

'Beter voor elkaar': gezond beleid door samenspel

Nota lokaal gezondheidsbeleid
2006-2009



Gemeente Veldhoven, afdeling MaZa

m.m.v. Adviesgroep Lokaal
Gezondheidsbeleid

December 2005

Vastgesteld door de gemeenteraad op 20 december 2005





Leeswijzer	5
Inleiding	7
1 Visie en wettelijk kader	9
1.1 Visie op gezondheid	9
1.2 Visie op gezondheidsbeleid.....	9
1.3 Facetbeleid/integraal gezondheidsbeleid	11
1.4 Wettelijke kaders.....	12
1.4.1 Gemeentewet.....	12
1.4.2 Welzijnswet	12
1.4.3 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)	12
1.4.4 Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo).....	13
2 Beleidskaders en voorwaarden in relatie tot lokaal gezondheidsbeleid	16
2.1 Landelijke beleidskaders en ontwikkelingen.....	16
2.1.1 Volksgezondheids Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM.....	16
2.1.2 Beleidsagenda 2004 VWS: 'Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg'	17
2.1.3 Beleidskader VWS; Nota 'Langer Gezond Leven (2004-2007); ook een kwestie van gezond gedrag'.....	17
2.1.4 Diverse andere landelijke initiatieven op het specifieke terrein 'gezondheid'...	19
2.1.5 Vermaatschappelijking van de zorg	19
2.2 Aanpalende beleidsterreinen	20
2.2.1 Openbare geestelijke gezondheidszorg	20
2.2.2 Verslavingszorgbeleid.....	20
2.2.3 Lokaal jeugdbeleid	21
2.2.4 Ouderenbeleid.....	21
2.2.5 Gehandicaptenbeleid.....	21
2.2.6 Integraal Veiligheidsbeleid	21
2.2.7 Milieubeleid.....	22
2.2.8 Wijkbeheer	22
2.2.9 Bestaand gezondheidsbeleid	22
2.2.10. Beleidsterreinen die invloed hebben op de gezondheidssituatie.....	22
2.3 Voorwaarden Lokaal Gezondheidsbeleid.....	24
2.3.1 Gemeente als regisseur	24
2.3.2 In samenspraak met betrokken instellingen en burgers	24
2.3.3 In samenspraak met betrokken beleidsafdelingen (facetbeleid)	25
2.3.4 Op basis van analyse van de gezondheidstoestand van de inwoners van Veldhoven.....	25
2.3.5 In nauwe samenwerking met GGD als één van de belangrijkste partijen in het kader van het wettelijke WCPV takenpakket.....	25
2.3.6 Communicatie	26
3 Gezondheidstoestand en knelpuntenanalyse	27
3.1 Beschrijving Veldhoven op basis van (gezondheids)cijfers.....	27
3.1.1 Demografische opbouw	27
3.1.2 Algemene kenmerken en inkomen	27
3.1.3 Lichamelijke gezondheid.....	28
3.1.4 Welbevinden / sociale gegevens	28
3.1.5 Leefstijl	28
3.1.6 Wonen en zelfredzaamheid en hulp of zorg aan huis	29
3.1.7 Activiteiten	29
3.1.8 Informatiebehoefte en gebruik van voorzieningen.....	29
3.1.9 Veiligheid in en om huis.....	29
3.1.10 Risicogroepen.....	29
3.1.11 Conclusie	30
3.2 Knelpuntenanalyse Lokaal Gezondheidsbeleid Veldhoven 2005	30
3.2.1 Resultaten uit de knelpuntendialoog.....	30

3.2.2 Resultaten uit de uitwerkingsdialoog	31
3.2.3 Algemene resultaten dialoogsessies	33
3.3 Evaluatie nota LGB 2001 en evaluatie functioneren adviesgroep LGB.....	33
3.3.1 Evaluatie inhoudelijke nota LGB.....	33
3.3.2 Evaluatie functioneren adviesgroep LGB	34
3.4 Overzicht van prioriteiten en aandachtsvelden.....	34
3.5 Overige onderwerpen binnen LGB	36
4 Vertaling prioriteiten en aandachtsvelden naar aanbevelingen..	38
4.1 Visie/ambitie en voorwaarden	38
4.1.1 Opstellen visie op gezondheidsbeleid, inclusief rol gemeente en burgerparticipatie	38
4.1.2 Afstemming met en tussen instellingen	38
4.1.3 Facetbeleid	40
4.1.4 Beleid op basis van analyse van cijfers en gegevens (monitoring).....	40
4.2 Inhoudelijke aspecten	41
4.2.1 Bevorderen gezonde leefstijl	41
4.2.2 Diabetes.....	42
4.2.3 Psychische klachten	42
4.2.4 Milieu	43
4.2.5 OGGZ.....	45
4.2.6 Verminderen van Sociaal-Economische GezondheidsVerschillen (SEGV).....	45
4.3 Procesaspecten.....	46
4.3.1 Activiteiten in de directe leefomgeving/setting	46
4.3.2 Informatievoorziening	46
4.3.3 Aandacht voor specifieke doelgroepen.....	48
4.3.4 Aandacht voor de wijk als setting / doelgroep	49
4.4 Randvoorwaarden.....	50
4.4.1 Voldoende ambtelijke capaciteit	50
4.4.2 Rol GGD als beleids- en uitvoeringspartner	50
4.4.3 Investeren in (daadkrachtige) netwerken/bevorderen samenwerking	51
4.4.4 Functioneren/rol adviesgroep LGB optimaliseren.....	52
5 Planning en kosten	54
5.1 Inleiding	54
5.2 Overzicht van de aanbevelingen	55
5.3 Tijdsplanning.....	60
5.4 Financiële consequenties	62
Lijst met afkortingen	64
Lijst van gebruikte documenten	65

De bijlagen zijn opgenomen in een apart bijlagenboek.

Leeswijzer



In de **inleiding** wordt omschreven waarom er een nota is gemaakt en hoe deze in grote lijnen tot stand is gekomen.

In **hoofdstuk 1** is de visie op gezondheid geschetst, aan de hand waarvan bepaald wordt waar LGB zich mee bezig houdt. Hierbij hebben we ons gebaseerd op landelijke en wereldwijde inzichten op gezondheid en de mogelijkheden van overheden tot beïnvloeding daarvan. Tevens zijn in dit hoofdstuk de wettelijke kaders waarbinnen LGB zich moet begeven, beschreven, zoals de gemeentewet, de Welzijnswet en de voor gezondheidsbeleid meest bepalende wet: de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Ook de Wet Maatschappelijke Ondersteuning komt hier kort aan bod.

Hoofdstuk 2 gaat in op diverse beleidskaders die tezamen ook bepalen waar LGB zich mee bezig moet of kan houden. Het betreft landelijke kaders van onder meer het ministerie van VWS en kaders die gevormd worden door andere beleidsterreinen binnen de gemeente, zoals verslavingszorgbeleid, jeugdbeleid, milieubeleid en integraal veiligheidsbeleid.

In dit hoofdstuk wordt ook aangegeven aan welke voorwaarden LGB eigenlijk idealiter zou moeten voldoen. Het gaat hierbij om voorwaarden als regievoering door gemeente, facetbeleid intern en integraal beleid met de externe partners, analyse op basis van cijfers en ervaringsgegevens.

De informatie uit hoofdstuk 2 bepaalt mede de inhoud van het Veldhovense LGB in 2006 en verder.

Hoofdstuk 3 geeft cijfermatig en kwalitatief materiaal op basis waarvan keuzes gemaakt kunnen worden ten aanzien van het Veldhovense LGB. Eerst worden cijfers uit de GGD-monitors en uit de Wijkatlas 2004 gepresenteerd. Vervolgens wordt een knelpuntenanalyse gedaan aan de hand van informatie voortkomend uit de dialoogsessies, die ter voorbereiding op het opstellen van de nota zijn gehouden. Partijen uit het werkveld hebben in die sessies knelpunten en oplossingsrichtingen aangegeven waarvan zij vinden dat deze de komende periode aandacht moeten krijgen. Ook is de nota LGB 2001 geëvalueerd om te bezien welke actiepunten nog onvoldoende uit de verf zijn gekomen en wordt aandacht besteed aan de evaluatie van het functioneren van de adviesgroep en de daaruit voortkomende actiepunten.

Hoofdstuk 3 eindigt met een overzicht van prioriteiten en knelpunten die uit hoofdstuk 2 en 3 naar voren komen (**par. 3.4**) en waar LGB in de periode 2006-2009 aandacht aan dient te besteden. De prioriteiten zijn onder te verdelen in vier hoofdcategorieën: visie/ambitie en voorwaarden; inhoudelijke aspecten; procesaspecten; en randvoorwaarden.

In **hoofdstuk 4** worden deze prioriteiten en aandachtsvelden per hoofdcategorie verder uitgewerkt en voorzien van aanbevelingen. De aanbevelingen zijn in feite de opdrachten waarmee LGB zich de komende periode bezig gaat houden. In totaal zijn er 39 aanbevelingen gedaan, die variëren van hele specifieke opdrachten tot meer algemene aanbevelingen ten aanzien van de samenwerking, het opstellen van een visie etc.

Indien u met name geïnteresseerd bent om snel te weten welke acties de gemeente van plan is te gaan doen in de komende periode op het gebied van LGB, dan kunt u het beste dit hoofdstuk doornemen.



In **hoofdstuk 5** wordt voor elke aanbeveling aangegeven wie de trekker en de partners voor deze opdracht zijn, wanneer de aanbeveling ter hand genomen zal meten worden, welke kosten er eventueel aan verbonden zijn en hoe de voortgangsbewaking zal plaatsvinden. Ook wordt in dit hoofdstuk een algemene conclusie inzake de financiën gegeven.

Bijlagenboek:

De bijlagen waarnaar verwezen wordt in deze nota, zijn opgenomen in een apart bijlagenboek.

Inleiding



In 2001 is de eerste nota Lokaal Gezondheidsbeleid van de gemeente Veldhoven verschenen. Deze nota heeft de contouren geschetst van het beleidskader waarbinnen gemeentelijk lokaal gezondheidsbeleid zich begeeft. Aan de hand van dat beleid is in Veldhoven de afgelopen jaren veel op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid gebeurd.

Echter in een aantal jaren verandert er natuurlijk ook het één en ander: inzichten wijzigen, wettelijke taken worden aangepast of aangescherpt, lokale prioriteiten wisselen, de aandacht van de bevolking voor bepaalde onderwerpen neemt af of juist toe. De activiteiten in het kader van Lokaal Gezondheidsbeleid hebben er tevens toe geleid dat een aantal onderwerpen nu op een goede en structurele wijze aandacht krijgen. De nota van 2001 had een looptijd van 4 jaar en in 2004 is besloten om deze nota nog een jaar langer te laten gelden. Inmiddels is het echter tijd om de balans weer eens op te maken en in een vervolgnota Lokaal Gezondheidsbeleid de beleidskaders en prioriteiten voor de komende vier jaar (met ingang van 2006) opnieuw op te maken.

De rol van de gemeenten bij gezondheidsbeleid en gezondheidsbevordering wordt steeds belangrijker. De redenen om lokaal gezondheidsbeleid op te stellen zijn – naast de wettelijke verplichting – talrijk.

De meeste mensen vinden gezondheid het allerbelangrijkste in het leven. We hebben een goede gezondheid nodig om een productief leven te kunnen leiden en om ons prettig te voelen. Een goede gezondheid is ook in het belang van de gemeenschap, omdat veel gezondheidsproblemen ook (negatieve) gevolgen hebben voor de gemeenschap. Denk bijvoorbeeld aan de gevolgen van verslavingsproblematiek.

Een andere reden om lokaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen is dat daarmee de gezondheidskansen van alle inwoners verbeterd kunnen worden. Door middel van lokaal gezondheidsbeleid kan gestimuleerd worden dat iedereen gelijke kansen op gezondheid heeft, ook risicodoelembepaalde groepen, zoals bijvoorbeeld mensen met een lage sociaal-economische status.

De openbare gezondheidszorg is de laatste jaren meegegroeid met de steeds complexer wordende samenleving. In de nota van 2001 is al aangegeven dat lokaal gezondheidsbeleid zich niet meer alleen bezig houdt met de bestrijding van infectieziekten en de zorg voor goede hygiëne. Deze thema's spelen nog steeds, maar veel meer is de nadruk komen te liggen op het bevorderen van gezondheid in plaats van het bestrijden van ziekte. Gezondheid wordt niet alleen bepaald door erfelijke aanleg, ziekteverspreiders, ongevallen of de medische wetenschap. Gezondheid heeft ook alles te maken met een gezonde leefstijl, milieu, beweging, sociale omgeving etc. De toegankelijkheid van gezondheidszorg en –voorzieningen en de toegankelijkheid tot informatie en kennis over gezondheid spelen ook een rol. De meeste gezondheidswinst op *lokaal* terrein lijkt te behalen in het bevorderen van een gezonde leefstijl en een gezonde sociale en fysieke omgeving. Preventie van gezondheidsproblemen is daarom misschien wel de belangrijkste opdracht van lokaal gezondheidsbeleid.

De verantwoordelijkheid voor de eigen en de gezamenlijke gezondheid van de gemeenschap is een gedeelde verantwoordelijkheid. In de eerste plaats is de burger natuurlijk voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid en de manier waarop hij of zij zich gezond gedraagt. Daarnaast zijn ook anderen medeverantwoordelijk, bijvoorbeeld voor de werkomstandigheden, de woonomstandigheden, de fysieke omgeving, het bieden van gelijke kansen en het informeren van mensen zodat ze op basis van de juiste informatie beslissingen kunnen nemen over hun leefstijl. Gezondheidsbeleid is dus een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Om invulling te geven aan deze gezamenlijke verantwoordelijkheid is in 1999 de adviesgroep Lokaal Gezondheidsbeleid opgericht. De adviesgroep is de afgelopen jaren



nadrukkelijk betrokken geweest bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. Ook bij het opstellen van deze nota heeft de adviesgroep een belangrijke rol gespeeld.

Totstandkoming van de nota:

Deze nota is tot stand gekomen in samenspraak met lokale en regionale partijen op het terrein van (gezondheids)zorg. Op verschillende manieren hebben zij meegedacht over het te ontwikkelen gezondheidsbeleid. De adviesgroep Lokaal Gezondheidsbeleid heeft hierin een initiërende rol gehad (zie bijlage 1 voor de samenstelling van de adviesgroep Lokaal Gezondheidsbeleid). Binnen de adviesgroep zijn afspraken gemaakt over de reikwijdte en inhoud van de nota en het inschakelen van lokale organisaties en instellingen met een raakvlak op het gebied van gezondheid. Voortvloeiend hieruit zijn vervolgens dialoogsessies georganiseerd met een breed scala aan lokale en regionale betrokkenen. Er zijn twee dialoogsessies geweest: een knelpuntendialoog en een uitwerkingsdialoog. De knelpuntendialoog had als doel om de knelpunten op het gebied van gezondheid in de gemeente Veldhoven te inventariseren. De naar voren gekomen knelpunten zijn door de adviesgroep LGB besproken en de adviesgroep heeft aangegeven welke knelpunten in het kader van Lokaal gezondheidsbeleid aandacht zouden moeten krijgen en welke in het kader van ander beleid (dat kon ook niet-gemeentelijk beleid zijn, maar bijvoorbeeld instellingsbeleid). Vervolgens is over de knelpunten die binnen LGB vallen, een uitwerkingsdialoog gehouden met als doel het bespreken van mogelijke manieren om de knelpunten aan te pakken of verder uit te werken naar een oplossingsrichting. In bijlage 7 zijn de verslagen van beide dialoogsessies opgenomen.

De resultaten van beide dialoogsessies zijn verwerkt in deze nota. Ook is op basis van gegevens uit de monitors en wijkatlas gekeken naar inhoudelijke aspecten die op grond van de cijfers nader aandacht verdienen. In deze nota zijn verder ook de wettelijke taken, landelijke beleid en reeds lopende activiteiten verwerkt, zodat een totaalbeeld ontstaat over de taken en prioriteiten, die in de komende periode aan bod moeten komen. Op basis daarvan is vervolgens in overleg met de adviesgroep Lokaal gezondheidsbeleid omschreven welke activiteiten de komende jaren aandacht dienen te krijgen. Daarbij is gekozen voor het bepalen van de kaders en prioriteiten. De specifieke uitwerking van bepaalde activiteiten gebeurt vervolgens jaarlijks aan de hand van uitwerkingsplannen. De conceptnota die op deze manier is ontstaan, is besproken met de adviesgroep LGB.

De GGD Zuidoost-Brabant heeft bij het opstellen van de nota een relevante bijdrage geleverd, zowel in de inhoud van de nota als in de organisatie en opzet van de totstandkoming ervan.

P.S.: in een nota komen bij de aanbevelingen vaak alleen de nog aanwezige knelpunten aan bod, waardoor het soms lijkt of er alleen maar knelpunten zijn. Uit de dialoogsessies kwamen ook vele positieve punten naar voren, die voor Veldhoven gelden. Onderaan elk hoofdstuk hebben wij één van die 'Veldhovense pluspunten' genoemd.

Veldhovens pluspunt: er is veel en er is goede samenwerking tussen de instellingen, inclusief gemeente



1 Visie en wettelijk kader



1.1 Visie op gezondheid

Het doel van gezondheidsbeleid is het bevorderen van gezondheid. Maar wat verstaan we dan onder gezondheid? Vroeger werd gezondheid vooral opgevat als de afwezigheid van ziekte of gebrek. Tegenwoordig hanteren we voor gezondheid een bredere visie, die voor overheden meerdere aanknopingspunten geeft om (lokaal) gezondheidsbeleid voor te ontwikkelen. Die bredere visie is door de World Health Organization (WHO) gedefinieerd als:

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

Gezondheid wordt in deze visie bepaald door vijf determinanten:

1. Biologische en erfelijke factoren (leeftijd, geslacht, aanleg);
2. Leefstijl en gedrag (voeding, beweging, genotmiddelen, roken, stress, etc).
3. Sociale omgeving (gezin, familie, vrienden en sociaal-economische status);
4. Fysieke omgeving (leef- en woonomgeving: wonen, werken, milieu, recreatie);
5. Zorgaanbod (aanwezigheid, toegankelijkheid, organisatie, bereikbaarheid en kwaliteit);

De factoren waarop de burger en de lokale overheid invloed kunnen uitoefenen zijn de fysieke omgeving, de sociale omgeving en de leefstijl. De burger richt zich daarbij natuurlijk het meest op zijn eigen individuele gezondheid. De overheid biedt openbare gezondheidszorg aan aan de burgers als collectiviteit en richt zich op de gezonde gemeenschap. De openbare gezondheidszorg vult daarmee de reguliere individuerichte zorg aan. De lokale overheid kan overigens ook een rol spelen in het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg, door bijvoorbeeld goede informatie over het aanbod te verstrekken.

1.2 Visie op gezondheidsbeleid

Met bovenstaande visie op gezondheid wordt het terrein van lokaal gezondheidsbeleid al enigszins afgebakend, maar het kan nog steeds een breed terrein omvatten. Om tot een verdere afbakening te komen, wordt gekeken naar de onderdelen waarop gezondheidsbeleid betrekking kan hebben. Dit zijn in grote lijnen: preventie en het bevorderen van gezondheid; bescherming; behandeling (cure) en verzorging (care).

De onderdelen behandeling en verzorging houden zich met name bezig met de behandeling van individuele gezondheidsproblemen (ziektes) en de verzorging van zieken. Deze onderdelen zijn vooral het terrein van zorginstellingen en eerstelijns hulpverleners. De gemeente heeft vrijwel geen mogelijkheden om direct invloed uit te oefenen op dit gebied. Het is ook niet de taak van de gemeente om op dit gebied beleid te voeren. Wel kan de gemeente in deze sectoren een rol spelen bij de afstemming van zorgaanbod op zorgbehoefte en het versterken van de samenhang tussen preventie, welzijn en zorg. Dit is een rol, die de gemeente op zich kan nemen, omdat de gemeente als regisseur op dient te treden op dit (en vele andere) terrein(en).

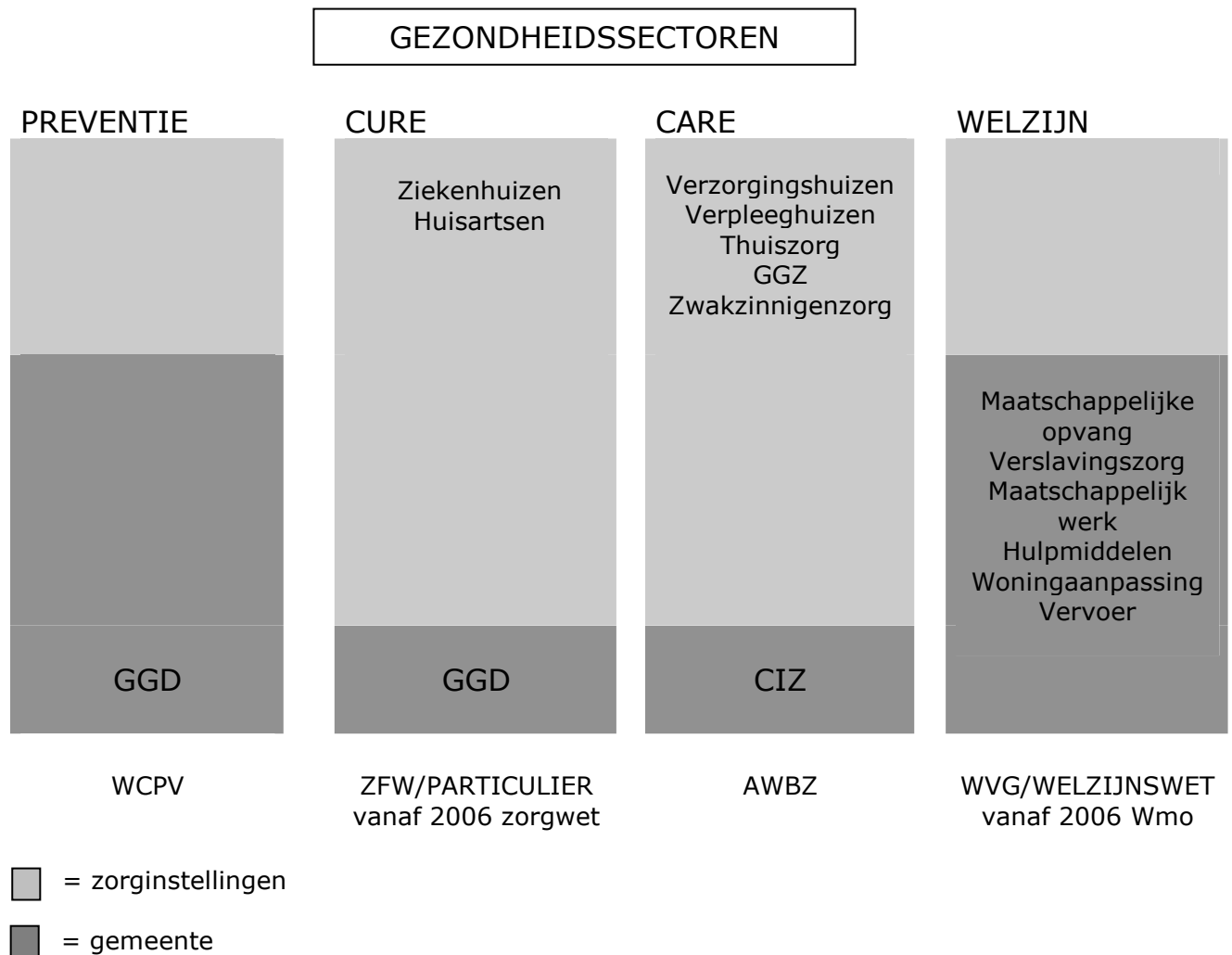
Bescherming en preventie zijn wel onderdelen waarop de gemeente inhoudelijk beleid kan en moet voeren. Bij bescherming gaat het om maatregelen die erop gericht zijn dat mensen zo min mogelijk in contact komen met stoffen, omstandigheden en situaties die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid.

Bij preventie gaat het om maatregelen en activiteiten die erop gericht zijn om de gezondheid te bevorderen en om gezondheidsproblemen te voorkomen.



Dit is het onderdeel waar het gemeentelijke gezondheidsbeleid het meeste effect kan hebben omdat hier de gemeente de meeste wettelijke en functionele mogelijkheden heeft om invloed uit te oefenen.

In onderstaande figuur is de mate van bestuurlijke verantwoordelijkheid van de gemeente op bovengenoemde terreinen en op het aanpalende terrein welzijn weergegeven, evenals de verschillende uitvoerende instellingen per onderdeel en de meest relevante wetgeving die op de desbetreffende sector van toepassing is.



Figuur 1 : bestuurlijke verantwoordelijkheden van gemeenten binnen de vier zorgsectoren : het gekleurde deel geeft globaal de inbreng van de gemeenten weer (uit : Zorg in de grote steden, RIVM/VTV, 2003)

Lokaal gezondheidsbeleid richt zich dus op de onderdelen 'preventie' en 'bescherming' en op de gezondheidsfactoren 'fysieke (leef- en woon) omgeving', 'sociale omgeving' en 'leefstijl en gedrag'. In figuur 2 is de reikwijdte van lokaal gezondheidsbeleid aan de hand van deze factoren schematisch weergegeven, met een aantal fictieve voorbeelden.

		Gezondheidsbeleid			
		Preventie	Bescherming	Behandeling	Verzorging
Gezondheidsfactoren	Biologische en erfelijke factoren	Preventief medisch onderzoek		Behandeling en verzorging van erfelijke ziekten	
	Leefstijl en gedrag	Voorlichting over alcohol- en drugsgebruik Het stimuleren van sport en bewegen		Afkickprogramma's voor drugsverslaafden	
	Sociale omgeving	Leefbaarheidsproject kleine kernen Maatschappelijk werk en opvang, reïntegratie en sociale activering		Zorg voor thuis- en daklozen	
	Leef- en woonomgeving	Aanleg riolering, milieuvoorschriften. Wijk inrichten of herstructureren volgens principes van woonzorgzones en rekening houden met verkeer- en vervoersbewegingen van/naar zorgvoorzieningen.			
	Zorgsysteem	Ontwikkeling en uitvoering van vaccinatieprogramma's Zorgdragen voor goede toegang tot de eerstelijnszorg		Het oplossen van de wachtlijstproblematiek. Tegemoet komen aan de toenemende zorgvraag door vergrijzing	

Figuur 2: Reikwijdte lokaal gezondheidsbeleid (uit: Nota Lokaal Gezondheidsbeleid De Kempen 2003-2007) Het omkaderde deel geeft het terrein van Lokaal Gezondheidsbeleid aan.

1.3 Facetbeleid/integraal gezondheidsbeleid

Veel van de activiteiten die raken aan gezondheidsbeleid, worden opgezet en uitgevoerd binnen andere afdelingen van de gemeente, zoals Sociale Zaken, Stedelijke Ontwikkeling, Milieu. Zij zijn ook verantwoordelijk voor het maken van beleid rond die aspecten. Denk bijvoorbeeld aan de inrichting van de openbare ruimte, het aanleggen van speelvoorzieningen, minimabeleid, beleid rond aanwezigheid gevaarlijke stoffen, beleid met betrekking tot het verstrekken van bouwvergunningen, etc.. Het is van belang ook op deze beleidsterreinen gezondheidsaspecten in ogenschouw te nemen, met als doel de gezondheid ook op deze manier te bevorderen of te beschermen. Deze manier van Lokaal Gezondheidsbeleid uitvoeren heet facetbeleid. Door op deze manier gezondheidsbeleid mede vorm te geven ontstaat een integrale gezondheidsbeleidaanpak, die de mogelijkheden van de gemeente om de gezondheid te bevorderen en te verbeteren optimaal benut. Zo kan bijvoorbeeld bij het inrichten van de openbare ruimte gekeken worden naar de gezondheidseffecten van bedrijven en verkeersinfrastructuur op de gezondheid(sbeleving) en kan bij het verlenen van bouwvergunningen aandacht besteed worden aan het belang van 'gezonde' bouwmaterialen en een goed binnenmilieu.

Kortom

De doelstelling van LGB is het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een goede gezondheid van de inwoners van Veldhoven, door waar mogelijk maatregelen te treffen ter bescherming tegen en preventie van gezondheidsproblemen/-bedreigingen. LGB richt zich met name op de factoren leefstijl, fysieke en sociale omgeving en kenmerkt zich door een integrale aanpak (facetbeleid).

1.4 Wettelijke kaders

Er zijn diverse wetten die legitimeren dat gemeenten zich bezighouden met lokaal gezondheidsbeleid. De drie belangrijkste zijn de gemeentewet, de welzijnswet en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Deze drie worden hier kort toegelicht. In bijlage 2 staat een overzicht van andere wetten die ook van invloed zijn op facetten van het lokaal gezondheidsbeleid.

1.4.1 Gemeentewet

In de oude gemeentewet werd gezondheid expliciet genoemd als een van de taken van de gemeenteraad. In de nieuwe gemeentewet is alleen sprake van 'de huishouding' van de gemeente: het is aan de gemeenten overgelaten om daar invulling aan te geven. De toenmalige minister van Volksgezondheid wijst er in haar brief van 20 mei 1997 aan de Tweede Kamer op dat de Nederlandse Grondwet in artikel 22 een verantwoordelijkheid geeft aan de overheid voor de gezondheid van de burgers. Gemeenten hebben van oudsher gedeeld in die zorg voor de gezondheid, zowel op eigen initiatief (autonome taak) als op grond van een aantal specifieke wetten, die taken in medebewind aan gemeenten opdragen. Gemeenten hebben, aldus deze brief, verantwoordelijkheden op het brede volksgezondheidssterrein:

- de preventie (WCPV taken, zie bij WCPV)
- de 'cure' (gemeentelijke beleidstaken, afgestemd met de curatieve sector en de GGZ)
- de 'care' (zorg voor jeugd, gehandicapten en ouderen)
- het verslavingsbeleid, de maatschappelijke opvang en het maatschappelijk werk.

Voor lokaal gezondheidsbeleid richten die taken zich dus vooral op de preventie. Voor de andere taken begeeft de gemeentelijke taak zich vooral op het gebied van afstemming en bevorderen van samenwerking tussen betrokken partijen.

Bovendien hebben gemeenten taken op terreinen die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloeden, zoals welzijnsbeleid, volkshuisvesting, ruimtelijke ordening, verkeer, milieu, onderwijs en openbare orde en veiligheid.

1.4.2 Welzijnswet

In de Welzijnswet wordt bepaald dat de gemeente verantwoordelijk is voor het welzijn van haar burgers. Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor welzijn. Beleidsterreinen die onder deze wet vallen zijn: welzijn jeugd en ouderen, kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, sociale pensions, sociaal cultureel werk, emancipatie, sport, welzijn gehandicapten, integratie vluchtelingen, ambulante verslavingszorg, vrouwenopvang en maatschappelijke opvang.

De middelen die gepaard gaan met de verantwoordelijkheid voor ambulante verslavingszorg en maatschappelijke en vrouwenopvang worden beschikbaar gesteld aan een centrumgemeente, in ons geval gemeente Eindhoven, die daarmee ook het grootste deel van de uitvoering van deze onderdelen van de wettelijke taak op zich neemt.

1.4.3 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)

Met de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in 1989 is de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor dit terrein expliciet aan gemeenten opgedragen. De WCPV vormt hiermee het belangrijkste formele kader voor lokaal gezondheidsbeleid. De WCPV legt de gemeentebesturen drie taken op:

1. Het bevorderen van het totstandkomen van de collectieve preventie, van de continuïteit ervan en van de relatie met het curatieve systeem (onder andere geslachtsziekten en tbc-bestrijding)
2. Het uitvoeren van de taken infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg
3. Het uitvoeren van een aantal door het rijk aan één of meerdere gemeenten op te dragen activiteiten.

De WCPV legt vast dat de gemeente de totstandkoming en de continuïteit van collectieve

preventie moet bevorderen, evenals de samenhang binnen de collectieve preventie. Ook moet de gemeente de onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg bevorderen. Dit brede doel wordt in diverse taken toegelicht.

Uit de WCPV vloeien de volgende taken voort:

- *Epidemiologie*: het elke vier jaren verzamelen en analyseren van gegevens omtrent de gezondheidssituatie van de bevolking;
- *Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg*: deze kan de gemeente onder andere invullen door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties te betrekken bij het gemeentelijk gezondheidsbeleid;
- *Gezondheidsbevordering*: op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking preventieprogramma's uitvoeren;
- *Bevolkingsonderzoeken*: het (laten) oproepen van de groepen vrouwen die in aanmerking komen voor deelname aan de onderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker;
- *Medische milieukunde*: onderzoek, advisering en signalering op het terrein van milieu en gezondheid;
- *Technische hygiënezorg*: hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij grote evenementen en instellingen ressorterend onder de Wet op de jeugdhulpverlening.
- *Openbare geestelijke gezondheidszorg*: directe hulpverlening (waaronder crisisinterventie, maatschappelijke opvang), preventie en zorg voor mensen met een verhoogd risico, verslavingszorg, algemeen maatschappelijk werk maar ook projecten als preventie huiselijk geweld.
- *Infectieziektebestrijding*: omvat onder andere onderzoek, bron- en contactopsporing en preventie;
- *Zorg voor nul- tot negentienjarigen (jeugdgezondheidszorg)*: onder andere monitoring en signalering, gezondheidsvoorlichting (GVO), vaccinatie, screening, onderkenning van gezondheidsbedreigende factoren in sociale en fysieke omgeving en advisering hierover.

Veel van de taken neergelegd in de WCPV worden reeds structureel uitgevoerd, hetzij door de GGD, hetzij door andere instellingen, zoals ZuidZorg (0-4 jarigenzorg), Novadic-Kentron (verslavingszorg), Maatschappelijk Werk, Neos en Leger des Heils (maatschappelijke en vrouwenopvang), GGzE (crisisinterventie). In bijlage 3 is voor elk van bovengenoemde taken aangegeven welke reguliere activiteiten reeds door de GGD uitgevoerd worden. Taken die (nog) niet of onvoldoende in de reguliere uitvoering terugkomen, komen verder in deze nota nog aan bod.

1.4.4 Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Een wet die zeker invloed gaat krijgen op de wijze waarop de gemeente haar beleid inzake zorg, welzijn, gezondheid etc. uit gaat voeren is de in voorbereiding zijnde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In het voorjaar van 2004 heeft het kabinet de contouren van deze nieuwe wet gepresenteerd en in 2005 is het wetsvoorstel gepresenteerd. In deze wet worden delen van de AWBZ samengevoegd met de Wvg, de Welzijnswet en op termijn mogelijk ook de WCPV. Daarmee kunnen volgens de rijksoverheid de problemen in de samenhang tussen care, welzijn en mogelijk ook preventie worden aangepakt. De aannahme is dat als iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt, de kans groot is dat er minder (snel en vaak) een beroep gedaan wordt op individuele en specifieke (gezondheidszorg)voorzieningen.

Doel van deze wet is het herstellen van de zelfredzaamheid, mensen toerusten om maatschappelijk te participeren en daarvoor op lokaal niveau de voorwaarden te scheppen. Hierin staat een verschuiving van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de burger, de civil society (de formele en informele maatschappelijke verbanden waar burgers deel van uitmaken) en de overheid centraal. Meer dan voorheen wordt de burger en de civil society rondom deze burger verantwoordelijk voor de eigen zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Alleen voor de zorgbehoeftigen (in de ruime zin van het

woord, waaronder ouderen en gehandicapten) die niet de eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen, is een vangnetfunctie bij de gemeente neergelegd. Zij staat immers dicht bij de burger.

In de voorbereiding van en met de totstandkoming van de nieuwe wet krijgt de gemeente twee hoofdtaken:

1. Het voeren van een algemeen beleid, gericht op bevordering van zelfredzaamheid van de burgers, hun maatschappelijke participatie en de leefbaarheid van hun woonomgeving. Onderdeel van dit algemene beleid is het versterken van de civil society door een beleid te voeren dat gericht is op het totstandkomen van relaties en sociale verbanden tussen burgers, die gericht zijn op onderlinge steun en hulpbetoon. Dit beleid is tevens gericht op het realiseren van algemene voorzieningen waartoe burgers zich kunnen wenden als zij problemen ervaren.
2. Daarnaast krijgt de gemeente de taak aan mensen die daarop zijn aangewezen individueel toe te kennen voorzieningen van maatschappelijke ondersteuning te verlenen. Dit zijn op het individu en diens persoonlijke omstandigheden afgestemde voorzieningen, gericht op de bevordering van zijn of haar zelfredzaamheid. Het kan daarbij gaan om voorzieningen die door de civil society niet geleverd kunnen worden en om belemmeringen die ook door een beleid gericht op algemene toegankelijkheid van de omgeving niet (geheel) weggenomen kunnen worden.

Het ministerie van VWS heeft deze hoofdtaken nu reeds nader uitgewerkt in zogenaamde prestatievelden, waarvoor de gemeente met de invoering van de Wmo verantwoordelijk wordt geacht, te weten:

- Algemene voorzieningen, zoals sociale activering en hulp bij geldproblemen;
- Voorlichtingsloketten en advies over maatschappelijke ondersteuning;
- Ondersteuning mantelzorg en vrijwilligers;
- Leefbaarheid en samenhang in buurt en wijk;
- Accommodaties voor maatschappelijke ondersteuning;
- Preventieve voorzieningen voor problemen met jongeren en opvoedingsproblemen;
- Voorzieningen voor ouderen, gehandicapten, chronische psychiatrische patiënten en mensen met een psychisch of psychosociaal probleem;
- Voorzieningen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en melding van huiselijk geweld.

Elke gemeente mag straks zelf invulling geven aan deze prestatievelden, in nauw overleg met organisaties en de gemeenteraad. Daardoor komen er onvermijdelijk verschillen tussen gemeenten. Elke gemeente biedt immers maatwerk, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van haar burgers.

De gevolgen van de invoering van de Wmo kunnen ingrijpend zijn voor het gemeentelijk beleid, ook het gezondheidsbeleid. Vanwege de impact van de Wmo op vele verschillende beleidsterreinen zal er een apart traject gevolgd worden inzake deze nieuwe wet en de taken die daardoor op de gemeente afkomen. De kaders, die in dat traject worden vastgelegd, zullen ook leidend zijn voor het lokale gezondheidsbeleid. Voor zover uitgangspunten en verantwoordelijkheden nu al duidelijk of vastgelegd zijn, zullen ze in dit beleid worden meegenomen. Verder zal er sprake zijn van afstemming en voortdurende terugkoppeling van de ontwikkelingen op het terrein van de Wmo en lokaal gezondheidsbeleid. De Veldhovense adviesgroep Lokaal Gezondheidsbeleid en de Klankbordgroep Welzijn, Wonen en Zorg hebben in dit kader ook een belangrijke afstemmende functie.

N.B. Ten tijde van het opstellen van deze nota bestaat er nog veel onduidelijkheid over de inhoud en de invoering van de Wmo. Bovenstaande informatie geeft het standpunt van het Kabinet weer, zoals zij haar plannen heeft voorgelegd aan de Eerste en Tweede Kamer. De Eerste en Tweede Kamer hebben (ten tijde van het opstellen van deze nota) nog geen standpunt over deze kabinetsplannen ingenomen, de Tweede Kamer heeft naar aanleiding

van de plannen wel vele vragen ingediend. Er kan inhoudelijk aan de Wmo derhalve nog heel veel veranderen. Ook de voorgestelde invoeringsdatum van 1 juli 2006 zou goed nog uitgesteld kunnen worden.

Veldhovens pluspunt:
De komst van het Loket van A tot Z en de actieve houding van de gemeente hierin



2 Beleidskaders en voorwaarden in relatie tot lokaal gezondheidsbeleid



Niet alleen de visie op gezondheid en gezondheidsbeleid en het wettelijk kader bepaalt de inhoud van Lokaal Gezondheidsbeleid. Bij het opzetten en uitvoeren ervan dient ook rekening gehouden te worden met beleidskaders, die landelijk zijn vastgesteld, of die lokaal zijn opgesteld voor aanverwante onderwerpen. Daarnaast wordt de uitvoering van LGB niet alleen door de inhoud bepaald, maar ook door de keuzes inzake de wijze waarop dit beleid tot stand wordt gebracht. Deze keuzes vloeien onder meer voort uit de visie en de beleidskaders en zijn onder de paragraaf 'voorwaarden' nader toegelicht.

2.1 Landelijke beleidskaders en ontwikkelingen

Naast de wettelijke kaders wordt lokaal gezondheidsbeleid ook beïnvloed door andere beleidskaders, die op landelijk, provinciaal of lokaal niveau zijn vastgesteld. Op landelijke niveau betreffen dat de volgende beleidskaders:

2.1.1 Volksgezondheids Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2002 van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, genaamd *Gezondheid op koers?*, geeft op landelijk niveau inzicht in de stand van zaken van de gezondheid van de bevolking, de bedreigingen en de potentiële gezondheidswinst. Het geeft daardoor een duidelijk inhoudelijk kader waarbinnen het lokaal gezondheidsbeleid zich af zou kunnen spelen.

De belangrijkste bevindingen van de VTV zijn:

- In Nederland leven we steeds langer en langer in goede gezondheid, maar raken we in Europa achterop. Zo neemt bij mannen de levensverwachting minder snel toe dan in de meeste EU-landen. Bij vrouwen stagneert de toename in levensverwachting zelfs zodanig dat we onder het EU-gemiddelde zijn uitgekomen.
- Gezondheid is ongelijk verdeeld in Nederland. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen arm en rijk, en van buurt tot buurt.
- Bij volwassenen is ongezond gedrag de belangrijkste bekende oorzaak van de stagnerende levensverwachting. Vooral onder jongeren zijn de trends in ongezond gedrag ongunstig. Ze zijn te beschouwen als lange termijn investeringen in ongezondheid.
- Er is nog aanzienlijke gezondheidswinst te boeken met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag. Een moderne aanpak gaat uit van een stimulerende omgeving en een geïntegreerde benadering binnen bestaande settings. Dat kan door gezond gedrag een duidelijke plaats te geven binnen het gehele sociaal-culturele leven, op school, bij sport en recreatie, op het werk, in de wijk en in het verkeer.
- In de toekomst zal door de groei en het ouder worden van de bevolking het aantal ziektegevallen aanzienlijk toenemen.
- In de toekomst gaat het niet alleen om meer zorg, maar ook om goede zorg. Kwalitatief goede zorg wil zeggen: zorg die effectief is, veilig en toegankelijk voor iedereen.
- De kosten per gewonnen gezond levensjaar van interventies kunnen in de verschillende domeinen van preventie en gezondheidszorg flink uiteenlopen. Sommige interventies zijn kostenbesparend, andere kosten meer dan 100.000 euro per gewonnen gezond levensjaar. Preventieve interventies kunnen een flinke gezondheidswinst opleveren, dikwijls tegen lagere kosten. Voorkómen is dus niet alleen beter dan genezen, maar vaak ook doelmatiger en goedkoper. Investeren in preventie loont, vooral op de langere termijn.

De feitelijke uitvoering van de collectieve preventie vindt voor een groot deel plaats op lokaal niveau. De gemeente en de GGD zijn belangrijke lokale spelers, samen met lokale vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers. Door krachten te bundelen zou gezamenlijk kunnen worden gewerkt aan de formulering en uitwerking van een lokaal preventiebeleid, met gemeenschappelijke lokale prioriteiten en beleidsdoelen.



2.1.2 Beleidsagenda 2004 VWS: 'Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg'

De beleidsagenda van VWS presenteert op diverse terreinen een aantal belangrijke keuzes voor de komende jaren. 'Houdbaarheid' en 'presteren' zijn centrale kenmerken. Er komt meer nadruk te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van burgers, instellingen en verzekeraars. Binnen de beleidsagenda van VWS zijn ook enkele onderwerpen opgenomen die in het kader van lokaal gezondheidsbeleid van belang zijn:

- Gezondheidsbevordering en publieke gezondheid: de groei in de gezonde ontwikkeling van de Nederlandse bevolking stagneert. Verschillen in gezondheid tussen doelgroepen zijn hardnekkig. De kaders waarbinnen gezondheidsbevordering aandacht krijgt, zijn nader uitgewerkt in de nota 'Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag' (zie hieronder). De publieke gezondheid is in een ander daglicht komen te staan door de dreiging van bioterrorisme en de uitbraak van nieuwe onverwachte infectieziekten. VWS zet vooral in op de verbetering van de huidige structuur, met name door taken en verantwoordelijkheden duidelijker wettelijk te verankeren;
- Sport: het ministerie wil bevorderen dat meer mensen meer aan sport doen. Beweging heeft een positieve invloed op gezondheid en de huidige burger beweegt te weinig. Het ministerie probeert door verschillende stimuleringsprojecten sport en beweging onder de bevolking te stimuleren;
- Leefbaarheid en welzijn: een aantal aandachtspunten staan centraal, zoals langer zelfstandig blijven wonen; leefbaarheid in de woonomgeving; preventie van (jeugd)criminaliteit en verminderen van het gevoel van onveiligheid; werven en behouden van vrijwilligers in welzijn en maatschappelijke zorg
- Impuls jeugd, maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Met name door meer geld te investeren in deze beleidsterreinen hoopt VWS verbeteringen op deze terreinen te boeken, zoals verbeterde inzet van opvoedingsondersteuning en gezinscoaches, meer en betere plaatsen in de opvang, tegengaan van huiselijk geweld.

2.1.3 Beleidskader VWS; Nota 'Langer Gezond Leven (2004-2007); ook een kwestie van gezond gedrag'

Dit beleidskader geeft richting aan de prioriteiten die landelijk en lokaal aandacht zouden moeten krijgen in het kader van preventie. Het kader is – zoals de ondertitel al weergeeft – vooral gericht op het bevorderen van gezond gedrag.

De missie van dit beleidskader is: Preventie is een zaak van lange adem.

Onze gezondheid wordt steeds weer bedreigd; vooral door ons eigen ongezond gedrag en soms ook door externe factoren. Die ontwikkeling moet gekeerd worden. Door ongezond gedrag raakt Nederland internationaal gezien achterop. Met een goede kwaliteit van de zorg en met preventie is in Nederland nog veel gezondheidswinst te behalen.

Trends met betrekking tot ongezond gedrag:

- Eén op de drie mensen rookt
- Negen van de tien mensen eet teveel verzadigd vet
- Driekwart van de mensen eet te weinig groente en fruit
- Meer dan de helft van de mensen beweegt te weinig
- De helft van de mannen en een derde van de vrouwen is te zwaar
- Het aantal seksueel-overdraagbare aandoeningen stijgt, evenals het aantal abortussen onder tieners

Het behalen van gezondheidswinst wordt geconcretiseerd door:

- een toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting
- en het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden.

Want er zijn nog grote verschillen in gezondheid. In onderstaande kaders is een aantal landelijke gegevens en trends opgenomen, die inzicht geven in de gezondheidstoestand en de te behalen gezondheidswinst.

Ontwikkelingen met betrekking tot sociaal-economische gezondheidsverschillen:

- In de steden zijn er grote verschillen tussen goede wijken en achterstandswijken
- Mannen met een lagere schoolopleiding leven 5 jaar korter dan mannen met een HBO/universiteit. Voor vrouwen is dit verschil 2.5 jaar.
- Laagopgeleiden leven minder lang gezond. Lager opgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 10 en 8.5 jaar korter zonder beperkingen die hun gezondheid belemmeren.

Bijdrage aan de ziektelast van diverse vormen van ongezond gedrag:

Roken	15%
Overmatig alcohol	7%
Te weinig bewegen	5%
Te veel verzadigd vet	5%
Te weinig groente en fruit	4%
Ernstig overgewicht	6%
Te hoge bloeddruk	6%
Te hoog cholesterol	3%
Woon- en leefomgeving	2-5%

De winst van gezond gedrag; voorkomen is beter dan genezen

In de praktijk blijken interventies gericht op een verandering van leefstijl beter te werken als er gelijktijdig aandacht wordt besteed aan de leefomgeving. Om mensen te bereiken, moet er worden gewerkt vanuit de directe leefomgeving, de 'settings'; thuis, op school, bij recreatie, op het werk, in de zorg en in de wijk. Het gaat er hierbij om te bewerkstelligen dat er een andere houding wordt aangenomen ten aanzien van leefstijl-aspecten, waarbij *gezondheidsnormen* meer aandacht verdienen.

Het kabinet heeft drie speerpunten gekozen uit de grootste risicofactoren, namelijk roken; overgewicht en diabetes. Daarnaast geeft ze ook veel aandacht aan psychische klachten en alcoholverslaving.

Hierbij zal bijzonder aandacht zijn voor 3 doelgroepen: jeugd, mensen met een lage sociaal-economische status en ouderen.

Per speerpunt heeft het ministerie een aantal ambities geformuleerd en vertaald in een aanpak. In bijlage 4 zijn deze weergegeven.

Om deze ambities waar te maken wordt medewerking gevraagd van de volgende partijen;

- Gemeenten; omdat zij op lokaal niveau een rol hebben in het afstemmen van preventie, curatieve gezondheidszorg en verpleging en verzorging; lokaal gezondheidsbeleid

- Scholen; aandacht voor zaken als lichaamsverzorging, de risico's van verslavende gedragingen als roken en alcoholgebruik en het verantwoord omgaan met situaties in en om de school die mogelijk gevaar opleveren; streven naar de norm van 'gezonde school'.
- Werk; gezondheid is een primaire grondstof voor arbeidsbeschikbaarheid en – productiviteit.
- Zorg; aandacht voor preventie hoort tot het bieden van verantwoorde zorg. De individuele gezondheidszorg heeft een belangrijke taak als het gaat om preventie. Hier ligt een taak voor zorgverzekeraars.

Niveau van gezondheidsbescherming vast houden

Naast de actieplannen voor de vijf speerpunten, worden tegelijkertijd andere onderdelen van het preventiebeleid voortgezet om het hoge niveau van gezondheidsbescherming vast te houden. Hierbij valt te denken aan de bestrijding van infectieziekten; de jeugdgezondheidszorg; aandacht voor goede voeding, aandacht voor gezondheid en milieu.

2.1.4 Diverse andere landelijke initiatieven op het specifieke terrein 'gezondheid'

Er bestaan diverse initiatieven en actieprogramma's van verschillende departementen, die kaders scheppen voor lokaal gezondheidsbeleid of impulsen trachten te geven aan specifieke aspecten binnen het gezondheidsbeleid. Een actueel voorbeeld is het actieprogramma Gezondheid en Milieu van VROM en VWS. Dit is een uitwerking van de beleidsvernieuwing milieu en gezondheid. Het actieprogramma geeft langs vier sporen een impuls aan het beleid op het gebied van milieu en gezondheid, waarbij vooral de terreinen waarop nog het meest gezondheidswinst valt te behalen aandacht krijgen:

1. Binnenmilieu in gebouwen
2. Lokale leefomgeving
3. Risicocommunicatie (communicatie richting burgers inzake de verschillende milieu-aspecten)
4. Algemene verbeteringen gericht op de signalering en beoordeling van risico's en de verankering en samenhang van beleid

De meeste initiatieven zijn gebaseerd op de beleidskaders die hierboven ook reeds zijn genoemd en betreffen vaak een landelijke uitwerking van de daarin opgenomen voornemens.

2.1.5 Vermaatschappelijking van de zorg

Naast wettelijke en landelijke beleidskaders wordt LGB ook beïnvloed door andere beleidsontwikkelingen op zorggebied. Een belangrijke ontwikkeling is die van de vermaatschappelijking van de zorg: zorg, die voorheen binnen de muren van grote instellingen/instituten is verleend, wordt in toenemende mate in de eigen woon- en leefomgeving aangeboden. Het gaat daarbij met name om zorgbehoevende ouderen, mensen met een verstandelijke of lichamelijke handicap en (ex-) psychiatrische patienten. Zo 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 wordt beperkt tot zorgvragers met een zware of specifieke zorgbehoefte. Voor de overige zorgvragers wordt er meer deeltijdzorg ontwikkeld, waaronder dagbesteding, begeleid wonen en ambulante zorg. Bij ambulante zorg wordt de zorg aangeboden bij de mensen thuis en niet in een intramurale setting. Ook komt er meer zorg in kleinschalige woonvoorzieningen buiten de zorginstellingen (extramurale zorg). Het proces van vermaatschappelijking heeft grote gevolgen voor gemeenten en woningcorporaties (denk aan: de bouw van aangepaste woningen en de daarbij behorende infrastructuur), welzijnsorganisaties en de lokale samenleving.

Eén van de mogelijkheden die momenteel veel aandacht krijgt is de woonservicezone. Het is een andere methode om dezelfde beschutting en dezelfde kwaliteit van zorg- en dienstverlening te organiseren die op traditionele wijze nog geboden wordt in aanleunwoningen bij het verzorgingshuis. De zorg- en dienstverlening wordt echter in de eigen woonomgeving geboden.

Deze ontwikkeling krijgt in Veldhoven al enkele jaren aandacht vanuit het beleid rond Welzijn, Wonen en Zorg. Hierover zijn reeds aparte notities verschenen en er zullen nog visiedocumenten en uitwerkingsprogramma's voor komen. In deze nota wordt weliswaar rekening gehouden met de ontwikkelingen op dit terrein, maar er wordt verder geen specifieke aandacht meer aan geschonken.

2.2 Aanpalende beleidsterreinen

Zoals in hoofdstuk 1 al is uiteengezet, kan gezondheid een scala aan beleidsterreinen beslaan, maar is er ten aanzien van Lokaal Gezondheidsbeleid een keuze gemaakt uit factoren en beleidsterreinen waarmee LGB zich bezighoudt. Dit impliceert wel dat er andere beleidsterreinen op het gebied van gezondheid en zorg zijn, die een nauwe relatie met LGB (moeten) hebben. Een aantal terreinen wordt hier nader toegelicht.

2.2.1 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. In de WCPV is deze taak nu ook specifiek vastgelegd voor gemeenten. 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 ouderen, thuiswonende dementerenden en probleemjongeren. Ook huiselijk geweld (een actueel item) kan als thema binnen de OGGZ behandeld worden. Op deze manier heeft OGGZ ook een raakvlak met het integraal veiligheidsbeleid (zie par. 2.3.6).

De OGGZ-problematiek – die als beleidsterrein redelijk nieuw is voor gemeenten – vraagt om een geheel eigen aanpak, voor een deel met partners, die nog niet eerder binnen het gemeentelijk beleid in zicht zijn geweest. Voor het opzetten van beleid in dit kader wordt een aparte nota geschreven, naar verwachting in 2006. Tussen LGB en OGGZ blijven veel raakvlakken bestaan en er zal sprake zijn van veel interactie tussen deze terreinen.

2.2.2 Verslavingszorgbeleid

Alhoewel de gemeente Veldhoven (mede in het kader van lokaal gezondheidsbeleid) wel enige activiteiten ontplooit en ontplooid heeft op het gebied van verslavingen, kent de gemeente geen specifiek verslavingszorgbeleid. De gemeente Eindhoven ontvangt als centrumgemeenten de rijksmiddelen voor verslavingszorg en subsidieert in dat kader onder andere Novadic-Kentron om activiteiten voor de regio uit te voeren. De problematiek rond verslaafden en de preventie van verslavingen vraagt echter wel om een pro-actief beleid, dat is opgezet in samenwerking met de omringende gemeenten. Vooral bij de aanpak van soft- en harddruggebruik en bij de aanpak van overmatig alcoholgebruik is een regionale samenwerking van belang, omdat deze problemen zich niets van gemeentegrenzen aantrekken. Sterker nog, aanpak van problematiek in de ene stad kan tot verergering van de problematiek in de andere plaats leiden. Voor verslavingsbeleid zal een aparte notitie worden geschreven, die rekening houdt met de regionale aanpak. Verslavingsbeleid kent verschillende aspecten, zoals de zorg voor verslaafden, de aanpak van overlast als gevolg van verslaafden, veiligheid, aanpak van dealers en beschikbaarheid van softdrugs en preventieve activiteiten gericht op het voorkomen van verslaving of van de negatieve gevolgen van middelengebruik. Middelengebruik is een belangrijk aspect van 'leefstijl', een van de belangrijke determinanten van lokaal gezondheidsbeleid. In dat kader zal deze nota wel ingaan op de stand van zaken ten aanzien van dit leefstijlaspect en de mogelijkheden om hier

preventieve activiteiten op uit te voeren. Op de overige beleidsaspecten zal deze nota niet specifiek ingaan, daarvoor zal de nota 'Verslavingszorgbeleid' worden afgewacht. Het zal overigens duidelijk zijn dat er een groot verband is tussen het OGGZ-beleid en het verslavingszorgbeleid.

2.2.3 Lokaal jeugdbeleid

Het lokale jeugdbeleid is opgezet als integraal jeugdbeleid. Dat betekent dat ook aspecten die de gezondheidssituatie en -beleving van jongeren beïnvloeden in dit jeugdbeleid aandacht krijgen. Hiermee wordt een deel van de taken uit de WCPV binnen het jeugdbeleid al vormgegeven, zoals de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jarigen. Ook krijgen binnen het jeugdbeleid leefstijlaspecten als alcohol- en ander middelengebruik en beweging en voeding al aandacht. Daarnaast ligt binnen jeugdbeleid momenteel de nadruk zeer op het afstemmen en laten samenwerken van de verschillende hulp- en dienstverlenende instellingen om zo een sluitende keten voor jeugd met (dreigende) problematiek te realiseren. Het integraal jeugdbeleid van Veldhoven (zoals vastgelegd in de nota jeugdbeleid 2001) is overigens ook toe aan een herijking. Deze nota Lokaal Gezondheidsbeleid zal zich ten aanzien van jeugd vooral richten op de leefstijlaspecten, die een invloed kunnen hebben op de gezondheid van deze doelgroep. De toegankelijkheid, bereikbaarheid, kwaliteit van zorgvoorzieningen en de maatregelen ten aanzien van fysiek en sociale omgeving zullen vooral in de herijking van het integrale jeugdbeleid aan de orde komen. Deze herijking staat gepland voor 2006. Ook het integraal jeugdbeleid zal rekening moeten houden met de gevolgen van de Wmo.

2.2.4 Ouderenbeleid

Eind 2004 is de nota Ouderenbeleid 'Samen in goeden doen' vastgesteld door de gemeenteraad. In deze nota wordt ook ingegaan op een aantal gezondheidsaspecten in het kader van ouderenbeleid. Deze nota Lokaal gezondheidsbeleid zal daar niet specifiek op ingaan. Ook voor deze doelgroep geldt dat lokaal gezondheidsbeleid zich vooral zal richten op de leefstijlaspecten die ook bij deze doelgroep effecten kunnen hebben op de gezondheid.

2.2.5 Gehandicaptenbeleid

Mensen met een functiebeperking hebben soms meer ondersteuning nodig van de maatschappij om dezelfde levensomstandigheden te bereiken als andere burgers. Lokale overheden zijn vaak verantwoordelijk voor veel zaken die invloed hebben op het dagelijks leven van deze doelgroep. Gemeenten dienen dus een beleid te maken dat gericht is op het creëren van die extra ondersteuning. Het betreft hier niet alleen gezondheidsfactoren, maar ook factoren op terreinen als toegankelijkheid, verkeersdeelname, wonen, recreatie en vrijetijdsbesteding, scholing.

In 1993 nam de Algemene Vereniging van de Verenigde Naties unaniem de 22 Standaardregels voor Gelijke Kansen voor mensen met een handicap aan. De Nederlandse gehandicaptenbeweging hebben op basis van deze 22 regels een methode ontwikkeld waarmee gemeenten beleid kunnen maken, de 'Agenda 22'. Deze regels hebben slechts een enkele maal zijdelings temaken met de relatie met gezondheidsbeleid. De gemeente Veldhoven ontplooit verschillende activiteiten rondom gehandicaptenbeleid, zoals WVG-beleid, beleid rondom toegankelijkheid van gebouwen, participatie van de doelgroep (o.a. tezamen met het Platform gehandicaptenbeleid Veldhoven) en ook binnen algemenere welzijns- en zorgactiviteiten zoals de ontwikkeling van woonservicezones wordt rekening gehouden met de doelgroep gehandicapten (in brede zin).

2.2.6 Integraal Veiligheidsbeleid

In 2004 is de nota Integraal Veiligheidsbeleid vastgesteld. Enkele prioriteiten daaruit hebben een relatie met gezondheidsbeleid, zoals het bevorderen van leefbaarheid in de wijk, verhogen veiligheidsgevoel; bestrijding huiselijk geweld; aandacht voor riskant gebruik genotmiddelen bij jeugd; vermindering probleemgedrag bij jeugd; verhogen verkeersveiligheid. Uit deze onderwerpen blijkt overigens ook dat integraal

veiligheidsbeleid raakvlakken heeft met jeugdbeleid, verslavingszorgbeleid en OGGZ-beleid.

2.2.7 Milieubeleid

Ongeveer 2 tot 5 % van het gezondheidsverlies in Nederland is toe te schrijven aan milieufactoren. De belangrijkste oorzaken zijn: luchtverontreiniging, verontreiniging van het binnenmilieu en geluidshinder. Binnen het gemeentelijk milieubeleid bestaan derhalve kansen om middels milieumaatregelen de gezondheid positief te beïnvloeden of in ieder geval negatieve invloeden weg te nemen. De verontreiniging van het binnenmilieu (de luchtkwaliteit in woningen en gebouwen) heeft bovendien veel te maken met leefstijl en gedrag van mensen en is daarmee bij uitstek onder te brengen bij LGB-maatregelen ten behoeve van het bevorderen van een gezonde leefstijl. In de WCPV wordt de gemeente ook expliciet gevraagd aandacht te besteden aan milieu en gezondheid.

2.2.8 Wijkbeheer

Vanuit wijkbeheer wordt aandacht besteed aan problemen, knelpunten en kansen die zich op wijkniveau voordoen. Deze kunnen van allerlei aard zijn en ook raakvlakken hebben met gezondheidsbeleid. Denk bijvoorbeeld aan aspecten die te maken hebben met leefbaarheid, sociale veiligheid, de positieve invloed van een prettige woonomgeving op de gezondheidsbeleving van individuen. Zo kunnen aanbevelingen die vanuit de wijkbeheer-aanpak naar voren komen, mede met behulp van LGB verder opgepakt worden. Andersom kan LGB gebruik maken van de procesmatige werkwijze die vanuit wijkbeheer plaatsvindt om op wijkniveau aan een goede gezondheid te werken. De (cijfermatige en kwalitatieve) gegevens die door wijkbeheer wijksgewijs worden verzameld, vormen mede voor gezondheidsbeleid belangrijke input voor de analyse van de gezondheidstoestand (zie ook hoofdstuk 3). Ook bij de uitvoering van aanbevelingen of activiteiten vanuit gezondheidsbeleid die met name gericht zijn op wijkgerelateerde aspecten ligt een integrale aanpak tussen LGB en wijkbeheer voor de hand.

2.2.9 Bestaand gezondheidsbeleid

Er zijn de afgelopen jaren natuurlijk al veel activiteiten ontplooid op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid. De kaders vastgelegd in de huidige nota zijn hiervoor richtinggevend geweest. Sommige van deze activiteiten waren eenmalig van karakter, anderen hebben inmiddels het gewenste resultaat gegeven, weer andere zijn structureel onderdeel geworden van het takenpakket van gemeente of andere betrokken partij. Daarnaast zijn er activiteiten die blijven doorlopen, zoals het programma Bouwen aan Gezond Veldhoven. Dit programma heeft als doel om op gestructureerde wijze informatie over gezonde leefstijlaspecten te geven aan de inwoners van Veldhoven om ze zodoende te informeren over gezonde keuzes en ze het 'gereedschap' te bieden om hun gedrag ook daadwerkelijk aan te passen. In het nieuwe lokaal gezondheidsbeleid zullen de bestaande activiteiten onder de loep genomen worden of ze nog voldoen aan de nieuwe kaders en zal bij het vaststellen van prioriteiten en uitwerkingsplannen rekening gehouden worden met reeds in gang gezette activiteiten.

2.2.10. Beleidsterreinen die invloed hebben op de gezondheidssituatie

In bovenstaande paragrafen staat de relatie tussen beleidsterreinen en gezondheidsbeleid voor een aantal beleidsterreinen nader toegelicht. Echter ook andere terreinen kunnen van invloed zijn op de gezondheidssituatie en bij het opstellen van beleid op deze terreinen zou rekening gehouden moeten worden met het effect van bepaalde beslissingen op de gezondheid (zie ook par. 2.4.3. facetbeleid). De volgende tabel geeft de relatie tussen gezondheidsbeleid en diverse gemeentelijke beleidsterreinen weer.

fysieke omgeving	sociale omgeving
<p><i>verkeer en vervoer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • vervoer ouderen/gehandicapten • signalering verkeerslichten voor blinden • duurzaam veilig • fietsbeleid/mobiliteitsbeleid <p><i>openbare ruimte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • toegankelijkheid voor gehandicapten • veilige en duurzame inrichting • groenbeleid en parkenbeleid <p><i>ruimtelijke ordening</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • in structuurvisie, bestemmingsplannen en herstructureringsplannen aandacht voor zorg-, welzijns-, sport- en speelvoorzieningen • gezondheidseffectscreeningen bij nieuwbouw/uitbreidingsplannen <p><i>wonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • flexibel en aanpasbaar bouwen • duurzaam bouwen/allergeenarme woningen • woonservicezones <p><i>milieu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • geluidsbeleid • milieubeleidsplan • voorlichting 	<p><i>onderwijs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • opheffen onderwijsachterstanden • volwasseneneducatie • onderwijshuisvesting • preventie voortijdig schoolverlaten • leerlingenvervoer • handhaving leerplicht • brede schoolbeleid <p><i>inkomen en werktoeleiding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • inkomensondersteuning • gehandicaptenzorg (WVG) • activerende zorg • bevordering arbeidsdeelname <p><i>welzijn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • maatschappelijke opvang • sociale activering • ouderenbeleid • jeugdbeleid • gehandicaptenbeleid • nieuwkomers en asielzoekers • vrijwilligersbeleid • wijkbeheer • participatiebeleid <p><i>veiligheid (brandweer, politie GGD, gemeente)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • integraal veiligheidsbeleid • rampenplan
leefstijl en gedrag	zorgvoorzieningen
<p><i>gezondheid en zorg (GGD, gemeente)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • gezondheidsbevordering • Bouwen aan Gezond Veldhoven <p><i>sport en recreatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • breedtesport/ sport en beweging in de wijken • jeugdsportstimulering 	<p><i>gezondheid en zorg (GGD, gemeente, thuiszorg, e.a.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • algemene preventieve gezondheidszorg • jeugdgezondheidszorg • openbare geestelijke gezondheidszorg • verslavingszorg

2.3 Voorwaarden Lokaal Gezondheidsbeleid

In hoofdstuk 1 is de visie op gezondheid en op gezondheidsbeleid al geschetst. Deze geeft al een afbakening van het terrein waarmee LGB zich bezighoudt.

Er zijn echter ook keuzes te maken in de wijze waarop de gemeente LGB vaststelt en uitvoert. De gemeente kiest voor een lokaal gezondheidsbeleid dat ervaren wordt als de gezamenlijke verantwoordelijkheid van allen. Gemeente, professionele instellingen en burgers zijn actief betrokken bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid. De gemeente voert daarbij de regie. Het beleid is zodanig opgezet dat idealiter bij alle beleidsbeslissingen rekening wordt gehouden met de gevolgen voor de gezondheid (facetbeleid, zie ook hoofdstuk 1). Over het lokaal gezondheidsbeleid wordt helder en transparant gecommuniceerd, zodat ook voor alle betrokkenen duidelijk is hoe het beleid tot stand is gekomen en op welke wijze er uitvoering aan gegeven wordt. Deze keuzes zijn niet nieuw, in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2001 zijn ze ook reeds gemaakt. Ze zijn echter nog steeds actueel. Uit deze keuzes vloeien aan zestal voorwaarden voort, waaraan voldaan moet worden om een goed lokaal gezondheidsbeleid te kunnen uitvoeren. Hieronder is per voorwaarde geschetst wat er mee beoogd wordt. Niet in alle gevallen zal het LGB beleid in Veldhoven al volledig aan deze voorwaarden voldoen. Dat zal moeten leiden tot aanbevelingen die uiteindelijk er toe zullen leiden dat Veldhovens LGB-beleid aan haar zelf gekozen voorwaarden voldoet. Deze aanbevelingen zijn opgenomen in hoofdstuk 4.

2.3.1 Gemeente als regisseur

De gemeente is de aangewezen partij om de regie te voeren over het lokaal gezondheidsbeleid. Zij zit in de positie om de lokale partners aan tafel te krijgen. Bovendien staat het lokale bestuur in tegenstelling tot bijvoorbeeld provinciaal of landelijk bestuur, dicht bij de burgers en de lokale situatie. De gemeente kan zowel intern als extern de regie voeren over diverse gemeentelijke afdelingen en lokale en regionale instellingen en organisaties. De regierol bestaat (zoals bekend) uit vijf activiteiten, aangeduid met de 5 S-en:

1. **Stimuleren** (politiek-bestuurlijk initiatief). De gemeente stelt zich actief op temidden van haar partners op het beleidsterrein
2. **Situëren** (kennis van het netwerk). De gemeente is op de hoogte van de sterke en zwakke kanten van het netwerk en van de bestaande initiatieven op dit beleidsterrein.
3. **Steun creëren** (organisatie van de participatie). De gemeente betreft andere partijen bij haar initiatieven en creëert op deze manier draagvlak. In samenwerking met de partners worden doelen geformuleerd. Zowel de uitvoerders als de doelgroep worden bij haar initiatieven betrokken.
4. **Structureren** (het vormen onderhouden en veranderen van het netwerk). De gemeente vorm en onderhoudt relaties met en tussen partijen, maakt afspraken en stelt regels.
5. **Sturen** (het geven van richting). De gemeente stimuleert samenwerking, belooft betrokkenen en geeft feedback. De gemeente is selectief in het betrekken van organisaties bij beleidsinitiatief. Pluriformiteit wordt gestimuleerd.

Overigens zal de gemeente in een aantal gevallen ook zelf activiteiten uitvoeren, denk bijvoorbeeld aan het verstrekken van informatie over gezonde leefstijl. De rol van regisseur houdt dus niet in dat de gemeente zelf geen uitvoerende activiteiten meer uit hoeft te voeren.

2.3.2 In samenspraak met betrokken instellingen en burgers

De tijd van ambtenaren, die beleid maken in de ivoren toren die gemeentehuis heet, is gelukkig al lang voorbij. Lokaal Gezondheidsbeleid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, aanbieders, verzekeraars en burgers. Aan een dergelijke gezamenlijke verantwoordelijkheid kan alleen vorm gegeven worden als het beleid ook in samenspraak met deze partijen wordt opgesteld. Deze participatie van

instellingen en burgers wordt bijvoorbeeld ook in het kader van de Wmo steeds belangrijker en geldt overigens als een speerpunt voor alle gemeentelijk beleid. In Veldhoven is al het één en ander opgezet met betrekking tot overleg, adviesorganen, externe afstemming en kan ten aanzien van gezondheidsbeleid gezegd worden dat daar zeker een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor gevoeld wordt. Aanbieders en andere partijen laten ook weten in het algemeen tevreden te zijn over de wijze waarop ze in Veldhoven bij beleid betrokken worden. In bijlage 9 is een overzicht te vinden van de huidige overlegorganen op het gebied van LGB.

2.3.3 In samenspraak met betrokken beleidsafdelingen (facetbeleid)

Het is al meerdere malen genoemd, maar kan niet genoeg benadrukt worden: gezondheidsbeleid is facetbeleid en dat impliceert dat het gezondheidsbeleid opgesteld en uitgevoerd moet worden in samenspraak met andere beleidsafdelingen in de gemeente. De implicaties van beleidsbeslissingen in allerlei facetten van gemeentelijk beleid voor de gezondheid moeten op structurele wijze aandacht krijgen. Daarbij moet overigens ook sprake zijn van 'tweezijdige' communicatie: het is niet de bedoeling dat de afdeling Maatschappelijke Zaken gezondheidsbeleid opstelt en daar andere afdelingen van op de hoogte brengt; het beleid moet tot stand komen door informatie over en weer en de resultante zijn van afwegingen vanuit alle bij het onderwerp betrokken afdelingen. In Veldhoven is facetbeleid ten aanzien van LGB nog niet gerealiseerd, alhoewel er zeker stappen in de goede richting zijn gezet.

2.3.4 Op basis van analyse van de gezondheidstoestand van de inwoners van Veldhoven.

Alhoewel er vele kaders zijn die mede de inhoud van lokaal gezondheidsbeleid bepalen, moeten de uiteindelijke keuzes natuurlijk wel gebaseerd zijn op een lokale analyse van de gezondheidstoestand van de inwoners. Als kinderen in Veldhoven beduidend meer overgewicht hebben dan het landelijk gemiddelde, dan is er voor het lokale gezondheidsbeleid aanleiding om de aanpak van overgewicht bij jeugd tot prioriteit te verheffen. Essentieel voor de analyse van de lokale gezondheidstoestand zijn de informatiebronnen waarop de gemeente zich kan baseren. Dit zijn:

- Periodiek kwalitatief en kwantitatief onderzoek (zoals de monitors van de GGD, gegevens van zorgkantoor, indicatie-organen (CIZ, Bureau Jeugdzorg), informatie vanuit de lokale partners, inclusief de burgers zelf);
- Inventarisatie van de belangrijkste thema's voor de volksgezondheid aan de hand van overleg met de lokale en regionale partners en aan de hand van bijvoorbeeld college- of raadsprogramma's;
- Inventarisatie van de plannen van zorgaanbieders, relevante instellingen en zorgverzekeraars;
- Een evaluatie van voorgaand gezondheidsbeleid.

De informatie uit deze bronnen zal periodiek verzameld moeten worden, in eerste instantie voor het totstandkomen van deze nota en vervolgens voor het nader uitwerken van de prioriteiten en aanbevelingen en het actualiseren van het beleid.

2.3.5 In nauwe samenwerking met GGD als één van de belangrijkste partijen in het kader van het wettelijke WCPV takenpakket

De GGD is in het kader van de WCPV de belangrijkste partner bij het uitvoeren van de taken die in de WCPV zijn opgenomen. Maar de GGD speelt niet alleen een rol in het uitvoeren van de taken, maar ook bij het totstandkomen van beleid en het maken van strategische keuzes. De GGD Zuidoost Brabant geeft hieraan onder meer vorm door gemeenten ondersteuning te bieden bij het opzetten van Lokaal Gezondheidsbeleid en bij het uitvoeren van de activiteiten die hieruit voortvloeien. De gemeente kan de GGD niet alleen opdracht geven inzake de uitvoering van taken, maar ook van haar expertise en ervaring gebruik maken om invulling te geven aan de gemeentelijke verplichtingen op dit terrein. De GGD krijgt hierdoor de positie van uitvoerder én van adviseur. Deze positie

maakt het van groot belang dat er van nauwe samenwerking tussen gemeente en GGD sprake is.

2.3.6 Communicatie

Om de gezamenlijke verantwoordelijkheid blijvend te houden en de samenspraak op gang te houden, is communicatie over het proces van totstandkoming van het beleid en over de uitwerking van het beleid van belang. Zo blijft iedereen op de hoogte van wat er met de input gebeurt, welke activiteiten opgezet worden, welke resultaten dat oplevert etc. Keuzetrajecten worden transparanter, waardoor veel onduidelijkheid over bepaalde keuzes weggenomen kunnen worden. Bovendien kan de gemeente door heldere communicatie aan de inwoners laten zien op welke wijze zij voldoet aan haar wettelijke verplichting op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid.

Bovenstaande voorwaarden worden in de komende hoofdstukken omgezet in specifieke aanbevelingen om hieraan te voldoen.

Veldhovens pluspunt: de gemeente en de instellingen hebben in de afgelopen periode veel beleid uitgedacht, maar ook daadwerkelijk gerealiseerd, zoals jeugdzorgloket, korte lijnen project, woonzorgcomplexen voor senioren, goed georganiseerde netwerken voor diverse doelgroepen, samenwerkingsafspraken tussen instellingen, outreachend werken, eetcafé, vaccinaties Roma



3 Gezondheidstoestand en knelpuntenanalyse



3.1 Beschrijving Veldhoven op basis van (gezondheids)cijfers

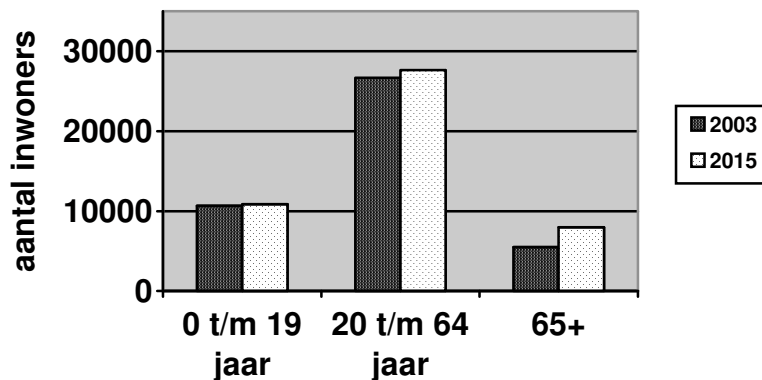
Voor een beschrijving van de gezondheidssituatie van de inwoners in Veldhoven is gebruik gemaakt van de wijkatlas 2004, voortgekomen uit onderzoek van Oostveen beleidsonderzoek en advies (Enschede, 2004) en de gezondheidspeilingen van de GGD Zuidoost Brabant (Seniorenpeiling uit 2002, en Jeugdmonitor uit 2004). Daarnaast zijn enkele sterftcijfers voor Veldhoven geanalyseerd (GGD Zuidoost Brabant).

3.1.1 Demografische opbouw

Op 1 januari 2004 telde de gemeente Veldhoven 42395 inwoners. Een kwart van de inwoners is jonger dan 20 jaar en 13% minstens 65 jaar. Het percentage jongeren is het grootst in de wijken Heikant (West en Oost), de Kelen en de Polders. Relatief wonen veel ouderen in de wijk Meerveldhoven (28%).

Van belang voor de ontwikkeling van voorzieningen in Veldhoven is de bevolkingsopbouw. Het percentage jongeren (0 t/m 19 jaar; de 'groene druk') bedraagt 40% ten opzichte van de categorie 20-64 jarigen. Het percentage ouderen (65+; de 'grijze druk') bedraagt 21% ten opzichte van de categorie 20-64 jarigen. Deze groene en grijze druk is overeenkomstig het landelijke beeld. Door de (landelijke) vergrijzing zal het percentage ouderen in de toekomst gaan toenemen. In 2015 zal 29% van de bevolking van Veldhoven ouder zijn dan 65 jaar, terwijl het percentage jongeren gelijk blijft (zie figuur 3.). Dit heeft belangrijke consequenties voor het gezondheidsbeleid.

Prognose bevolkingsgroei 2015 versus 2003



Figuur 3. Prognose bevolkingsgroei

3.1.2 Algemene kenmerken en inkomen

In Veldhoven is het aandeel hoge inkomens hoger dan gemiddeld in Nederland. Daarmee samenhangend is het percentage senioren dat moet rondkomen van alléén een AOW-uitkering lager dan elders in Zuidoost Brabant. De relatief goede inkomenspositie van ouders hangt mogelijk samen met het lagere percentage jongeren dat naast school een bijbaantje heeft in vergelijking met Zuidoost Brabant.

Bij nadere beschouwing van de wijken in Veldhoven, blijkt in Zonderwijk en 't Look het percentage bijstandsuitkeringen het grootst te zijn (7 respectievelijk 5%). Een lager inkomen gaat vaak samen met een lagere sociaal-economische status en een minder goede gezondheid. In Zonderwijk is ook het percentage werkzoekenden het hoogst met

9%, en 7% in 't Look, Cobbeek-Centrum en d'Ekker. In deze wijken blijkt ook het percentage één-oudergezinnen het hoogst; 20% in Zonderwijk en 12% in 't Look, Cobbeek-Centrum en d'Ekker. Uit de Jeugdmonitor blijkt dat jongeren die opgroeien in een éénoudergezin in het algemeen vaker als risicogroep naar voren komen.

3.1.3 Lichamelijke gezondheid

Van de ondervraagden blijkt 15-18% (jeugdmonitor en seniorenpeiling) de eigen gezondheid matig tot (zeer) slecht te beoordelen. Bestudeerd naar wijk lijken in d'Ekker de meeste mensen te wonen die hun gezondheid niet goed waarderen.

Een chronische ziekte vastgesteld door een arts meldt ruim eenderde van de jongeren tot de helft van de senioren. Het aantal belemmeringen hierdoor neemt met het stijgen van de leeftijd toe.

Ruim één op de vijf jongeren heeft in de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek een medisch behandeld letsel gehad. Meestal werd dit letsel veroorzaakt tijdens het sporten.

Van de senioren ervaart 16% problemen met het medicijngebruik.

Het totale sterftcijfer in Veldhoven is lager dan het Nederlandse sterftcijfer, wat wil zeggen dat inwoners van Veldhoven relatief iets ouder worden. De sterftcijfers van hart-vaatziekten, kanker, borstkanker en longkanker wijken niet af van de landelijke sterftcijfers.

3.1.4 Welbevinden / sociale gegevens

Lichamelijke gezondheid is een belangrijke factor voor het welbevinden; eenderde van de senioren geeft aan dat zij zich met een betere lichamelijke gezondheid ook beter zouden voelen. De meerderheid van de senioren geeft echter aan geen extra hulp te hoeven bij de dagelijkse praktijk.

Van de jongeren geeft 6% aan regelmatig gepest te worden. Eén op de vijf jongeren geeft aan 'weinig' steun te ontvangen van anderen dan de ouders. Het percentage jongeren dat aangeeft in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek minimaal één lesuur gespijeld te hebben is in Veldhoven met 9% hoger dan gemiddeld in de regio Zuidoost Brabant (6%). Ook het aantal vrienden dat zou spijbelen wordt in Veldhoven met 26% hoger ingeschat dan regionaal. Ook over het geheel gezien geven jongeren in Veldhoven vaker aan vrienden te hebben die zich riskant gedragen (3% versus regionaal 2%).

Gemiddeld doet 28% van de ondervraagde Veldhovenaren vrijwilligerswerk. In de wijken Cobbeek-Centrum (19%), d'Ekker (22%) en 't Look (24%) is dit percentage het laagst, en in Oerle en Veldhoven-dorp met 42 respectievelijk 34% het hoogst. In deze wijken wordt de sociale cohesie ook hoog gewaardeerd, terwijl dit in de wijken Zonderwijk, 't Look, Cobbeek-Centrum en Heikant – de Kelen relatief laag gewaardeerd wordt. Hierbij werd sociale cohesie vastgesteld op basis van de vragen:

- de mensen in deze wijk kennen elkaar nauwelijks
- de mensen in deze wijk gaan op een prettige manier met elkaar om
- ik woon in een gezellige wijk met veel saamhorigheid
- ik voel mij thuis bij de mensen die in deze wijk wonen

3.1.5 Leefstijl

Van de senioren sport 29% wekelijks. Van de jongeren sport 80% wekelijks of vaker. Gemiddeld sport 63% van de Veldhovenaren op één of andere manier, al dan niet bij een vereniging. Uitgesplitst naar wijk verschilt dit van 54% in Meerveldhoven tot 68% in de Polders.

Bijna eenderde van de senioren eet niet dagelijks een warme maaltijd. Dit is hoger dan gemiddeld in de regio Zuidoost Brabant waar 25% niet dagelijks een warme maaltijd nuttigt. Toch wil slechts 4% gebruik maken van een eetpunt.

Terwijl van de senioren 15% rookt, rookt bij de jongeren (tot 18 jaar) 8% dagelijks. Excessief alcoholgebruik komt bij zowel de jongeren als de senioren bij 5% voor, net als gemiddeld in de regio.

3.1.6 Wonen en zelfredzaamheid en hulp of zorg aan huis

Tweederde van de senioren woont in een ééngeswoning. Van de senioren vindt 15% de woning niet geschikt om zelfstandig in te wonen. Een kwart krijgt betaalde hulp / zorg thuis, dat is minder dan gemiddeld in de regio. Ook krijgt 17% hulp in de huishouding, terwijl gemiddeld in de regio 21% dit krijgt. Hoewel 10% van de senioren aangeeft (extra) betaalde hulp thuis zou willen, geeft een kwart van de senioren aan dat ze niet weten hoe ze dat aan moeten vragen. Dat is lager dan gemiddeld in de regio.

3.1.7 Activiteiten

Van de senioren geeft 30% aan graag een activiteit buitenshuis te gaan doen. Vaak worden er belemmeringen ervaren om deel te nemen aan activiteiten, zoals bijvoorbeeld vervoersproblemen.

Van de jongeren treft 9% thuis niemand aan na school of werk. Slechts 4 % van de jongeren geeft aan zich vaak te vervelen. Televisie en/of video kijken, e-mailen en chatten zijn activiteiten waar jongeren veel tijd aan spenderen.

3.1.8 Informatiebehoefte en gebruik van voorzieningen

Van de senioren maakt een kwart gebruik van een computer thuis bij het zoeken naar informatie. Dit is meer dan gemiddeld in de regio. Vier procent geeft aan voorzieningen moeilijk bereikbaar te vinden. Het voorzieningenniveau krijgt gemiddeld in Veldhoven een 7.0 als waardering. Het voorzieningenniveau in de wijken Oerle en de Polders wordt relatief laag beoordeeld.

Relatief weinig senioren maken gebruik van de regiotaxi; 6% versus 9% in de regio Zuidoost Brabant. Van de senioren geeft 16% aan van een aantal genoemde voorzieningen niet op de hoogte te zijn.

Uit de jongerenmonitor blijkt dat de waardering voor de buurt, de gemeente, de mogelijkheden om jongeren te ontmoeten, de speelmogelijkheden en de mogelijkheden om te sporten in Veldhoven gemiddeld hoger is dan in de regio Zuidoost Brabant.

Desalniettemin waardeert 45% van de jongeren de mogelijkheden om andere jongeren te ontmoeten als slecht. Ruim een kwart van de jongeren waardeert de voorzieningen om te spelen en te sporten als slecht.

3.1.9 Veiligheid in en om huis

Aan de bewoners van Veldhoven is gevraagd door middel van een rapportcijfer aan te geven hoe veilig zij zich voelen. Gemiddeld wordt de veiligheid overdag met een 8.1 gewaardeerd en 's avonds / 's nachts een 7.1. De verschillen tussen de wijken zijn relatief klein.

Van de jongeren geeft 21% aan wel eens een onveilig gevoel op straat in de eigen woonbuurt te hebben. Dit is hoger dan gemiddeld in de regio Zuidoost Brabant (17%). De verkeersveiligheid is beoordeeld met een 6.3 gemiddeld. Daarbij vallen Veldhoven-dorp en Oerle in negatieve zin op; daar werd de verkeersveiligheid met een 6.0 respectievelijk 5.4 beoordeeld.

Bij de Politie werden 664 sociale problemen gemeld in 2003, dat zijn 15.7 meldingen per 1000 mensen. Een relatief groot deel van de meldingen kwam uit Zonderwijk en Cobbeek / Centrum en Oerle. In Oerle is het aantal meldingen van geweld met 12 per 1000 inwoners het grootst.

3.1.10 Risicogroepen

Uit de literatuur zijn enkele risicogroepen bekend waar de gezondheid relatief vaak achter blijft. Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen met een lage sociaal-economische status, één-oudergezinnen en allochtonen. Met name de wijken d'Ekker en Veldhoven-dorp vallen op voor wat betreft een hoog percentage mensen met een lager sociaal-economische status. Het percentage inwoners van Veldhoven dat afkomstig is uit een ander westers land bedraagt 9%, en uit niet-westerse landen 4%.

In Veldhoven woont ook een groep van ruim 200 Roma, verspreid over 3 centra. De Roma zijn relatief jong; ongeveer de helft hiervan is jonger dan 18 jaar.

3.1.11 Conclusie

Op basis van het rapport van Oostveen beleidsonderzoek en advies (2004) zijn de wijken in Veldhoven onderling vergeleken op een aantal thema's. Hierbij vertonen de wijken d'Ekker en Zonderwijk een relatief ongunstig beeld voor wat betreft de sociale gegevens (bijstandsuitkeringen, werkzoekenden, e.d.). Voor wat betreft veiligheid vallen de wijken Cobbeek / Centrum en Oerle in ongunstige zin op.

Voor wat betreft specifieke gezondheidsgegevens is het niet mogelijk op wijkniveau een uitspraak te doen. In het algemeen lijkt de gezondheid van de inwoners in Veldhoven gunstig ten opzichte van de regio Zuidoost Brabant.

In bijlage 5 zijn de verzamelde gegevens van de seniorenpeiling en de jeugdmonitor weergegeven, evenals gegevens over het sterftecijfer in Veldhoven. In bijlage 6 zijn schematisch de meest relevante gegevens uit de Wijkatlas 2004 voor LGB opgenomen.

3.2 Knelpuntenanalyse Lokaal Gezondheidsbeleid Veldhoven 2005

Naast een cijfermatige analyse van de gezondheidstoestand van Veldhoven heeft er ook een kwalitatieve, interactieve inventarisatie plaatsgevonden van de onderdelen van lokaal gezondheidsbeleid die wel en die niet goed lopen. Dit is gedaan door middel van twee LGB-dialogen met allerlei betrokken partijen bij gezondheidsbeleid, die in 2005 hebben plaatsgevonden.

Eerst heeft op 18 april 2005 de knelpuntendialoog plaatsgevonden. In deze dialoogbijeenkomst is in 3 groepen van ongeveer 10-15 personen geïnventariseerd welke zaken op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid in de gemeente Veldhoven als positief en welke als negatief ervaren werden. De deelnemers hebben de knelpunten die naar voren kwamen, vervolgens geprioriteerd. Deze prioriteiten zijn in de tweede bijeenkomst, de uitwerkingsdialoog, op 28 juni 2005, in 3 subgroepen nader uitgewerkt met als doel om te zoeken naar oplossingsrichtingen. Ook voor de oplossingsrichtingen zijn vervolgens prioriteiten aangegeven.

In bijlage 7 zijn de verslagen van beide dialoogsessies opgenomen. In deze verslagen staan ook de deelnemende instellingen vermeld.

De sessies waren zodanig opgezet dat een breed scala aan onderwerpen aan de orde kwam. Opvallend was dat de aandacht in Veldhoven voor LGB en de activiteiten die al plaatsvonden, zeker positief beoordeeld werden. De mate van samenwerking tussen verschillende partijen werd zeer gewaardeerd. De onderwerpen die aan de orde kwamen, hadden vooral te maken met werkwijzen en processen, afstemming en visie en nieuwe beleidsontwikkelingen. Inhoudelijke knelpunten rond bijvoorbeeld thema's als eenzaamheid, depressies, overgewicht zijn nauwelijks aan de orde geweest. Een voorzichtige conclusie die daaraan verbonden kan worden, is dat LGB in Veldhoven inmiddels al wel de juiste keuzes maakt in de thema's die aandacht krijgen, maar dat er nog veel winst te behalen is in de werkwijze en de afstemming en samenwerking om tot (nog betere) resultaten te komen.

3.2.1 Resultaten uit de knelpuntendialoog

De belangrijkste knelpunten die naar voren kwamen, zijn gerubriceerd in een aantal categorieën en vertaald naar vraagstellingen

OGGZ:

- Hoe kunnen we de hulpverlening op het terrein van de OGGZ na 17 uur 's avonds afstemmen?
- Hoe kunnen we psychiatrische patiënten en verslaafden die zelf geen hulp zoeken in een vroeg stadium (preventief) begeleiden?

Wachttijden:

- Welke rol kunnen de lokale partijen spelen in de (langduriger) begeleiding van mensen die op de wachtlijst staan voor specifieke (GGZ-)hulpverlening of die vanwege complexe problematiek overal tussen de wal en het schip dreigen te vallen?

Informatievoorziening:

- Hoe kunnen we de informatie en kennis die er is over diensten, voorzieningen, regelingen, adviesloketten, informatiegidsen etc. zo logisch mogelijk ontsluiten voor bewoners van Veldhoven?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat bewoners van Veldhoven zo snel mogelijk naar de juiste informatiebron verwezen worden?
- Hoe kunnen we intermediairen zo goed mogelijk informeren over de bestaande informatiebronnen?

Afstemming/visie en financiën

- Hoe kunnen organisaties / instellingen beter op de hoogte blijven van elkaars werkzaamheden (teneinde de afstemming te verbeteren)?
- Hoe kunnen we in tijden van bezuinigingen op een creatieve manier investeren in gezondheid en welzijn?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er bij nieuwe projecten ook gekeken wordt naar kansen op het gebied van (preventieve) gezondheid?
- Hoe kunnen de diverse overlegvormen gestimuleerd worden tot meer concrete acties?

Tijdens de knelpuntendialoog kwamen er ook veel knelpunten naar voren inzake jeugd, scholen en jeugdzorg:

- Aantal zorgleerlingen neemt toe (op Sondervick, maar ook op basisscholen)
- Afstemming onderwijs en bureau Jeugdzorg onvoldoende
- Scholen missen ondersteuning maatschappelijk werk
- Wachtlijstproblematiek voor jeugdigen
- Bureau jeugdzorg: is weggevallen in Jeugdzorgloket, afstemming met lokaal jeugdbeleid mist

Deze knelpunten inzake jeugd, scholen en jeugdzorg scoorden hoog qua prioriteit, maar zullen in de nota LGB verder niet uitgewerkt worden. Deze knelpunten zijn namelijk al onderdeel van het gemeentelijk jeugdbeleid en krijgen daar al veel aandacht. Het zijn dan ook geenszins onbekende knelpunten binnen het gemeentelijk jeugdbeleid.

Ook kwam tijdens de knelpuntendialoog een aantal knelpunten naar voren in verband met de Wmo, de onbekendheid met de ontwikkelingen daarbinnen en de rol die de gemeente daarin op zich denkt te nemen. Zoals reeds vermeld loopt er een omvangrijk apart traject voor de invoering van de Wmo binnen de gemeente. De genoemde knelpunten zijn in dat kader doorgegeven en worden daar verder opgepakt.

Overigens zijn alle tijdens deze dialoog genoemde knelpunten genoteerd en door gemeente en GGD is gekeken in hoeverre ook de niet geprioriteerde knelpunten al onderdeel zijn van beleid, gemakkelijk opgelost kunnen worden, doorgegeven kunnen worden aan betreffende beleidsafdelingen of ondergebracht kunnen worden bij andere activiteiten. In een aantal gevallen is er ook actie ondernomen op de genoemde knelpunten. In bijlage 8 is een overzicht opgenomen van de genoemde knelpunten en de (eventueel) ondernomen actie

3.2.2 Resultaten uit de uitwerkingsdialoog

De vraagstellingen zoals in 3.2.1 geformuleerd, zijn in de uitwerkingsdialoog voorgelegd aan drie subgroepen. De subgroepen waren zo mogelijk ingedeeld op expertise en ervaring met het terrein (bijvoorbeeld GGzE bij de subgroep mbt OGGZ). De vraagstellingen zijn behandeld en de oplossingen die genoemd zijn, zijn vervolgens weer geprioriteerd. Zo is een beeld ontstaan van de knelpunten waarvan de deelnemers het belangrijk vinden dat ze aangepakt worden en de manieren, die volgens diezelfde

deelnemers het meest effect zullen sorteren bij de oplossing van de knelpunten. De geprioriteerde oplossingen zijn:

OGGZ en wachtlijsten:

- Mogelijkheden van (regionaal) bemoeizorgteam en het outreachend werken van AMW bundelen en lokaal inzetten onder regie van de gemeente Veldhoven.
- Sluitende crisisdienst voor de regio Eindhoven (is reeds in ontwikkeling), inclusief een brede bekendheid binnen de gemeente Veldhoven.
- "Transport" van crisiscliënt naar centrale locatie (binnen regio) waar verdere diagnose en acute hulp plaatsvindt. Op dit moment moet huisarts soms onnodig lang thuis bij patiënt blijven voordat crisisdienst arriveert) of wordt patiënt naar politiebureau gebracht waardoor de politie onnodig wordt belast met het houden van toezicht tot de benodigde hulpverlener(s) arriveren.
- Opzetten van een lokaal signaleringssysteem waardoor (nog meer) sleutelfiguren en verwijzers (nog beter) doorverwijzen. (geldt ook voor vraagstelling 1 en 3)
- Adviesfunctie lokaal loket (met als frontoffice partners: CIZ, gemeente, SWOVE en AMW en bureau sociaal raadslieden) beter benutten om mensen goed door te verwijzen binnen OGGZ. En meer bekendheid geven aan deze mogelijkheden.

Welke punten hebben beslist aandacht nodig in Veldhoven:

- Afstemming met regionale initiatieven
- Beter gebruiken van wat er al is; niet opnieuw ontwikkelen. Lokale invulling geven
- Afstemming crisisdiensten en bekend maken
- Opvang crisissituaties; betere stroomleiding hiervan in GGZ crisissituaties van bekende cliënten zodat deze sneller gezien kunnen worden; zie resultaten van de flap
- Oprichting bemoeizorgteam in Veldhoven
- Professionele opvang psychiatrische patiënten / crisis drugsverslaafden
- Opvang / begeleiding psychiatrische patiënten, verslaafden (zowel volwassenen als jeugdigen) (vrijwillige / onvrijwillig)

Informatievoorziening

- Centraal punt, waarbij vanuit een 'drieluik' info wordt aangeboden: digitaal, per telefoon, op papier. Moet zeer toegankelijk zijn.
- Bundelen, afstemmen en samenvoegen van kennis en financiën (van lokaal loket, SWOVE, etc.). Zo krijgen we samenhangende info. Vergelijk methodiek 'bouwen aan een gezond Veldhoven'.
- Dit centrale punt moet 'onafhankelijk' gepositioneerd worden, bij voorkeur *niet* bij de gemeente (hebben toch niet alle burgers vertrouwen in, wordt gezien als 'overheid'). Instellingen moet vertrouwen in elkaar hebben. Wijzigingen moeten meteen worden doorgegeven: beheer kost geld.
- Goede PR, dat zo'n centraal punt er is. Blijven herhalen (lokale omroep, kabelkrant, gemeentekrantjes, billboards). Houdt hierbij rekening met verschillende doelgroepen.
- Bij centrale punt: deskundig personeel, goede lijnen met instellingen.
- Bij het verlenen van hulp zijn 'face to face' contacten erg belangrijk (back-office)
- Dienstverlenende instelling moeten fysiek dicht bij elkaar zitten. Dit is zowel voor de burger prettig, als ook voor de instelling (meer vertrouwen tussen professionals).

Welke punten hebben beslist aandacht nodig in Veldhoven:

- Een meldpunt voor allerhande hulpvragen
- Onderlinge afstemming instellingen / netwerk nog verder uitbreiden tbv activiteiten aan burger
- Informatievoorziening
- Integrale aanpak van deze problematiek
- Infovoorziening gemeentelijke diensten, zorg/welzijn/woon-diensten, onafhankelijkheid

Afstemming en financiën

- Elkaar opzoeken en zaken tezamen oppakken. Het initiatief hiervoor kan, afhankelijk van het thema, ook liggen bij organisaties / instellingen.
- Leer elkaar kennen.
- Elkaar vertrouwen.
- De gemeente heeft de regie-rol om het netwerk / de keten compleet te houden.
- Een sociale kaart moet gekoppeld worden aan een netwerk van contactpersonen. Dit netwerk van contactpersonen is een samenwerking van meerdere instellingen en bestrijkt dus een integraal aanbod. Binnen dit centrale punt / netwerk / lokaal loket hebben organisaties een gemeenschappelijk belang tot afstemming te komen.
- Faciliteren van mantelzorgers; met de toekomstige Wmo wordt de druk op hen groter en tevens complexer.
- Investeren in welzijn bespaart op zorg.

Welke punten hebben beslist aandacht nodig in Veldhoven:

- naadloze ketenzorg / mensen belanden niet tussen wal en schip
- digitale informatie (gecombineerd met gemeentegids) over organisaties en instanties. Te doorzoeken met 'lokale' zoekmachine
- contactpersonen van organisaties moeten elkaar leren kennen
- inzetten op facilitering van netwerken en mantelzorg
- investeren in alle aspecten van welzijn, wonen en zorg levert veel op; meer dan de som der delen
- onderlinge samenwerking van alle instanties; ook vrijwilligersorganisaties
- organisaties aan kunnen spreken op hun bijdrage aan de oplossing van complexe problematiek

3.2.3 Algemene resultaten dialoogsessies

Ter voorbereiding op de dialoogsessies is door gemeente en GGD een overzicht opgesteld van activiteiten die reeds in het kader van LGB plaatsvinden in of ten behoeve van de gemeente Veldhoven. De deelnemers aan de dialoogsessies hebben deze inventarisatie verder aangevuld. Resultaat is een zeer volledige lijst van activiteiten, waarvan de adviesgroep LGB heeft geconstateerd dat deze prima kan fungeren als basis voor een sociale kaart van activiteiten in de gemeente Veldhoven.

De inventarisatie is als bijlage 9 aan deze nota toegevoegd.

Uit de evaluatie van de twee dialoogsessies is naar voren gekomen dat de deelnemers het een zinvolle manier vinden om bij te dragen aan beleidsvorming (niet alleen ten behoeve van LGB). Het bijwonen van dergelijke multidisciplinaire sessies heeft sowieso al een positief effect op de kennismaking met elkaars werkveld en de samenwerking tussen partijen. De deelnemers is ook gevraagd of ze bereid zijn verder mee te werken aan de uitvoering van de oplossingen en LGB in het algemeen en de reacties daarop zijn zonder meer positief te noemen. De dialoogsessies hebben daarmee ook een belangrijke draagvlakvergroten rol gehad.

3.3 Evaluatie nota LGB 2001 en evaluatie functioneren adviesgroep LGB

3.3.1 Evaluatie inhoudelijke nota LGB

In de nota LGB 2001 zijn 18 specifieke opdrachten opgenomen die in de looptijd van de nota (2001/2004, verlenging tot 2005) aandacht zouden moeten krijgen. In bijlage 10 is een korte evaluatie opgenomen, waarin per opdracht aangegeven wordt of deze gerealiseerd is en wat de stand van zaken is. Deze evaluatie is in opdracht van de adviesgroep LGB eind 2004 uitgevoerd als voorbereiding op het actualiseren van LGB (met behulp van deze nieuwe nota).

Uit de evaluatie blijkt dat de meeste van de 18 opdrachten in de afgelopen vier jaar voldoende (soms zelfs veel) aandacht hebben gekregen en vele opdrachten zijn tot een goed einde gebracht. Toch komen de volgende onderwerpen naar voren die nog niet voldoende aandacht hebben gekregen, maar nog steeds wel actueel zijn:

- Het ontbreken van voldoende capaciteit binnen het gemeentelijk apparaat om Lokaal GezondheidsBeleid in al zijn facetten goed op te zetten en te onderhouden (vooral facetbeleid, evaluatie en actualisatie van gegevens lijden hieronder);
- Burgerparticipatie dient verder vormgegeven te worden;
- Actualisatie van gegevens over de activiteiten op het gebied van LGB (ook van belang ten behoeve van een sociale kaart);
- Er heeft geen jaarlijkse evaluatie/herijking van de prioriteiten plaatsgevonden (vanwege tijdsgebrek);
- Het facet 'gezondheid' is nog onvoldoende geïncorporeerd in belangrijke beleidsbeslissingen binnen de gemeente (onvoldoende uitvoering van facetbeleid);
- De gemeentelijke regierol dient verder vormgegeven te worden, ook in relatie tot veranderende regelgeving (bijvoorbeeld Wmo);
- Het OGGZ-beleid heeft zich beperkt tot het realiseren van een aantal activiteiten, maar dient als beleidsterrein nog opgezet te worden. Ook de aansluiting met de GGZ is nog niet optimaal gerealiseerd.

3.3.2 Evaluatie functioneren adviesgroep LGB

In 2004 heeft een evaluatie van het functioneren van de adviesgroep LGB plaatsgevonden.

De volgende conclusies zijn uit de evaluatie getrokken:

- In het algemeen valt wel op dat er een actieve(re) rol van de leden gewenst wordt, waarin afstemmen en netwerken een belangrijkere plaats krijgt.
- Het afstemmen van regionale en lokale ontwikkelingen binnen de adviesgroep een plaats geven op de agenda.
- Meer nadruk geven aan het afstemmen van activiteiten en de netwerkfunctie.
- Duidelijke afspraken maken over de inbreng van de diverse organisaties in tijd en verantwoordelijkheden.
- De samenstelling van de oorspronkelijke adviesgroep bekijken op de behoefte aan uitbreiding.
- De adviesgroep zou volgens de leden ook tot een betere afstemming van het bestaande aanbod moeten bijdragen maar dit mag wat meer nadruk krijgen.

Zie bijlage 11 voor de volledige versie van de evaluatie van de adviesgroep LGB.

3.4 Overzicht van prioriteiten en aandachtsvelden

Uit de gegevens in hoofdstuk 2 en 3 komen aandachtsvelden en prioriteiten naar voren, die voor het Veldhovens gezondheidsbeleid van belang zijn. Dat zijn de aspecten die in het LGB van de komende jaren aandacht dienen te krijgen, omdat het Rijk dat voorschrijft, omdat lokale analyse laat zien dat zich daar knelpunten voordoen of omdat de betrokken instellingen aangeven dat daar volgens hen prioriteit aan gegeven moet worden.

Het betreft de volgende aandachtspunten en prioriteiten:

Voortkomend uit par. 2.1:

- Bevorderen van gezond gedrag
- Afstemming met en tussen instellingen
- Roken
- Voeding en beweging/ overgewicht
- Diabetes
- Psychische klachten
- Alcoholverslaving

- Leefbaarheid: aandacht voor de wijk als setting/doelgroep
- Milieu
- OGGZ
- Opheffen of verminderen Sociaal Economische Gezondheidsverschillen (SEGV)
- Activiteiten in de directe leefomgeving ('settings')
- Aandacht voor specifieke doelgroepen (jeugd, mensen met een lage sociaal economische status, ouderen)

Voortkomend uit par. 2.2:

- Burgerparticipatie/ burgerbetrokkenheid

Voortkomend uit par. 2.3:

- Facetbeleid
- Milieu
- OGGZ
- Rol GGD als beleids- en uitvoeringspartner

Voortkomend uit par. 2.4:

- Gemeente als regisseur/opstellen visie op regie
- Afstemming met en tussen instellingen
- Burgerparticipatie/ burgerbetrokkenheid
- Facetbeleid
- Beleid op basis van analyse van cijfers en gegevens (monitoring)
- Informatievoorziening over mogelijkheden naar burgers en naar en tussen instellingen

Voortkomend uit par. 3.1:

- Roken
- Voeding en beweging/ overgewicht
- Overmatig alcoholgebruik
- Informatievoorziening over mogelijkheden naar burgers en naar en tussen instellingen

Voortkomend uit par. 3.2:

- Gemeente als regisseur/opstellen visie op regie
- Afstemming met en tussen instellingen
- OGGZ
- Informatievoorziening over mogelijkheden naar burgers en naar en tussen instellingen
- Aandacht voor specifieke doelgroepen (mantelzorgers en vrijwilligers ivm Wmo)
- Investeren in (daadkrachtige) netwerken/bevorderen samenwerking

Voortkomend uit par. 3.3

- Gemeente als regisseur/opstellen visie op regie
- Burgerparticipatie/ burgerbetrokkenheid
- Facetbeleid
- Beleid op basis van analyse van cijfers en gegevens (monitoring)
- OGGZ
- Aandacht voor een adequate informatievoorziening over de diverse mogelijkheden mbt LGB naar burgers en naar en tussen instellingen
- Voldoende ambtelijke capaciteit
- Investeren in (daadkrachtige) netwerken/bevorderen samenwerking
- Functioneren/rol adviesgroep LGB optimaliseren

De bovenvermelde prioriteiten en aandachtspunten dienen in deze nota LGB nader uitgewerkt te worden tot aanbevelingen hoe hiermee aan de slag te gaan. Sommige items hebben te maken met inhoudelijke thema's, anderen met de wijze waarop beleid wordt uitgevoerd, anderen met de randvoorwaarden waaronder beleid uitgevoerd kan worden etc. Voor het opstellen van een logisch aanbevelingenhoofdstuk is het wel wenselijk om de items onder te brengen in een aantal samenhangende categorieën.

Nadere analyse van de items laat zien dat ze in vier hoofdaspecten in te delen zijn:

HOOFDASPECT	PRIORITEITEN EN AANDACHTSVELDEN
1. Visie/ambitie en voorwaarden (welke visie hanteren we, aan welke voorwaarden moet LGB voldoen)	Bevorderen van gezond gedrag
	Gemeente als regisseur/opstellen visie op regie
	Burgerparticipatie/ burgerbetrokkenheid
	Afstemming met en tussen instellingen
	Facetbeleid
	Beleid op basis van analyse van cijfers en gegevens (monitoring)
2. Inhoudelijke aspecten (aan welke items dient LGB aandacht te besteden)	Roken
	Voeding en beweging/ overgewicht
	(Alcohol)Verslaving
	Diabetes
	Psychische klachten
	Milieu
	OGGZ
3. Proces-aspecten (met welke aspecten moet rekening gehouden worden bij uitvoering van activiteiten)	Verminderen SEGV
	Activiteiten plaats laten vinden in de directe leefomgeving ('settings')
	Aandacht voor een adequate informatievoorziening over mogelijkheden naar burgers en naar en tussen instellingen
	Aandacht voor specifieke doelgroepen (jeugd, mensen met een lage sociaal economische status, ouderen; mantelzorgers en vrijwilligers ivm Wmo)
4. Randvoorwaarden (waaraan moet voldaan zijn om LGB te kunnen uitvoeren)	Aandacht voor de wijk als setting/doelgroep (ivm leefbaarheid)
	Voldoende ambtelijke capaciteit
	Rol GGD als beleids- en uitvoeringspartner
	Investeren in (daadkrachtige) netwerken/bevorderen samenwerking
	Functioneren/rol adviesgroep LGB optimaliseren

Deze 4 hoofdaspecten en de bijbehorende items worden in hoofdstuk 4 nader uitgewerkt en voorzien van aanbevelingen.

3.5 Overige onderwerpen binnen LGB

De GGD Zuidoost-Brabant, die de gemeente Veldhoven ondersteunt bij het Lokaal Gezondheidsbeleid, is ook betrokken bij het Lokaal Gezondheidsbeleid in andere gemeenten in deze regio. In de meeste andere regiogemeenten van Zuidoost Brabant zijn de volgende thema's binnen het lokaal gezondheidsbeleid als speerpunt benoemd

- Mantelzorg
- Eenzaamheid en sociaal isolement
- Opvoedingsondersteuning
- Huiselijk geweld

Dat deze onderwerpen niet binnen het Lokaal Gezondheidsbeleid in Veldhoven als prioriteit zijn benoemd, heeft alles te maken met het feit dat deze onderwerpen reeds (veel) aandacht krijgen binnen andere beleidsterreinen.

Mantelzorg is een item dat ook in de vorige nota en binnen het ouderenbeleid aandacht krijgt. Ook hier zijn al verschillende activiteiten op ontwikkeld en de aandacht voor de druk op mantelzorg zal binnen het traject ten aanzien van de Wmo (zie ook par. 1.4.4) omvangrijk zijn. Mantelzorgers zijn binnen de activiteiten van LGB wel een specifieke doelgroep (zie par. 4.3.3).

Eenzaamheid en sociaal isolement zijn onderwerpen die in het kader van de vorige nota LGB (2001) en in het kader van ouderenbeleid aandacht hebben gekregen en aandacht zullen blijven krijgen.

Opvoedingsondersteuning is een onderwerp dat binnen het jeugdbeleid alle aandacht krijgt. Er is in dat kader een opvoedsteunpunt opgericht, er is aandacht voor het onderwerp vanuit de Jeugdgezondheidszorg (ZuidZorg en GGD Zuidoost-Brabant) en in de aansluiting tussen lokaal jeugdbeleid en jeugdzorg staat dit onderwerp ook hoog op de agenda.

Huiselijk geweld is een onderwerp dat is opgenomen in het Integraal veiligheidsplan (zie ook par. 2.3.6). Vanuit het Integraal veiligheidsbeleid zijn de eerste stappen gezet om activiteiten te ontwikkelen ten aanzien van huiselijk geweld. Preventie is daarbij een belangrijke insteek. Op termijn zal de aanpak van huiselijk geweld onderdeel worden van het OGGZ-beleid, met dwarsverbanden naar het veiligheidsbeleid in verband met handhaving en repressie en naar Lokaal gezondheidsbeleid in verband met de aandacht voor preventie.

Veldhovens pluspunt: door het organiseren van bijeenkomsten zoals de dialoogsessies stelt de gemeente zich open voor informatie vanuit het veld, maar krijgt het veld tegelijkertijd de kans ook elkaar eens wat beter te leren kennen



4 Vertaling prioriteiten en aandachtsvelden naar aanbevelingen



4.1 Visie/ambitie en voorwaarden

4.1.1 Opstellen visie op gezondheidsbeleid, inclusief rol gemeente en burgerparticipatie

Gezondheidsbeleid in Veldhoven is gebaseerd op een visie op gezondheid, die is opgesteld in samenspraak met betrokken partijen. Deze visie is in grote lijnen reeds omschreven in deze nota, maar op onderdelen dient deze nog verder uitgewerkt te worden.

Het betreft hier met name de onderdelen:

- Visie op gemeentelijke regie (ook in het licht van veranderende regelgeving, zoals Wmo)
- Visie op de rol van de adviesgroep LGB
- Visie op burgerparticipatie/burgerbetrokkenheid

Op het gebied van de Wmo wordt ook gekeken wat de gemeentelijke visie ten aanzien van maatschappelijke ondersteuning en zorg is, daarbij wordt burgerparticipatie ook betrokken. Burgerparticipatie is overigens een algemeen doel van de gemeente en in dat kader vinden verschillende initiatieven plaats. Gekeken dient te worden in hoeverre deze van toepassing kunnen zijn op LGB.

AANBEVELING 1

De adviesgroep Lokaal Gezondheidsbeleid speelt een (initieërende) rol bij het betrekken van burgers en het aanleveren van bouwstenen voor de visie op gezondheidsbeleid. De adviesgroep helpt zo mee bij het opstellen van de visie. Met betrekking tot het onderdeel 'regie' zal de input in eerste instantie vanuit de gemeente worden geleverd. De adviesgroep maakt bij de uitwerkingen zoveel mogelijk gebruik van hetgeen al gaande is op andere terreinen inzake deze onderwerpen (zoals burgerparticipatie, Wmo). Het resultaat dient te zijn een uitgewerkte visie die zowel voor gemeente als voor betrokken partijen leidraad is bij handelen in verband met en het uitvoeren van Lokaal Gezondheidsbeleid.

4.1.2 Afstemming met en tussen instellingen

Uit de dialoogsessies kwam naar voren dat er op het gebied van samenwerking in Veldhoven al veel gaande is en dat men positief gestemd is over de samenwerking. Toch blijken er knelpunten te bestaan, die te maken hebben met het ontbreken van samenhang in de samenwerking, het onvoldoende op de hoogte zijn van elkaars aanbod en het ontbreken van voldoende daadkracht binnen de verschillende samenwerkingsrelaties om ook daadwerkelijk knelpunten aan te pakken ('er wordt wel gepraat over samenwerking, maar er komt maar weinig echt van de grond').

Uit de dialoogsessie kwamen de volgende voorstellen naar voren:

- Elkaar opzoeken en zaken tezamen oppakken. Het initiatief hiervoor kan, afhankelijk van het thema, ook liggen bij organisaties / instellingen.
- Leer elkaar kennen.
- Elkaar vertrouwen.
- De gemeente heeft de regie-rol om het netwerk / de keten compleet te houden.
- contactpersonen van organisaties moeten elkaar leren kennen
- inzetten op facilitering van netwerken en mantelzorg

- onderlinge samenwerking van alle instanties; ook vrijwilligersorganisaties
- organisaties aan kunnen spreken op hun bijdrage aan de oplossing van complexe problematiek

Er kunnen verschillende activiteiten ontplooid worden om de huidige en toekomstige netwerken slagvaardiger te maken. De gemeente neemt vanuit haar regierol verantwoordelijkheid op zich en van instellingen wordt verwacht dat zij een actieve inbreng hebben:

AANBEVELING 2

De gemeente maakt gezamenlijk met de lokale instellingen een inventarisatie van de netwerken en samenwerkingsverbanden die er zijn, inclusief de doelstelling ervan en de vertegenwoordigers van de instellingen. Vervolgens wordt beoordeeld of er overlappen danwel witte vlekken zijn in de samenstelling van de netwerken en samenwerkingsverbanden. Tevens wordt gekeken of de huidige vertegenwoordiger in dat specifieke netwerk qua takenpakket de juiste is. Op grond van die analyse worden voorstellen gedaan om indien nodig verbeteringen aan te brengen.

AANBEVELING 3

De gemeente spreekt vanuit haar regierol instellingen aan op aanwezigheid en inzet in netwerken.

AANBEVELING 4

De gemeente vraagt instellingen om een contactpersoon aan te wijzen, die voor vragen van andere instellingen met betrekking tot die organisatie benaderd kan worden en die 'mandaat' en 'inspanningsverplichting' heeft om de vraag verder binnen de organisatie uit te zetten en zelf weer terug te koppelen aan de vragende instelling. Er wordt een contactpersonenkaart ontwikkeld voor instellingen, inclusief de afspraak per instelling dat zij in geval van wijzigingen actief informatie aanleveren om de kaart up-to-date te houden (gemeente houdt halfjaarlijkse controle of de kaart nog wel actueel is).

AANBEVELING 5

Organiseren van bijeenkomsten mede gericht op het leren kennen van elkaars organisatie en elkaars aanbod en werkwijze om op die manier korte lijnen tussen de instellingen te bewerkstelligen (vgl. korte-lijnen project GGZ). Het hoofdthema van een bijeenkomst kan bijvoorbeeld zijn bespreking van de resultaten van een onderzoek (monitor), het subdoel is duidelijk ook elkaar leren kennen. Initiatiefnemer kan de gemeente, maar ook een andere instelling zijn.

4.1.3 Facetbeleid

Gezondheidsbeleid dient facetbeleid te zijn, dit is in de nota van 2001 al benoemd. Toch is dit nog geen gewone gang van zaken. Veldhoven is daar overigens niet uniek in en evenmin speelt dit alleen op het terrein van gezondheidsbeleid. Bij integraal gezondheidsbeleid is het vooral van belang om in te zetten op samenwerking op kansrijke beleidsterreinen. TNO heeft een instrument ontwikkeld, de Quickscan Facetbeleid, waarmee nagegaan kan worden op welke beleidsterreinen en met welke afdelingen integraal gezondheidsbeleid het meest kansrijk zou kunnen zijn.

De Quickscan Facetbeleid geeft niet alleen inzicht in de huidige situatie van facetbeleid in de gemeente, maar er kunnen ook aanbevelingen aan gekoppeld worden om facetbeleid beter tot stand te brengen. Hierbij wordt met name eerst ingezet op de meest kansrijke beleidsterreinen (bijvoorbeeld die terreinen waar de meeste gezondheidswinst te behalen is, of die afdelingen die het meest open staan of capaciteit hebben voor een integrale aanpak).

AANBEVELING 6

In 2006 voeren gemeente en GGD de quickscan facetbeleid uit. Samen met de adviesgroep LGB worden de resultaten geanalyseerd en worden de uitkomsten in aanbevelingen vertaald (2007).

4.1.4 Beleid op basis van analyse van cijfers en gegevens (monitoring)

Zoals reeds omschreven in de nota worden er al op verschillende wijzen gegevens verzameld op basis waarvan gezondheidsbeleid vorm gegeven kan worden. Ook instellingen hebben vaak een schat aan gegevens beschikbaar (bijvoorbeeld in jaarverslagen). Het is van belang om op een gestructureerde wijze gebruik te maken van deze (monitor)gegevens bij het bepalen of bijstellen van beleid. Daarbij moet niet alleen gekeken worden naar de kwantitatieve gegevens. Bij voorkeur wordt tevens aan de hand van een kwalitatieve analyse door betrokken instellingen bepaald of de speerpunten van LGB nog de juiste zijn en of er specifieke risicogroepen zijn, die aandacht verdienen. Deze analyse dient minimaal tweejaarlijks plaats te vinden en is tevens het moment waarop een tussentijdse evaluatie van het LGB beleid uit deze nota wordt gedaan en aanbevelingen worden gedaan inzake bijstelling van beleid. Doordat de focus op met name inhoudelijke thema's (leefstijlthema's) door actuele ontwikkelingen snel kan wijzigen (bijvoorbeeld de prioriteiten en daardoor activiteiten van het ministerie) is het wel aanbevolen om jaarlijks te beoordelen of bijstelling tussentijds nodig is, niet zozeer in de vorm van een evaluatie, maar in de vorm van 'vinger-aan-de-pols-houden'.

AANBEVELING 7

De gemeente gaat bij het opstellen van projectplannen en het uitvoeren van evaluaties e.d. structureel gebruik maken van gegevens van instellingen uit onder meer jaarverslagen en gegevens ten behoeve van hun eigen managementinformatie of produktevaluatie). Daarnaast tracht de gemeente in overleg met de instellingen uit de praktijk (zoals huisartsen, praktijkondersteuners, ZuidZorg, etc.) gegevens ten aanzien van inhoudelijke thema's zo helder mogelijk boven tafel te krijgen, te beoordelen of er specifieke risicogroepen naar boven komen danwel er meer aandacht voor specifieke risicogroepen nodig zou zijn (zie ook par. 4.3.3) en de resultaten te vertalen naar beleid.

AANBEVELING 8

De adviesgroep LGB bekijkt aan het eind van elk jaar of er bijstelling van beleid nodig is, bijvoorbeeld naar aanleiding van actueel cijfermateriaal (o.a. monitors GGD, gegevens van instellingen en wijkgegevens/wijkatlas). Op basis daarvan vindt een discussie plaats in de adviesgroep LGB waarna een nieuw activiteitenprogramma voor het volgende jaar opgesteld wordt.

AANBEVELING 9

Eénmaal in twee jaar wordt er een meer beleidsmatige evaluatie ten behoeve van het gemeentebestuur geschreven op basis van de bevindingen van de adviesgroep en de voortgang van het vastgestelde beleid uit deze nota. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van aanwezige gegevens bij de diverse instellingen en organisaties.

4.2 Inhoudelijke aspecten

4.2.1 Bevorderen gezonde leefstijl

Diverse inhoudelijke onderwerpen die uit hoofdstuk 3 naar voren komen, hebben te maken met het bevorderen van een gezonde leefstijl. Dit betreft met name de aspecten: voeding, beweging (overgewicht), roken, alcoholgebruik (en gebruik van andere genotmiddelen, verslaving in het algemeen).

Sinds 2004 is de programmagroep Bouwen aan Gezond Veldhoven (BaGV) opgericht, die zich richt op deze aspecten en die op verschillende wijzen activiteiten in gang zet om het gezonde gedrag van mensen te bevorderen. De programmagroep wordt ondersteund door de GGD, die vanuit haar taak op het gebied van preventieprogramma's de module Bouwen aan Gezond Bestaan aanbiedt. Belangrijk doel van de programmagroep is om aandacht voor leefstijlaspecten structureel op te zetten en te zorgen voor continuïteit in de aanpak. Dat houdt in dat er weliswaar periodiek een ander thema gekozen wordt, maar dat activiteiten ten aanzien van het voorgaande thema alsnog (wellicht meer op de achtergrond) gecontinueerd worden.

Het eerste thema waar de programmagroep zich mee bezig heeft gehouden is voeding en beweging (overgewicht). Dit thema loopt in 2005 en deels in 2006 nog door. Vervolgens wordt een nieuw thema gekozen. Gezien de uitkomsten uit hoofdstuk 3 ligt het voor de hand om te kiezen voor het thema alcoholgebruik. Met name onder de jeugd is dit alcoholgebruik schrikbarend hoog. Uit bespreking van de resultaten van de jeugdmonitor 12 tot en met 17 jarigen met betrokken instellingen is ook naar voren gekomen dat de instellingen aanbevelen om aandacht te besteden aan het hoge alcoholgebruik onder jeugd. Speciaal aandachtspunt daarbij dient het gedrag van de ouders te zijn, omdat blijkt dat vaak de ouders het hoge alcoholgebruik van hun kinderen als normaal beschouwen (en zelf ook een vergelijkbaar hoog alcoholgebruik kennen).

Naast de activiteiten van de programmagroep Bouwen aan Gezond Veldhoven wordt er in Veldhoven specifiek aandacht besteed aan het thema beweging en gezondheid bij ouderen. Vanuit het BOZ en de Stichting Gezondheidsbevordering Veldhoven worden samen met de gemeente activiteiten georganiseerd gericht op het bevorderen van beweging bij ouderen. Deels worden deze activiteiten gesubsidieerd door de gemeente.

Bij het bepalen van de keuze van thema's en de activiteiten zal de gemeente zich moeten laten leiden door de informatie uit de gezondheidspeilingen en andere monitorgegevens (zie ook hoofdstuk 3 en par. 4.1.4). In geval van onderwerpen die door het ministerie van

VWS aangereikt worden als prioriteiten zal natuurlijk bekeken worden of deze items binnen Veldhoven ook (in grote mate) spelen.

Bovendien worden de activiteiten zoveel mogelijk afgestemd op de doelgroepen die als risico-doelgroepen geïdentificeerd zijn, te weten: jongeren, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status.

Het bevorderen van de gezonde leefstijl bestaat uit het verstrekken van informatie over de gezonde leefstijl en hoe je die kan bereiken en uit het informeren over en creëren van mogelijkheden om daadwerkelijk gedrag te veranderen.

AANBEVELING 10

Voorzetting van de programmagroep BaGV (incl. voortzetting module bouwen aan gezond bestaan van de GGD). Als eerstvolgende thema wordt gekozen voor matig alcoholgebruik. Afstemming wordt gezocht bij (activiteiten in) omringende gemeenten.

De activiteiten rond bewegen en gezondheid worden gecontinueerd en er wordt rond deze thema's zoveel mogelijk aangesloten bij landelijke campagnes en activiteiten op dit gebied.

4.2.2 Diabetes

Een nieuw thema dat nog niet eerder binnen gemeentelijk LGB aandacht kreeg, is het thema diabetes. Landelijk wordt hier vooral veel aandacht aan besteed, omdat het aantal mensen met diabetes steeds verder toeneemt (zie ook par. 2.1.3). Het rijk stelt de volgende strategieën voor:

- Voorkomen van diabetes bij de gezonde bevolking door een gezonde leefstijl te promoten.
- Een tweede strategie is om vroegtijdig mensen met een hoog risico op diabetes op te sporen.
- Een derde strategie is om mensen met diabetes vroeg op te sporen.
- De laatste strategie is het verbeteren van de diabeteszorg door gebruik te maken van bijvoorbeeld de gemeentelijke regie.

Met name de eerste en de laatste strategie liggen binnen het domein van gemeentelijk gezondheidsbeleid. Het promoten van een gezonde leefstijl gebeurt reeds in het kader van de activiteiten zoals omschreven in par. 4.2.1.

AANBEVELING 11

Diabetes als thema onderbrengen bij de programmagroep BaGV. Vandaaruit zal in overleg getreden worden met huisartsen, praktijkondersteuners, ziekenhuis, ZuidZorg, belangengroepen etc. om een plan van aanpak op te stellen hoe aan dat aspect lokaal aandacht besteed kan worden en welke rol bij wie hoort.

4.2.3 Psychische klachten

Dit is eveneens een speerpunt dat voorkomt uit landelijk beleid. In Veldhoven gebeurt al het een en ander op dit terrein. Dit is geen onderwerp dat als knelpunt uit de lokale analyse naar voren kwam. De nota OGGZ (zie later) zal overigens aan de preventie van psychische klachten ook aandacht besteden.

Psychische aandoeningen ontstaan in het algemeen door een combinatie van aanleg, omgevingsfactoren, stress en leefstijl. Er is een duidelijke samenhang tussen de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Het ministerie van VWS heeft drie ambities op dit terrein geformuleerd

- Een eerste doel is om meer aandacht voor preventie en zorg bij depressies te vragen, waarbij preventie de vorm zal hebben van vroegherkenning en vroegbehandeling.
- Psychische problemen moeten vroeg gesignaleerd kunnen worden op school, op het werk en in de wijk. In gemeenten is veel aandacht voor psychische ziekten, zeker nu 'vermaatschappelijking' meer in de samenleving terugkeert.
- Opvoedingsondersteuning kan helpen om depressie, gedragsproblemen en opvoedingsproblemen bij ouders te voorkomen.

AANBEVELING 12

De adviesgroep LGB zal bij het opstellen en uitvoeren van de nota OGGZ-beleid erop toezien dat de component preventie van psychische klachten voldoende meegenomen wordt, waarbij aansluiting wordt gezocht bij de ambities van VWS op het thema psychische klachten.

4.2.4 Milieu

In 2005 is het Milieubeleidsplan vastgesteld. Alhoewel daarin wel kort wordt ingegaan op de relatie Milieu en gezondheid gaat de voorkeur uit naar een scenario dat vooral gericht is op de wettelijk verplichte taken. Natuurlijk zijn veel van die wettelijke taken ook gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen, maar aan de specifieke relatie gezondheid en milieu wordt geen nadere aandacht besteed. De niet-wettelijk verplichte taken, zoals voorlichting over gezondheids-milieu-aspecten krijgen voorlopig geen prioriteit. Indien er sprake is van knelpunten op dit gebied, dient nader overleg plaats te vinden tussen de betrokken beleidsafdelingen. Dit betekent overigens niet dat er ten aanzien van milieu en gezondheid geen activiteiten plaats vinden en geen aanbevelingen gedaan kunnen worden. Het betreft hier dan aanbevelingen die vooral gestoeld zijn op de insteek 'gezondheid' en vanuit het beleidsterrein LGB geïnitieerd kunnen worden. Speerpunten van (landelijk) beleid zijn het uit laten voeren van gezondheidseffect-screenings (GES), gezond bouwen en het binnenmilieu.

GES:

Het is van belang om bij beleidsvoornemens met aanzienlijke veranderingen op het gebied van infrastructuur, ruimtelijke ordening en milieu, in een vroegtijdig stadium van het planproces gezondheidseffecten mee te laten spelen. Het instrument "gezondheidseffectscreening" (GES) kan de te verwachten effecten op de gezondheid in de huidige en toekomstige situatie (scenario's) vaststellen en vergelijken, ten aanzien van luchtkwaliteit, geluid- en stankhinder en externe veiligheid, ten gevolge van industrie, verkeer en bodemverontreiniging. Het instrument is ook geschikt om de dialoog tot stand te brengen tussen de diverse betrokken gemeentelijke diensten en andere betrokken partijen (burgers, bedrijfsleven, woningbouwcoöperaties, projectontwikkelaars etc.).

AANBEVELING 13

De gemeente Veldhoven streeft ernaar voortaan samen met de GGD na te gaan of het zinvol is een Gezondheids Effect Screening (GES) uit te voeren bij plannen met een mogelijk aanzienlijk effect op de leefkwaliteit. Concreet wordt begin 2006 een eerste GES uitgevoerd voor het uitbreidingsplan Veldhoven-West.

Gezond Bouwen:

De wijze waarop een gebouw gebouwd wordt, kan veel invloed hebben op de gezondheid/gezonde omgeving (gebruikte bouwmaterialen, mogelijkheden van ventilatie, bestrijding van vocht, lichtintensiteit etc.). Voor particuliere huizen, maar ook voor gebouwen waar langere tijd grotere groepen mensen verblijven kan al bij de bouw(planning) gekeken worden naar de gezondheidseffecten. De GGD speelt hierbij een rol. Bij de planning van de brede school in het Noordelijk gebied is de GGD al betrokken.

AANBEVELING 14

Particulieren via informatiemateriaal wijzen op 'gezond bouwen' (GGD levert de informatie, gemeente zorgt voor opmaak en verspreiding), via algemene communicatiekanalen en bij aanvraag bouwvergunning en uitgifte grond etc.

AANBEVELING 15

Bij de planning van bouw van gemeentelijke of openbare gebouwen streeft de gemeente ernaar de GGD zoveel mogelijk in te schakelen voor de beoordeling van gezondheidseffecten.

Binnenmilieu

Een gezond binnenmilieu is een belangrijk aandachtsgebied. Een grote bijdrage aan een gezond binnenmilieu wordt door de bewoner zelf geleverd, vandaar dat voorlichting, op individueel en groepsniveau, omtrent factoren die de kwaliteit negatief beïnvloeden, noodzakelijk blijft. De GGD speelt daar mede een adviserende rol in. Voor de beoordeling van de kwaliteit van het binnenmilieu kan de inzet van meetapparatuur wenselijk zijn. Daarnaast is het belangrijk maatregelen die tot verhoging van de kwaliteit van het binnenmilieu leiden, te stimuleren, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een pakket van aan te bevelen maatregelen. Het is wenselijk een draagvlak te creëren voor het belang van een gezond binnenmilieu in woningen (en scholen) bij gemeentes en woningbouwverenigingen.

AANBEVELING 16

De gemeente gaat aandacht besteden aan individuele voorlichting (zoals voorlichtingsfolders om mee te geven aan mensen die willen gaan verbouwen) en aan het verspreiden van informatie over het belang van een gezond binnenmilieu via diverse kanalen (bijvoorbeeld met medewerking van wijkbeheer, woningbouwverenigingen etc.)

De programmagroep Bouwen aan Gezond Veldhoven kan hierin overigens een voortrekkersrol spelen omdat het hier grotendeels ook gaat om gedrag met betrekking tot een gezonde leefstijl.

AANBEVELING 17

De gemeente besteedt aandacht aan voorlichting aan instellingen waar grotere groepen langere tijd verblijven (m.n. scholen) over een gezond binnenmilieu door bijvoorbeeld advies over voldoende ventileren. Onderzocht wordt of het mogelijk is om het project 'binnenmilieu' op scholen uit te voeren.

4.2.5 OGGZ

De adviesgroep LGB heeft in 2005 reeds gediscussieerd over het opstellen van een Veldhovens OGGZ beleid. Tevens heeft de gemeente beoordeeld dat er nog geen samenhangend gemeentelijk OGGZ-beleid bestond, maar dat er zeker wel behoefte was aan een dergelijk beleid. Vanwege het belang van het onderwerp en de omvang van, maar ook de onbekendheid met de problematiek is besloten een aparte nota OGGZ beleid op te stellen. Naar aanleiding van de discussie in de adviesgroep LGB over de noodzaak van OGGZ beleid is de betrokken beleidsafdeling van de gemeente gezamenlijk met de GGD reeds in 2005 begonnen met een inventarisatie van OGGZ-problematiek, doelgroepen, activiteiten en knelpunten. OGGZ was ook één van de drie speerpuntaspecten voortgekomen uit de knelpuntendialoog, hetgeen aangeeft hoe groot de behoefte aan beleid en aanpak is. Vanuit de invalshoek van LGB is het vooral van belang om bij OGGZ beleid aandacht te geven aan de preventie van OGGZ-problematiek en aan een snelle en adequate aanpak van problematiek bij vroegsignalering (door bijvoorbeeld de woningstichting of de politie).

In 2006 zal er een nota OGGZ verschijnen waarin alle genoemde aspecten aandacht zullen krijgen. De adviesgroep LGB is bij de voorbereidingen reeds betrokken en zal (eventueel via werkgroepvertegenwoordiging) bij het opstellen en uitvoeren van de nota betrokken blijven. Enkele onderwerpen die binnen OGGZ beleid aan de orde kunnen komen (zoals huiselijk geweld) krijgen binnen Veldhoven in het kader van Integraal Veiligheidsbeleid al aandacht.

De resultaten van de dialoogsessies kunnen zeker gebruikt worden voor de verdere opzet van deze nota OGGZ. De partijen die tijdens de dialoogsessies aan tafel hebben gezeten rond dit onderwerp hebben bijna allemaal aangegeven mee te willen blijven denken over oplossingen op dit terrein.

AANBEVELING 18

De adviesgroep LGB ziet erop toe dat de componenten preventie en snelle aanpak bij vroegsignalering binnen OGGZ voldoende aandacht krijgen. In het traject van het opstellen van het OGGZ beleid wordt de adviesgroep betrokken, zodat zij speciale aandacht kan besteden aan onder meer de resultaten van de inventarisatie OGGZ die in 2005 plaatsvindt om te bekijken welke (preventieve) activiteiten eventueel in het kader van LGB nader uitgewerkt moeten worden.

AANBEVELING 19

Voor de uitwerking van het OGGZ-beleid zal gebruik gemaakt worden van het draagvlak en de samenwerking die is ontstaan tussen betrokken OGGZ partijen in de dialoogsessies mbt LGB.

4.2.6 Verminderen van Sociaal-Economische GezondheidsVerschillen (SEGV)

Bij de verschillende inhoudelijke activiteiten wordt de doelgroep mensen met een lage sociaal-economische status wel meegenomen, maar er is nog te weinig structureel geanalyseerd over welke groep we het hebben, welke knelpunten daar spelen, welke settings het beste gebruikt kunnen worden om deze groepen te bereiken etc. Uit de

wijkatlas komt wel naar voren dat er in Veldhoven zeker wijken zijn, die in meer of mindere mate te maken hebben met een lage sociaal-economische status.

AANBEVELING 20

Analyse maken van de Veldhovense situatie voor wat betreft sociaal-economische gezondheidsverschillen samen met andere betrokken partijen zoals afdeling Sociale Zaken, Cliëntenraad, en hulpverleners. Op basis van deze analyse voorstellen doen ten aanzien van activiteiten om de SEGV te verminderen. Hierbij kunnen ook andere intermediairen betrokken worden.

4.3 Procesaspecten

4.3.1 Activiteiten in de directe leefomgeving/setting

Uit diverse onderzoek blijkt dat activiteiten om gedrag te veranderen het meest effectief zijn als ze plaatsvinden in de directe leefomgeving van de doelgroep of in een setting, waarin de doelgroep goed bereikbaar is. Door activiteiten in die juiste 'setting' te plaatsen, worden mensen beter bereikt en zijn ze eerder betrokken bij de boodschap. Bijvoorbeeld informatie over gezond eetgedrag aan jeugdigen verstrekken op de school, tijdens de pauzes in de kantine; informatie over het belang van voldoende beweging ook als je oud bent bij het zorgcentrum (en niet bij die al actieve club 55-plussers die elke week al gaan fietsen).

Op dit item zullen binnen LGB geen afzonderlijke activiteiten worden ontplooid, maar deze voorwaarde zal in alle activiteiten gericht op de bevolking meegenomen moeten worden.

AANBEVELING 21

Bij het opzetten of beoordelen van activiteiten ervoor zorgen dat de activiteiten plaatsvinden in een geschikte setting/ directe leefomgeving van de beoogde doelgroep, afhankelijk van de beoogde boodschap.

4.3.2 Informatievoorziening

Uit de knelpuntenanalyse kwam naar voren dat er in Veldhoven veel aanbod is, maar dat het aanbod onvoldoende bekend is. Niet bij de inwoners, die er gebruik van moeten maken, maar ook onvoldoende bij de instellingen die er naar kunnen verwijzen.

In de dialoogsessies zijn hierover de volgende aanbevelingen gedaan:

Voor de informatieverstrekking aan de burgers is de aanwezigheid van een lokaal loket absolute noodzaak. Met name de informatie over het aanbod en de toegang daartoe moeten vanuit zo'n loket gegeven worden. Eisen die men stelt aan zo'n loket zijn onder meer:

- Centraal punt, waarbij vanuit een 'drieluik' info wordt aangeboden: digitaal, per telefoon, op papier. Moet zeer toegankelijk zijn.
- Dit centrale punt moet 'onafhankelijk' gepositioneerd worden, bij voorkeur *niet* bij de gemeente (hebben toch niet alle burgers vertrouwen in, wordt gezien als 'overheid').

Instellingen moet vertrouwen in elkaar hebben. Wijzigingen moeten meteen worden doorgegeven: beheer kost geld.

- Bij centrale punt: deskundig personeel, goede lijnen met instellingen.
- Adviesfunctie lokaal loket (met als frontoffice partners: CIZ, gemeente, SWOVE en AMW en bureau sociaal raadslieden) beter benutten om mensen goed door te verwijzen binnen OGGZ. En meer bekendheid geven aan deze mogelijkheden.

Specifieke aandacht moet besteed worden aan het (meer bekend maken van het) mantelzorgaanbod, de relatie met OGGZ/GGZ, en de informatie over de diverse gemeentelijke mogelijkheden.

Niet alleen inwoners, maar ook instellingen moeten bij zo'n loket terecht kunnen met vragen. Er moet sprake zijn van een zodanig netwerk dat een instelling een vraag bij het meldpunt kan neerleggen en er vervolgens van op aankan dat het meldpunt de vraag verder doorspeelt naar de (juiste) instelling. Vervolgens moet het meldpunt er van op aan kunnen dat de persoon binnen de instelling het antwoord op de vraag zal uitzoeken of in ieder geval zal aangeven bij wie de vraag wel op het juiste adres is. Dit vraagt van de betrokken instellingen commitment.

Er moet een goede PR van het loket zijn, er moet bekendheid gegeven worden aan het bestaan en de mogelijkheden ervan. Bovendien wordt aanbevolen deze informatie regelmatig te herhalen en te plaatsen in de directe leefomgeving van de doelgroep, die op zoek kan zijn naar en dergelijk informatiepunt.

Naast een lokaal loket zal de informatievoorziening ook gebaat zijn bij het bestaan van een sociale kaart. Voorwaarden die uit de dialoogsessies naar voren kwamen ten aanzien van een sociale kaart waren:

- Een sociale kaart moet gekoppeld worden aan een netwerk van contactpersonen. Dit netwerk van contactpersonen is een samenwerking van meerdere instellingen en bestrijkt dus een integraal aanbod. Binnen dit centrale punt / netwerk / lokaal loket hebben organisaties een gemeenschappelijk belang tot afstemming te komen.
- digitaal beschikbaar (eventueel gecombineerd met gemeentegids) over organisaties en instanties en te doorzoeken met 'lokale' zoekmachine

In de besprekingen werd steeds in het algemeen gesproken over loket, maar men had als basis daarvoor het Loket van A tot Z in gedachten, dat reeds vanaf 2004 functioneert.

AANBEVELING 22

Het belang van een lokaal loket, ook in het kader van nieuwe ontwikkelingen (met name Wmo) wordt door gemeente, adviesgroep en andere betrokkenen onderschreven. Vanuit LGB worden de verwachtingen zoals geformuleerd tijdens de dialoogsessies gecommuniceerd met het loket van A tot Z en er wordt kortgesloten op welke wijze het loket hiermee om denkt te gaan of gaat. Vanuit LGB wordt regelmatig geïnformeerd naar de stand van zaken.

AANBEVELING 23

De gemeente streeft ernaar afspraken te maken met instellingen over een contactpersonenlijst en een inspanningsverplichting van deze contactpersonen. Op deze manier worden vragen tussen instellingen onderling gestroomlijnd. De instellingen verbinden zich eraan dat men via de contactpersoon binnen de instelling zelf op zoek gegaan wordt naar een antwoord, binnen een bepaalde tijd.

AANBEVELING 24

Het opzetten van een sociale kaart is een opdracht die bij het lokaal loket thuishoort. Vanuit LGB kan meegedacht worden over de invulling en de bekendmaking van het bestaan van de sociale kaart. De gemeente kan de gegevens uit de gemeentegids koppelen aan de sociale kaart op het gebied van zorg. In het kader van het opstellen van deze nota is al een heel overzicht opgesteld van de activiteiten op het gebied van LGB in Veldhoven (zie bijlage 9).

AANBEVELING 25

Ten behoeve van de informatievoorziening voor burgers onderzoekt de gemeente met betrokken partijen de mogelijkheden voor schriftelijke gecomprimeerde informatie ('foldermateriaal'). Deze informatie kan dan bij voorkeur binnen de setting van de doelgroep verspreid worden (bijvoorbeeld korte informatie over waar men terecht kan met opvoedingsvragen).

4.3.3 Aandacht voor specifieke doelgroepen

Jeugd, ouderen, mensen met een lage sociaal-economische status

Bij het opzetten of beoordelen van activiteiten zal rekening gehouden moeten worden met deze doelgroepen. Dit is in par. 4.2 ook al aan de orde gekomen bij diverse onderwerpen.

Mantelzorgers en vrijwilligers

Op verschillende terreinen wordt er al aandacht besteed aan de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers.

In 2005 zijn de eerste voorbereidingen begonnen voor de herijking van het Veldhovens vrijwilligersbeleid. Die herijking is mede noodzakelijk omdat de veranderende regelgeving en maatschappij andere eisen aan vrijwilligersbeleid stelt. In 2006 zal deze herijking vastgesteld worden. De aanbevelingen vanuit lokaal gezondheidsbeleid (o.m de dialoogsessies) kunnen bij deze herijking gebruikt worden.

Voor mantelzorgers worden ook reeds de nodige activiteiten ontplooid. Een aantal daarvan zijn voortgekomen uit de nota LGB 2001. De activiteiten en de samenwerking tussen betrokken partijen op dit gebied is momenteel zodanig dat er geen noodzaak is tot intensivering. De betrokken partijen (zoals SWOVE, ZuidZorg, Merefelt) zijn actief bezig met het organiseren van activiteiten op dit gebied, ook gericht op het meer bekend maken van de mogelijkheden die er al bestaan. Maar met name binnen het Wmo traject zal de grotere druk op de mantelzorger aparte aandacht behoeven.

In par. 4.3.2 is nog wel aangekaart dat ook de verschillende mantelzorgactiviteiten meer bekendheid behoeven. Daar is in de aanbevelingen voor die paragraaf rekening mee gehouden.

AANBEVELING 26

Bij het opzetten of beoordelen van activiteiten zal telkens nagegaan worden of het nodig/wenselijk is specifieke aandacht aan bepaalde doelgroepen te besteden.

AANBEVELING 27

Bij het beoordelen van gegevens van instellingen en uit monitors etc. met name op zoek gaan naar specifieke risicogroepen die 'boven komen drijven'. Vooral uit deze gegevens komen risicogroepen naar voren, op een gedetailleerdere schaal dan in deze paragraaf aan de orde is geweest (zie ook par. 4.1.4).

4.3.4 Aandacht voor de wijk als setting / doelgroep

Met name als het gaat om leefbaarheidsitems is het vaak wenselijk om op wijkniveau te kijken welke activiteiten aangepakt kunnen worden en op wijkniveau te stimuleren dat men meer zorg voor elkaar heeft. Hier liggen kansen voor het opbouwwerk, maar ook voor bijvoorbeeld ouderenorganisaties. Bovendien kent Veldhoven inmiddels een traditie in wijkbeheer, waarbij de laatste tijd niet alleen de aanpak van fysieke problemen (groen, wegen, stoepen, etc) de aandacht krijgt, maar ook de aanpak van de meer sociaal georiënteerde problemen (bijvoorbeeld gevoel van veiligheid). Deze aspecten hebben ook invloed op gezondheid en hebben een relatie met gezondheidsbeleid (zie ook paragraaf 2.3.8). De gegevens die vanuit wijkbeheer verzameld worden (onder meer in de wijkatlas), kunnen bij het opstellen van activiteiten voor LGB gebruikt worden om de juiste doelgroep te bereiken. Zoals uit hoofdstuk 3. blijkt is dat voor deze nota ook reeds gebeurd. Daarnaast kan de wijk als setting gebruikt worden om bepaalde activiteiten uit te zetten en kan LGB aansluiten bij processen en methodieken die in het kader van wijkbeheer ontstaan zijn. Zo kunnen vanuit LGB bij het uitvoeren van de enquêtes voor een nieuwe wijkatlas vragen aangeleverd worden inzake de gezondheidsbeleving of – toestand van de wijkbewoners.

De regiefunctie binnen de gemeente is (nog) niet zodanig vorm gegeven dat processen naadloos op elkaar aansluiten noch dat er sprake is van fine-tuning op onderwerpen die beide terreinen raken. Geconstateerd is wel dat zowel vanuit LGB als vanuit wijkbeheer erkend wordt dat er op beide vlakken kansen liggen om elkaars werkterrein en beleid te versterken. Om deze kansen beter te leren kennen en ook te benutten is het wenselijk om op gezette tijden de vorderingen op beide terreinen met elkaar te bespreken. In eerste instantie binnen de gemeentelijke organisatie en op termijn zal dat waarschijnlijk uitvloeien naar een breder terrein.

AANBEVELING 28

Actief gebruik blijven maken van de gegevens vanuit wijkbeheer om LGB beleid beter vorm te geven

AANBEVELING 29

Waar mogelijk gebruik maken van mogelijkheden en processen vanuit wijkbeheer om activiteiten op het gebied van LGB te plaatsen in de wijk (als setting). Hierbij zal speciale aandacht gegeven worden aan het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de burger en zijn directe omgeving voor de eigen leefomgeving en zorg; de zogenaamde 'civil society'.

AANBEVELING 30

Voortvloeiend uit de quickscan facetbeleid zullen de kansen voor gezondheidsbeleid binnen de gemeentelijke organisatie en wijkbeheer over en weer opgepakt en versterkt worden. Het doel is om afspraken te maken hoe daar vervolgens op structurele wijze mee om te gaan.

4.4 Randvoorwaarden

4.4.1 Voldoende ambtelijke capaciteit

Een hoog ambitieniveau houdt ook in dat er veel werk moet worden verricht. De gemeente zal als regisseur van beleid ook veel van dat werk moeten verzetten.

Veel voorstellen dienen echter nog nader uitgewerkt te worden en daarvan is nog niet duidelijk hoeveel ambtelijke inzet gevraagd wordt.

Overigens is de gemeente in 2005 bezig om de capaciteit bij de beleidsterreinen op het gebied van zorg te beoordelen en indien nodig uit te breiden. Dit is mede van belang met het oog op de uitbreiding van taken gezien ontwikkelingen als nieuw LGB-beleid en de Wmo.

AANBEVELING 31

Bij het uitwerken van de verschillende actiepunten zal de benodigde ambtelijke inzet duidelijk omschreven worden en vervolgens zal bekeken worden in hoeverre dat past binnen de beschikbare capaciteit. De benodigde en beschikbare capaciteit zullen verwerkt worden in de desbetreffende afdelingsplanningen. Indien de capaciteit niet toereikend is, zullen vanuit de afdeling voorstellen volgen hoe dat capaciteitstekort opgelost kan worden.

4.4.2 Rol GGD als beleids- en uitvoeringspartner

In de WCPV zijn een aantal specifieke taken omschreven die door GGD regulier worden uitgevoerd (zie ook bijlage 3 omschrijving taken WCPV zoals deze moeten worden omschreven in nota LGB inclusief vertaling naar GGD-praktijk). De GGD heeft vanwege de specifieke taken vanuit de WCPV ten opzichte van de gemeente en het LGB een speciale positie. Zij is niet alleen één van de partijen die activiteiten rond zorg en gezondheid uitvoeren, zij is ook de instelling die de gemeente moet ondersteunen bij het opstellen en uitvoeren van LGB. Daarmee is de GGD mede een beleidspartner voor de gemeente. De wijze waarop de GGD Zuidoost-Brabant hieraan vorm geeft door een LGB-medewerker te koppelen aan de gemeente met als opdracht mede LGB vorm te geven, leidt tot nu toe tot goede resultaten.

De wijze waarop de GGD in brede zin beleidsmatig bij kan dragen aan het opstellen en uitvoeren van LGB of ander gemeentelijk beleid (bijvoorbeeld jeugdbeleid) kan nog verder geoptimaliseerd worden. In de overleggen met de GGD Zuidoost-Brabant wordt geconstateerd dat er veel gegevens bij de GGD zijn of verzameld worden, maar dat er nog te weinig beleid gevormd wordt mbv deze cijfers. Wel zijn er in 2005 een aantal initiatieven ontplooid die zeker navolging verdienen, zoals:

- Het bespreken van de cijfers van de GGD-jeugdmonitor met betrokken instellingen om zodoende de cijfers in het juiste perspectief te plaatsen en te bepalen wat speerpunten van beleid zouden moeten zijn
- De afdeling JGZ heeft een jaarverslag opgesteld van de activiteiten en vervolgens overleg met de gemeente gevoerd om te bekijken in hoeverre de gegevens aanleiding geven tot bijstelling van beleid of activiteiten en om te bepalen welke maatwerktaken door de GGD uitgevoerd moeten worden.

AANBEVELING 32

Intensiveren van overleg gericht op afspraken maken met de GGD Zuidoost Brabant over de dienstverlening en intensiveren van het regulier overleg tussen GGD-contactpersonen en portefeuillehouder/ambtenaar volksgezondheid, opdat de GGD-activiteiten zoveel mogelijk op Veldhovense maat geleverd kunnen worden.

AANBEVELING 33

Ontplooiën van initiatieven om het cijfer- en gegevensmateriaal, beschikbaar bij de GGD Zuidoost Brabant, bij voorkeur met betrokken partijen uit het veld, te bespreken en te beoordelen op consequenties voor beleid op de diverse deelterreinen.

4.4.3 Investeren in (daadkrachtige) netwerken/bevorderen samenwerking

In par. 4.1. is reeds ingegaan op de rol van de gemeente als regisseur en als de partij die netwerken / zorgketen compleet moet houden. De gemeente heeft daarbij niet als enige verantwoordelijkheid. Partijen die zich committeren aan een netwerk, hebben daarmee ook een verantwoordelijkheid voor het slagen van het netwerk en de doelstelling waarvoor het is opgericht. Bij het succesvol en daadkrachtig functioneren van netwerken, adviesgroepen, stuurgroepen, werkgroepen etc. spelen meerdere aspecten een rol. Twee belangrijke zijn:

1. De mate waarin verantwoordelijkheden, doelstelling en afspraken met betrekking tot het netwerk duidelijk zijn vastgelegd;
2. De mate waarin men zich aan deze afspraken en verantwoordelijkheden houdt of waarin men eraan gehouden wordt.

Bij beide aspecten is nog winst te boeken, zowel voor wat betreft de rol van de gemeente (als regisseur) als voor wat betreft de rol van de netwerkleden.

AANBEVELING 34

Binnen bestaande en nieuwe netwerken, werkgroepen, adviesgroepen etc. binnen Lokaal GezondheidsBeleid (te beginnen bij de adviesgroep LGB) nagaan of de doelstelling voor iedereen duidelijk is en onderschreven wordt en afspraken daaromtrent schriftelijk vastleggen. Partijen spreken zich uit over de verantwoordelijkheden die zij op zich willen nemen en staan toe dat zij eventueel aangesproken worden op het niet (volledig) nakomen van deze afspraken door andere leden van het netwerk. Regelmatig wordt binnen dergelijke netwerken geëvalueerd of de afspraken en doelstellingen nog gelden en nageleefd worden.

AANBEVELING 35

Vanuit LGB wordt aanbevolen dat er breed binnen de gemeente een discussie wordt gestart over het faciliteren van netwerken en klankbordgroepen etc., op een uitgebreidere wijze dan alleen het beschikbaar stellen van vergaderruimte en een ambtelijk notulist. Met name in verband met komende ontwikkelingen zoals Wmo waarbij de gemeente steeds meer moet overleggen en communiceren met partijen die op vrijwillige basis hun medewerking verlenen, zal de bereidheid tot medewerking positief beïnvloed kunnen worden door diverse vormen van ondersteuning (zoals het beschikbaar stellen van vacatiegelden). Omdat dit niet alleen voor LGB geldt, dient deze discussie gemeentebreed opgepakt te worden.

4.4.4 Functioneren/rol adviesgroep LGB optimaliseren

In principe heeft Veldhoven met de adviesgroep LGB een prima greptime om daadkrachtig LGB te maken.

Uit evaluatie en dialoogsessies blijkt echter dat er behoefte is aan een netwerk dat ook daadwerkelijk activiteiten initieert en daadkrachtig reageert op gesignaleerde problemen en knelpunten. In de huidige opzet van de adviesgroep komt dat aspect nog te weinig naar voren. Dit heeft onder meer te maken met de rol die de adviesgroep LGB op zich heeft genomen, onder meer naar aanleiding van de evaluatie van het functioneren van de adviesgroep in 2004. Expliciet is er voor gekozen om de rol van adviesgevend orgaan te vervullen naar de gemeente toe. Dit is een wezenlijk andere rol dan een stuurgroeprol of een werkgroeprol. Uit de dialoogsessies blijkt dat er (ook) behoefte is aan een netwerk dat juist de stuurgroep- (of werkgroep)rol vervult

Een manier voor de adviesgroep om deze adviserende rol toch aan te vullen met een initiërende en daadkrachtiger rol (meer stuurgroep) zou kunnen zijn om meer met werkgroepen te werken. De adviesgroep kan dan ten aanzien van een onderwerp besluiten dat nadere uitwerking noodzakelijk is, daarvoor een werkgroep in het leven roepen (of deelnemers de opdracht meegeven een werkgroep te formeren). De werkgroep doet een voorstel en maakt daadwerkelijke afspraken, de adviesgroep vervult haar adviesrol door het voorstel te bespreken en te commentariëren. De werkgroep is vervolgens aan zet om het voorstel ook daadwerkelijk uit te (laten) voeren en afhankelijk van het onderwerp kan besloten worden of de uitvoering nog een vorm van stuurgroep behoeft of dat het voldoende sturing biedt als de adviesgroep de vorderingen (op afstand) volgt.

De adviesgroep zal zich moeten gaan buigen over de vraag hoe de aangegeven verwachtingen passen binnen de rol die men op zich wenst te nemen binnen de adviesgroep en als adviesgroep als geheel. Voortvloeiend uit deze discussie, die in 2006 zal plaatsvinden, zal de intentieverklaring, die in 1999 is ondertekend, hernieuwd worden.

Uit de evaluatie van het functioneren van de adviesgroep (zie ook par. 3.3.2) zijn een aantal actiepunten naar voren gekomen ten aanzien van communicatie en informatie-overdracht. Deze zullen in de komende periode nader uitgewerkt en uitgevoerd worden.

AANBEVELING 36

De adviesgroep bepaalt in 2006 welke positie en rol zij in willen nemen ten opzichte van gemeente en elkaar. De resultaten en aanbevelingen van de evaluatie van het functioneren van de adviesgroep (2004) en van de dialoogsessies (2005) worden daarbij betrokken. Deze afspraken zullen worden vastgelegd in een intentieverklaring.

AANBEVELING 37

De actiepunten voortkomend uit de evaluatie van de adviesgroep LGB 2004 ten aanzien van communicatie en informatie-overdracht worden nader uitgewerkt en opgepakt.



Veldhovens pluspunt: actieve gemeente op allerlei gezondheids- en zorggebied

5 Planning en kosten



5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk treft u een overzicht aan van alle aanbevelingen, waarbij is aangegeven wie de trekker zal zijn van dat initiatief en wanneer de activiteit uitgevoerd zal worden.

Vervolgens is schematisch aangegeven welke activiteiten reeds in gang gezet zijn of lopen, welke in 2006 plaats zullen gaan vinden en welke gepland zijn voor 2007 en verder. Hierbij zijn de aanbevelingen die qua aanpak met elkaar te maken hebben, bij elkaar gezet.

Het hoofdstuk eindigt met een korte toelichting op de financiën.

5.2 Overzicht van de aanbevelingen

<i>Korte omschrijving</i>	<i>Wie (trekker en partners) en/of hoe</i>	<i>Wanneer</i>	<i>Kosten Aambtelijke ureninzet</i>
AANBEVELING 1			
De adviesgroep Lokaal Gezondheidsbeleid speelt een (initiërende) rol bij het betrekken van burgers en het aanleveren van bouwstenen voor de visie op gezondheidsbeleid. De adviesgroep helpt zo mee bij het opstellen van de visie. Met betrekking tot het onderdeel 'regie' zal de input in eerste instantie vanuit de gemeente worden geleverd. De adviesgroep maakt bij de uitwerkingen zoveel mogelijk gebruik van hetgeen al gaande is op andere terreinen inzake deze onderwerpen (zoals burgerparticipatie, Wmo). Het resultaat dient te zijn een uitgewerkte visie die zowel voor gemeente als voor betrokken partijen leidraad is bij handelen in verband met en het uitvoeren van Lokaal Gezondheidsbeleid.	Adviesgroep LGB	'06 beginnen Klaar in '08	PM 20 uur
AANBEVELING 2			
De gemeente maakt gezamenlijk met de lokale instellingen een inventarisatie van de netwerken en samenwerkingsverbanden die er zijn, inclusief de doelstelling ervan en de vertegenwoordigers van de instellingen. Vervolgens wordt beoordeeld of er overlappen danwel witte vlekken zijn in de samenstelling van de netwerken en samenwerkingsverbanden. Tevens wordt gekeken of de huidige vertegenwoordiger in dat specifieke netwerk qua takenpakket de juiste is. Op grond van die analyse worden voorstellen gedaan om indien nodig verbeteringen aan te brengen.	Gemeente Adviesgroep LGB	'06	Geen kosten 10 uur
AANBEVELING 3			
Gemeente spreekt vanuit haar regierol instellingen aan op aanwezigheid en inzet in netwerken.	gemeente	Continu	Geen kosten PM
AANBEVELING 4			
Gemeente vraagt instellingen om een contactpersoon aan te wijzen, die voor vragen van andere instellingen met betrekking tot die organisatie benaderd kan worden en die 'mandaat' en 'inspanningsverplichting' heeft om de vraag verder binnen de organisatie uit te zetten en zelf weer terug te koppelen aan de vragende instelling. Er wordt een contactpersonenkaart ontwikkeld voor instellingen, inclusief de afspraak per instelling dat zij in geval van wijzigingen actief informatie aanleveren om de kaart up-to-date te houden (gemeente houdt halfjaarlijkse controle of de kaart nog wel actueel is).	gemeente	'07 of later	€ 1.000 20 uur
AANBEVELING 5			
Organiseren van bijeenkomsten mede gericht op het leren kennen van elkaars organisatie en elkaars aanbod en werkwijze om op die manier korte lijnen tussen de instellingen te bewerkstelligen (vgl. kortelijn project GGZ). Het hoofdthema van een bijeenkomst kan bijvoorbeeld zijn bespreking van de resultaten van een onderzoek (monitor), het subdoel is duidelijk ook elkaar leren kennen. Initiatiefnemer kan gemeente, maar ook een andere instelling zijn.	Gemeente organisatie instelling	'06	€ 500 per bijeenkomst 10 uur per bijeenkomst
AANBEVELING 6			
In 2006 voeren gemeente en GGD de quickscan facetbeleid uit. Samen met de adviesgroep LGB worden de resultaten geanalyseerd en worden de uitkomsten in aanbevelingen vertaald (2007).	Gemeente & GGD	'06	€ 1.000 45 uur (en 45 uur voor GGD, totaal 90)

<i>Korte omschrijving</i>	<i>Wie (trekker en partners) en/of hoe</i>	<i>Wanneer</i>	<i>Kosten Aambtelijke ureninzet</i>
AANBEVELING 7			
Gemeente gaat bij het opstellen van projectplannen en het uitvoeren van evaluaties e.d. structureel gebruik maken van gegevens van instellingen uit onder meer jaarverslagen en gegevens ten behoeve van hun eigen managementinformatie of produktevaluatie). Daarnaast tracht gemeente in overleg met de instellingen uit de praktijk (zoals huisartsen, praktijkondersteuners, ZuidZorg, etc.) gegevens ten aanzien van inhoudelijke thema's zo helder mogelijk boven tafel te krijgen, te beoordelen of er specifieke risicogroepen naar boven komen danwel er meer aandacht voor specifieke risicogroepen nodig zou zijn en de resultaten te vertalen naar beleid.	Opnemen in werkwijze	'07	Geen kosten PM
AANBEVELING 8			
De adviesgroep LGB bekijkt aan het eind van elk jaar of er bijstelling van beleid nodig is, bijvoorbeeld naar aanleiding van actueel cijfermateriaal (o.a. monitors GGD, gegevens van instellingen en wijkgegevens/wijkatlas). Op basis daarvan vindt een discussie plaats in de adviesgroep LGB waarna een nieuw activiteitenprogramma voor het volgende jaar opgesteld wordt.	Adviesgroep LGB	continu	PM PM
AANBEVELING 9			
Eénmaal in twee jaar wordt er een meer beleidsmatige evaluatie ten behoeve van het gemeentebestuur geschreven op basis van de bevindingen van de adviesgroep en de voortgang van het vastgestelde beleid uit deze nota. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van aanwezige gegevens bij de diverse instellingen en organisaties.	Gemeente	Eind '07	PM 10 uur
AANBEVELING 10			
Voorzetting van de programmagroep BaGV (incl. voortzetting module bouwen aan gezond bestaan van de GGD). Als eerstvolgende thema wordt gekozen voor matig alcoholgebruik. Afstemming wordt gezocht bij (activiteiten in) omringende gemeenten. De activiteiten rond bewegen en gezondheid worden gecontinueerd en er wordt rond deze thema's zoveel mogelijk aangesloten bij landelijke campagnes en activiteiten op dit gebied.	Programmagroep BaGV	Al gaande Continu	€ 14.000 activiteitengeld per thema 50 uur per jaar
AANBEVELING 11			
Diabetes als thema onderbrengen bij de programmagroep BaGV. Vandaaruit zal in overleg getreden worden met huisartsen, praktijkondersteuners, ziekenhuis, ZuidZorg, belangengroepen etc. om een plan van aanpak op te stellen hoe aan dat aspect lokaal aandacht besteed kan worden en welke rol bij wie hoort.	Programmagroep BaGV	'07	Zie bij aanbeveling 10
AANBEVELING 12			
De adviesgroep LGB zal bij het opstellen en uitvoeren van de nota OGGZ-beleid erop toezien dat de component preventie van psychische klachten voldoende meegenomen wordt, waarbij aansluiting wordt gezocht bij de ambities van VWS op het thema psychische klachten.	Adviesgroep LGB	'06	Geen kosten 5 uur
AANBEVELING 13			
De gemeente Veldhoven streeft ernaar voortaan samen met de GGD na te gaan of het zinvol is een Gezondheids Effect Screening (GES) uit te voeren bij plannen met een mogelijk aanzienlijk effect op de leefkwaliteit. Concreet wordt begin 2006 een eerste GES uitgevoerd voor het uitbreidingsplan Veldhoven-West.	Gemeente & GGD	Al gaande '06	Kosten ten laste van des- betreffend plan
AANBEVELING 14			
Particulieren via informatiemateriaal wijzen op 'gezond bouwen' (GGD levert de informatie, gemeente zorgt voor opmaak en verspreiding), via algemene communicatiekanalen en bij aanvraag bouwvergunning en uitgifte grond etc.	Gemeente & GGD	'07	€ 2.500 voor ontwikkeling 25 uur

<i>Korte omschrijving</i>	<i>Wie (trekker en partners) en/of hoe</i>	<i>Wanneer</i>	<i>Kosten Aambtelijke ureninzet</i>
AANBEVELING 15			
Bij de planning van bouw van gemeentelijke of openbare gebouwen streeft de gemeente ernaar de GGD zoveel mogelijk in te schakelen voor de beoordeling van gezondheidseffecten.	Gemeente & GGD	'07	Kosten ten laste van desbetreffend plan
AANBEVELING 16			
De gemeente gaat aandacht besteden aan individuele voorlichting (zoals voorlichtingsfolders om mee te geven aan mensen die willen gaan verbouwen) en aan het verspreiden van informatie over het belang van een gezond binnenmilieu via diverse kanalen (bijvoorbeeld met medewerking van wijkbeheer, woningbouwverenigingen etc.) De programmagroep Bouwen aan Gezond Veldhoven kan hierin overigens een voortrekkersrol spelen omdat het hier grotendeels ook gaat om gedrag met betrekking tot een gezonde leefstijl.	Gemeente & GGD Programmagroep BaGV	'07	€ 2.500 voor ontwikkelen infomateriaal 25 uur
AANBEVELING 17			
De gemeente besteedt aandacht aan voorlichting aan instellingen waar grotere groepen langere tijd verblijven (m.n. scholen) over een gezond binnenmilieu door bijvoorbeeld advies over voldoende ventileren. Onderzocht wordt of het mogelijk is om het project 'binnenmilieu' op scholen uit te voeren, eventueel eerst via een pilot op bijvoorbeeld 2 basisscholen.	Gemeente & GGD	'06	Maximaal € 30.000 voor 3 jarig project binnenmilieu op alle basisscholen (€ 10.000 per jaar) 10 uur
AANBEVELING 18			
De adviesgroep LGB ziet erop toe dat de componenten preventie en snelle aanpak bij vroegsignalering binnen OGGZ voldoende aandacht krijgen. In het traject van het opstellen van het OGGZ beleid wordt de adviesgroep betrokken, zodat zij speciale aandacht kan besteden aan onder meer de resultaten van de inventarisatie OGGZ die in 2005 plaatsvindt om te bekijken welke (preventieve) activiteiten eventueel in het kader van LGB nader uitgewerkt moeten worden.	Adviesgroep LGB	'06	Geen kosten 10 uur
AANBEVELING 19			
Voor de uitwerking van het OGGZ-beleid zal gebruik gemaakt worden van het draagvlak en de samenwerking die is ontstaan tussen betrokken OGGZ partijen in de dialoogsessies mbt LGB.	Adviesgroep LGB	'06	Geen kosten geen uren
AANBEVELING 20			
Analyse maken van de Veldhovense situatie voor wat betreft sociaal-economische gezondheidsverschillen samen met andere betrokken partijen zoals afdeling Sociale Zaken, Cliëntenraad, en hulpverleners. Op basis van deze analyse voorstellen doen ten aanzien van activiteiten om de SEGV te verminderen. Hierbij kunnen ook andere intermediairen betrokken worden.	Gemeente	'07	PM PM
AANBEVELING 21			
Bij het opzetten of beoordelen van activiteiten ervoor zorgen dat de activiteiten plaatsvinden in een geschikte setting/ directe leefomgeving van de beoogde doelgroep, afhankelijk van de beoogde boodschap.	Opnemen in werkwijze	Continu	Geen kosten Geen uren
AANBEVELING 22			
Het belang van een lokaal loket, ook in het kader van nieuwe ontwikkelingen (met name Wmo) wordt door gemeente, adviesgroep en andere betrokkenen onderschreven. Vanuit LGB worden de verwachtingen zoals geformuleerd tijdens de dialoogsessies gecommuniceerd met het loket van A tot Z en er wordt kortgesloten	Gemeente	'06	Geen kosten 10 uur

<i>Korte omschrijving</i>	<i>Wie (trekker en partners) en/of hoe</i>	<i>Wanneer</i>	<i>Kosten Aambtelijke ureninzet</i>
op welke wijze het loket hiermee om denkt te gaan of gaat. Vanuit LGB wordt regelmatig geïnformeerd naar de stand van zaken.			
AANBEVELING 23			
De gemeente streeft ernaar afspraken te maken met instellingen over een contactpersonenlijst en een inspanningsverplichting van deze contactpersonen. Op deze manier worden vragen tussen instellingen onderling gestroomlijnd. De instellingen verbinden zich eraan dat men via de contactpersoon binnen de instelling zelf op zoek gegaan wordt naar een antwoord, binnen een bepaalde tijd.	Gemeente	'07	Zie aanbeveling 4
AANBEVELING 24			
Het opzetten van een sociale kaart is een opdracht die bij het lokaal loket thuishoort. Vanuit LGB kan meegedacht worden over de invulling en de bekendmaking van het bestaan van de sociale kaart. De gemeente kan de gegevens uit de gemeentegids koppelen aan de sociale kaart op het gebied van zorg. In het kader van het opstellen van deze nota is al een heel overzicht opgesteld van de activiteiten op het gebied van LGB in Veldhoven	Loket ism adviesgroep LGB	'06	Geen kosten 10 uur
AANBEVELING 25			
Ten behoeve van de informatievoorziening voor burgers onderzoekt de gemeente met betrokken partijen de mogelijkheden voor schriftelijke gecompriëerde informatie ('foldermateriaal'). Deze informatie kan dan bij voorkeur binnen de setting van de doelgroep verspreid worden (bijvoorbeeld korte informatie over waar men terecht kan met opvoedingsvragen).	Gemeente GGD loket	'07	€ 2.500 op jaarbasis voor ontwikkelen materiaal 15 uur
AANBEVELING 26			
Bij het opzetten of beoordelen van activiteiten zal telkens nagegaan worden of het nodig/wenselijk is specifieke aandacht aan bepaalde doelgroepen te besteden.	Opnemen in werkwijze	Continu	Geen kosten Geen uren
AANBEVELING 27			
Bij het beoordelen van gegevens van instellingen en uit monitors etc. met name op zoek gaan naar specifieke risicogroepen die 'boven komen drijven'. Vooral uit deze gegevens komen risicogroepen naar voren, op een gedetailleerdere schaal dan in deze paragraaf aan de orde is geweest.	Opnemen in werkwijze	Continu	Geen kosten Geen uren
AANBEVELING 28			
Actief gebruik blijven maken van de gegevens vanuit wijkbeheer om LGB beleid beter vorm te geven	Opnemen in werkwijze	Al gaande Continu	Geen kosten Geen uren
AANBEVELING 29			
Waar mogelijk gebruik maken van mogelijkheden en processen vanuit wijkbeheer om activiteiten op het gebied van LGB te plaatsen in de wijk (als setting). Hierbij zal speciale aandacht gegeven worden aan het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de burger en zijn directe omgeving voor de eigen leefomgeving en zorg; de zogenaamde 'civiel society'.	Opnemen in werkwijze	Continu	Geen kosten 5 uur
AANBEVELING 30			
Voortvloeiend uit de quickscan facetbeleid zullen de kansen voor gezondheidsbeleid binnen de gemeentelijke organisatie en wijkbeheer over en weer opgepakt en versterkt worden. Het doel is om afspraken te maken hoe daar vervolgens op structurele wijze mee om te gaan.	Wijkbeheer en gezondheidsbeleid	'06	Geen kosten 20 uur
AANBEVELING 31			
Bij het uitwerken van de verschillende actiepunten zal de benodigde ambtelijke inzet duidelijk omschreven worden en vervolgens zal bekeken worden in hoeverre dat past binnen de beschikbare capaciteit. De benodigde en beschikbare capaciteit zullen verwerkt worden in de desbetreffende afdelingsplanningen.	Opnemen in werkwijze	Continu	Geen kosten Geen uren

<i>Korte omschrijving</i>	<i>Wie (trekker en partners) en/of hoe</i>	<i>Wanneer</i>	<i>Kosten Aambtelijke ureninzet</i>
Indien de capaciteit niet toereikend is, zullen vanuit de afdeling voorstellen volgen hoe dat capaciteitstekort opgelost kan worden.			
AANBEVELING 32			
Intensiveren van overleg gericht op afspraken maken met de GGD Zuidoost Brabant over de dienstverlening en intensiveren van het regulier overleg tussen GGD-contactpersonen en portefeuillehouder/ambtenaar volksgezondheid, opdat de GGD-activiteiten zoveel mogelijk op Veldhovense maat geleverd kunnen worden.	Gemeente & GGD	'06 Al gaande	Geen kosten 10 uur
AANBEVELING 33			
Ontplooiën van initiatieven om het cijfer- en gegevensmateriaal, beschikbaar bij de GGD Zuidoost Brabant, bij voorkeur met betrokken partijen uit het veld, te bespreken en te beoordelen op consequenties voor beleid op de diverse deelterreinen.	Gemeente & GGD	'06 Al gaande	€ 500 per bijeenkomst 10 uur per bijeenkomst
AANBEVELING 34			
Binnen bestaande en nieuwe netwerken, werkgroepen, adviesgroepen etc. binnen Lokaal GezondheidsBeleid (te beginnen bij de adviesgroep LGB) nagaan of de doelstelling voor iedereen duidelijk is en onderschreven wordt en afspraken daaromtrent schriftelijk vastleggen. Partijen spreken zich uit over de verantwoordelijkheden die zij op zich willen nemen en staan toe dat zij eventueel aangesproken worden op het niet (volledig) nakomen van deze afspraken door andere leden van het netwerk. Regelmatig wordt binnen dergelijke netwerken geëvalueerd of de afspraken en doelstellingen nog gelden en nageleefd worden.	gemeente	'07	Geen kosten 10 uur
AANBEVELING 35			
Vanuit LGB wordt aanbevolen dat er breed binnen de gemeente een discussie wordt gestart over het faciliteren van netwerken en klankbordgroepen etc., op een uitgebreidere wijze dan alleen het beschikbaar stellen van vergaderruimte en een ambtelijk notulist. Met name in verband met komende ontwikkelingen zoals Wmo waarbij de gemeente steeds meer moet overleggen en communiceren met partijen die op vrijwillige basis hun medewerking verlenen, zal de bereidheid tot medewerking positief beïnvloed kunnen worden door diverse vormen van ondersteuning. Omdat dit niet alleen voor LGB geldt, dient deze discussie gemeentebreed opgepakt te worden.	gemeente	'06 (doen van de aanbeveling)	Geen kosten Geen uren
AANBEVELING 36			
De adviesgroep bepaalt in 2006 welke positie en rol zij in willen nemen ten opzichte van gemeente en elkaar. De resultaten en aanbevelingen van de evaluatie van het functioneren van de adviesgroep en van de dialoogsessies worden daarbij betrokken. Deze afspraken worden vastgelegd in een intentieverklaring.	Adviesgroep LGB	Begin '06 Einde '08	Geen kosten 20 uur
AANBEVELING 37			
De actiepunten voortkomend uit de evaluatie van de adviesgroep LGB 2004 ten aanzien van communicatie en informatie-overdracht worden nader uitgewerkt en opgepakt	Adviesgroep LGB	Al gaande	Geen kosten 10 uur

5.3 Tijdsplanning

In onderstaande tabel zijn de aanbevelingen, die met elkaar samenhangen wat betreft aanpak, bijeen gezet en is aangegeven op welk moment de aanbeveling omgezet gaat worden in activiteit. Zo geeft deze tabel een goed beeld van de planning van de diverse activiteiten over de periode waarin de nota geldt.

Nr. aanbeveling	Korte omschrijving	Al in gang gezet	2006	2007 en verder
	<i>Werken aan visie, positie en functioneren</i>			
1	Opstellen visie op gezondheidsbeleid		x	
36	De adviesgroep bepaalt in 2006 welke positie en rol zij in willen nemen ten opzichte van gemeente en elkaar.		x	
37	De actiepunten voortkomend uit de evaluatie van de adviesgroep LGB 2004 ten aanzien van communicatie en informatie-overdracht worden nader uitgewerkt en opgepakt.	x		
	<i>Relaties, netwerken en samenwerkingsverbanden</i>			
2	Inventarisatie netwerken en samenwerkingsverbanden, inclusief doelstelling en vertegenwoordigers		x	
3	Gemeente spreekt vanuit haar regierol instellingen aan op aanwezigheid en inzet in netwerken.	x		
4 en 23	Aanwijzen contactpersonen en opstellen contactpersonenkaart			x
5	Organiseren thema-bijeenkomsten met als belangrijk subdoel: 'elkaar leren kennen'		x	
34	Beoordelen netwerken binnen LGB op doelstellingen en verantwoordelijkheden			x
	<i>Monitoren van beleid, activiteiten en functioneren</i>			
8	Jaarlijkse beoordeling gegevens en feiten en bijstelling activiteitenprogramma	x		
9	Beleidsmatige evaluatie LGB (1 x per twee jaar)			x
12	Toeziën op aandacht voor preventie van psychische klachten		x	
18	Toeziën op voldoende aandacht voor preventieve component in OGGZ beleid		x	
19	Aanbeveling tot gebruik maken van OGGZ draagvlak voortkomend uit dialoogsessies		x	
	<i>Opnemen in werkwijze ten aanzien van het opzetten van LGB activiteiten</i>			
7	Structureel gebruik maken van gegevens van instellingen en vertalen naar beleid			x
21	Nagaan of activiteiten plaatsvinden in de directe leefomgeving van de beoogde doelgroep.	x		
26	Bij activiteiten nagaan of het nodig/wenselijk is specifieke aandacht aan risicogroepen te besteden.	x		
27	Bij het beoordelen van gegevens van instellingen en uit monitors etc. met name op zoek gaan naar specifieke risicogroepen die 'boven komen drijven'.		x	
28	Actief gebruik blijven maken van de gegevens vanuit wijkbeheer om LGB beleid beter vorm te geven	x		

Nr. aanbeveling	Korte omschrijving	Al in gang gezet	2006	2007 en verder
29	Gebruik maken van mogelijkheden en processen vanuit wijkbeheer om activiteiten op het gebied van LGB te plaatsen in de wijk (als setting)	x		
30	Kansen tussen wijkbeheer en gezondheidsbeleid (intern) versterken en benutten		x	
31	Beoordelen en zo mogelijk regelen van voldoende ambtelijke capaciteit		x	
	Bouwen aan Gezond Veldhoven			
10	Voorzetting van de programmagroep BaGV, eerstvolgende thema: matig alcoholgebruik.	x		
11	Thema diabetes onderbrengen bij de programmagroep BaGV.			x
	<i>Milieu</i>			
13	Beoordelen nut GES bij bouw- en ontwikkelingsplannen	x	x	
14	Informatieverstrekking 'gezond bouwen' aan particulieren			x
15	Inschakelen GGD bij bouw van gemeentelijke of openbare gebouwen voor beoordeling gezondheidseffecten.			x
16	Informatieverstrekking gezond binnenmilieu via diverse kanalen (ism programmagroep BaGV)			x
17	Informatieverstrekking aan instellingen waar grotere groepen langere tijd verblijven mbt gezond binnenmilieu; onderzoeken mogelijkheid uitvoering project 'binnenmilieu' op scholen.		x	
	<i>Overig</i>			
6	Uitvoeren quickscan facetbeleid		x	
20	Analyseren situatie mbt Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen			x
22	Verwachtingen omtrent lokaal loket, uitgesproken tijdens dialoogsessies, communiceren met loket; regelmatig informeren naar stand van zaken		x	
24	Input leveren richting loket mbt invoeren sociale kaart		x	
25	Mogelijkheden onderzoek van ontwikkelen schriftelijke gecomprimeerde informatie ('foldermateriaal') met verspreiding binnen de setting			x
32	Intensiveren van overleg gericht op afspraken maken met de GGD		x	
33	Bespreken en beoordelen cijfer- en gegevensmateriaal met betrokken partijen en vertalen naar beleid.		x	
35	Aanbeveling doen om discussie omtrent faciliteren netwerken en adviesgroep gemeentebreed op te pakken		x	

Alle aanbevelingen zullen nader uitgewerkt worden in projectomschrijvingen. In 2006 zal een actieprogramma worden opgesteld dat bestaat uit al die projectomschrijvingen.



5.4 Financiële consequenties

Voor lokaal gezondheidsbeleid is op de huidige gemeentebegroting een bedrag van € 8.846 (in 2006) opgenomen voor het uitvoeren van activiteiten op dit terrein. Bovendien zijn er elk jaar ambtelijke uren beschikbaar voor lokaal gezondheidsbeleid (in 2005 ruim 230, elk jaar wordt opnieuw gekeken hoeveel uur er nodig is).

In de tabel in paragraaf 5.2 is een schatting gemaakt van de kosten nodig voor uitvoering van de aanbevelingen.

In onderstaande tabel is geraamd welke kosten in 2006 en 2007 (en verder) nodig zijn om de aanbevelingen uit te kunnen voeren.

Aanbeveling nr.	2006	2007 en verder
1		
2		
3		
4		€ 1.000
5	2 x € 500	2 x € 500
6	€ 1.000	
7		
8		
9		
10	€ 14.000	€ 14.000
11		
12		
13		
14		€ 2.500
15		
16		€ 2.500
17	Maximaal € 10.000 per jaar, maximaal 3 jaar	€ 10.000
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		€ 2.500
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33	2 x € 500	2 x € 500
34		
35		
36		
37		
TOTAAL	€ 27.000	€ 34.500 (waarvan € 18.500 structureel)

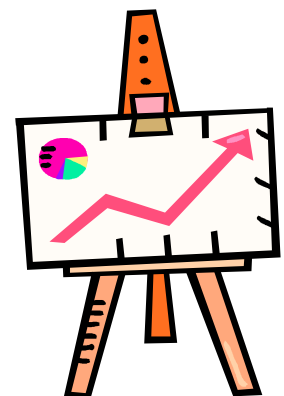
In 2006 is beschikbaar: € 8.846.



Voor 2006 is extra nodig: € 27.000 - € 8.846 = € 18.154
Voor 2007 is extra nodig: € 34.500 - € 8.846 = € 25.654
Voor 2008 is extra nodig: € 28.500 - € 8.846 = € 19.654
Voor de volgende jaren is extra nodig: € 18.500 - € 8.846 = € 9.654.

De benodigde extra middelen voor 2007 en volgende jaren zullen wij opnemen in de procedure van de Perspectievennota 2006. Op dat moment kan een (financiële) afweging gemaakt worden over de aanbevelingen voor 2007 en verder die in deze nota zijn genoemd. De besluitvorming over die Perspectievennota komt echter te laat om de voor 2006 wenselijk/noodzakelijk geachte aanbevelingen nog in 2006 uit te kunnen voeren. Om op de betreffende aanbevelingen werkelijk resultaat te kunnen boeken, is het aangewezen om reeds begin 2006 met de uitvoering daarvan te kunnen aanvangen. Om die reden zal voorgesteld worden om de voor 2006 benodigde middelen, groot € 18.154, beschikbaar te stellen ten laste van de post onvoorzien algemeen.

Veldhovens pluspunt: er zijn veel organisaties in Veldhoven, ze organiseren veel en het hulpniveau, zowel medisch, geestelijk als maatschappelijk is hoog.



Lijst met afkortingen

Afkorting	Betekenis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BaGV	Bouwen aan Gezond Veldhoven
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CIZ	Centrum voor Indicatiestelling Zorg
GES	Gezondheidseffectscreening
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
LGB	Lokaal Gezondheidsbeleid
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SEGV	Sociaal economische gezondheidsverschillen
SWOVE	Stichting Welzijn Ouderen Veldhoven
VTV	Volksgezondheidstoekomstverkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten

Lijst van gebruikte documenten

Nota Lokaal gezondheidsbeleid 2001-2004 gemeente Veldhoven

Nota Lokaal gezondheidsbeleid in de Kempen 2003-2007

Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid 2004-2007 gemeente Best

Nota Lokaal Gezondheidsbeleid Eindhoven 2003-2006

Instrumentenkoffer 'Gemeentelijk gezondheidsbeleid in de praktijk deel 1' (VNG en GGD Nederland)

'Bouwen aan gezond beleid', VNG 2001