichtingen om een preventief alcoholmatigingsbeleid te voeren. Gemeenten krijgen ondermeer de keuze alcoholafdelingen van supermarkten bij herhaalde overtreding van de verloopleeftijd tijdelijk te sluiten en de verplichting een verordening op te stellen voor paracommerciële instellingen. Verder wordt de handhavende bevoegdheid aan de gemeente overgedragen. Jongeren onder de 16 jaar die alcoholhoudende drank bij zich hebben op de openbare weg of in voor publiek toegankelijke plaatsen, zoals pleinen, parken en overdekte winkelcentra, zijn voortaan strafbaar. Met de nieuwe DHW heeft de gemeente meer instrumenten om de forse daling die is ingezet te borgen.

Daarnaast tekent zich binnen de landelijke politiek een meerderheid af die vóór verhoging van de verkoopleeftijd van 16 naar 18 jaar is. Zo kan landelijk en gemeentelijk beleid elkaar versterken en kan ook het gebruik van 16 jaar en ouder worden tegengegaan.

Provincie Gelderland

Sociaal beleid

De provincie Gelderland draagt op een flexibele en vraaggerichte manier bij aan het aanpakken van de grote maatschappelijke uitdagingen. Ze zet zich in voor leefbaarheid, actief burgerschap, gezondheid, zorg, en jeugd. De dynamiek van maatschappelijke ontwikkelingen is groot en op onderdelen ongewis. Er zijn vele betrokken actoren van uiteenlopende aard: overheden en politiek, marktpartijen, maatschappelijke organisaties, burgers, particuliere initiatieven en groeperingen.

De sociaal-maatschappelijke opgaven zijn omvangrijk en complex, maar de rol van de provincie op sociaal terrein is beperkt. De eerste beleidsverantwoordelijkheid ligt bij gemeenten en maatschappelijke organisaties en oplossingen moeten vrijwel altijd tot stand worden gebracht in samenwerking en partnerschap.

De bijdrage van de provincie sluit daar op aan, zij signaleert en agendeert. Doelen en resultaten liggen dan ook niet voor vele jaren vast maar sluiten aan op de kansen en ontwikkelingen van het moment. De provincie Gelderland brengt de maatschappelijke vraagstukken in beeld waarbij een lokale aanpak (alleen) niet volstaat of waar tijdelijke extra ondersteuning of extra impuls nodig is. De provincie brengt partijen bij elkaar en draagt bij aan een gemeenschappelijke aanpak. De uitvoering van het nieuwe Sociaal Profiel start per 2013, maar 2012 is een transitiejaar waarin aandacht is voor afbouw, ombouw, opbouw en voorbereiding. De provincie signaleert twee trends die uitgangspunt zijn voor het nieuwe sociaal profiel van de provincie Gelderland. De transformatie; Mensen worden meer aangesproken op hun eigen keuzes en verantwoordelijkheden en moeten zelf in beweging komen om opgewassen te raken tegen de gewone (of ongewone) gebeurtenissen in het leven. Als tweede ziet de provincie een wijzigende bevolkingssamenstelling. Tekorten op de arbeidsmarkt, arbeidsmigratie, ontgroening en vergrijzing van de bevolking maken dat er nieuwe uitdagingen op ons afkomen. De demografische ontwikkelingen worden nog eens versterkt door een langzaam voortschrijdende urbanisatie: jonge gezinnen trekken steeds meer naar grotere stedelijke omgevingen

(bron: site Provincie Gelderland)

Provinciaal Beleidskader Jeugd 2013-2016....de toekomst! Arnhem, 27 juni 2012

De Gelderse doelen op hoofdlijnen zijn:

1. kinderen en opvoeders centraal
2. de jeugdzorg transformeren
3. samen doen
4. ervaring en kennis gebruiken en delen en het goede behouden

De provincie voert de wet uit en verbetert daar waar kan. Gemeenten zijn als ontvangende partij verantwoordelijk voor het nieuwe stelsel. Zij voeren de regie over de inrichting en uitvoering van het nieuwe stelsel. Zij moeten de ruimte krijgen een visie te ontwikkelen en aan te geven hoe zij de jeugdzorg willen integreren in het nieuwe stelsel voor jeugd. Daarbij zullen verbindingen worden gelegd met bestaande en nieuwe (gedecentraliseerde) gemeentelijke taken. Verder moeten zij alles in gereedheid brengen om de jeugdzorg te ontvangen en tot een slagvaardige uitvoering van het nieuwe stelsel te komen. Om deze functies optimaal te kunnen vervullen, worden op lokaal en op bovenlokaal niveau verbindingen aangegaan. Zo worden voor de verschillende opgaven passende schaalgroottes gecreëerd. Iedere gemeente, iedere regio, werkt in haar eigen kaders en transitieplannen uit op welke wijze zij deze rol invulling geven; welke keuzes worden gemaakt en welke inzet wordt gepleegd.

Provincie: zorgvuldig beëindigen van taken, zorgvuldig overdragen door kennis te delen

De provincie wil gemeenten bij dit proces ondersteunen. Wij willen gemeenten helpen door

vanuit onze ervaring met de jeugdzorg mee te denken en mee te werken, waar mogelijk, nodig en gewenst. In het overdrachtsproces staat voor ons zorgvuldigheid voorop. Kinderen mogen niet de dupe worden van de overdracht.

Gelderland Sport

De provincie wil met haar sportbeleid investeren in een gezond, vitaal en aantrekkelijk Gelderland. Meer sportende inwoners die een gezonde en een actieve leefstijl op na houden. Ook wil de provincie eraan bijdragen van Gelderland een "Sportland" te maken en sporttalenten de ruimte geven zich tot topsporter te ontwikkelen.

Vanaf 1 augustus 2012 kunnen bedrijven, gemeenten en (sport)organisaties gebruik maken van de nieuwe subsidieregeling Gelderland Sport! De provincie Gelderland stelt subsidies beschikbaar voor sportieve bewegingsruimte, actieve senioren, sport en gezondheid bij jeugd, talentontwikkeling en sportevenementen in de kernsporten judo, volleybal, wielersport, paardensport en atletiek (inclusief wandelen); Kennis en innovatie en vitale werknemers.

(bron: www.Gelderland.nl)

Regio Achterhoek

Achterhoek Agenda 2020

Een innovatief, ambitieus en duurzaam plan voor de toekomst van de Achterhoek dat naadloos aansluit op agenda's en toekomstvisies van provincie, rijk en Europa. Op 30 november 2011 ondertekenden 150 partijen (overheid, ondernemers en maatschappelijke organisaties, de drie 0's) het Convenant Achterhoek 2020, dat hun samenwerking en inspanning voor de agenda 2020 bekrachtigde. De Agenda werkt vanuit vier thema's: Innovatieve & duurzame economie, Slim & snel verbinden, Vitale leefomgeving en Kansrijk platteland. Het gezondheidsbeleid van de Achterhoekse gemeenten heeft de meeste raakvlakken met de werkplaats Vitale Leefomgeving. T.a.v. gezondheid wordt op dit moment vanuit de Vitale werkplaats gewerkt aan 2 thema's; Gezondheid en zelfmanagement en Met een Gezonde jeugd naar een Vitale Toekomst.

Regionale aanpak transitie decentralisaties

In Regioverband is de wens en het voornemen geuit de decentralisaties gezamenlijk op te pakken. Het bundelen van krachten bespaart kosten, samen hebben de gemeenten meer kennis en kwaliteit in huis, gezamenlijke inkoop levert fin. voordelen op, regionaal werkende aanbieders hoeven niet met elke gemeente afspraken te maken, dit maakt het mogelijk zoveel mogelijk middelen voor de directe zorg te reserveren en zo min mogelijk voor overhead en een gezamenlijke lobby richting den haag en provincie is sterker. Regionale samenwerking hoeft niet in te houden dat er geen lokale keuzes gemaakt kunnen worden. De gemeenten kiezen voor een projectmatige aanpak.

Integrale Jeugdgezondheidszorg

Gemeenten zijn gezamenlijk met de GGD en de thuiszorgorganisaties aan het onderzoeken hoe de organisatie van de jeugdgezondheidszorg te veranderen. Het gaat niet slecht maar een andere, integrale organisatievorm zou beter uitgerust zijn op de toekomst en de ontwikkelingen rond de jeugdzorg. Voor het onderzoek naar een nieuwe wijze van organisatie zijn gezamenlijke randvoorwaarden gesteld:

1. de jeugdige en zijn ouders/verzorgers staan centraal
2. er is sprake van een doorlopende lijn van (preventieve) zorg en monitoring jeugdigen van -9 maanden tot 23 jaar.
3. verplichtingen en wettelijke kaders staan aan de basis van een model integrale jgz
4. optimale aansluiting op de (door)ontwikkeling van het CJG: een voor jeugdigen en ouders/verzorgers herkenbaar lokaal loket

5. optimale aansluiting bij de jeugdzorg
6. er is bij voorkeur één uitvoeringsorganisatie JGZ binnen het CJG
7. de JGZ levert conform de door gemeenten gestelde kaders, budget en verantwoordingsplicht
8. minstens budgettair neutraal ten opzichte van de huidige situatie.

Op dit moment is het onderzoeksrapport gereed en zijn de aanbevelingen van de stuurgroep en de reacties van GGD en thuiszorg besproken in het portefeuillehoudersoverleg volksgezondheid (juli en okt. 2012). De portefeuillehouders hebben besloten tot een vervolgopdracht (okt. 2012)

Visiedocument toekomst CJG, integrale JGZ en jeugdzorg (juni 2011)*

Binnen de Regio is er veel draagvlak voor samenwerking rondom het CJG. Bij het ontwikkelen van een fysiek CJG en dienstverlening op vindplaatsen is dit minder het geval. Ten tijde van deze notitie waren vier gemeenten voor een gezamenlijke regionale backoffice en vijf gemeenten hadden een voorkeur voor een lokale insteek. In samenhang met de ontwikkelingen rondom de integrale JGZ en de transities, met name jeugdzorg, wordt regionaal verder nagedacht over de toekomst van het CJG.

* notitie voor poHo, mogelijk niet vastgesteld