

## **KADERNOTA LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID 2004-2007**

### **1 - Inleiding**

Conform artikel 3b van de gewijzigde Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid dient de gemeenteraad elke vier jaar een nota gemeentelijk lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen. In deze kadernota beschrijven wij de hoofdlijnen van het lokale gezondheidsbeleid voor de gemeente Best in de periode 2004-2007.

### **2 - Wettelijk kader**

Diverse wetten regelen nu nog de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de gezondheid van haar burgers: de Grondwet, de Gemeentewet, de Welzijnswet en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Deze laatste wet geeft de gemeente een duidelijk uitvoerende rol ten aanzien van epidemiologie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, hygiëne en medische milieukunde en openbare geestelijke gezondheidszorg.

Vermoedelijk met ingang van 2006 zullen de huidige Wet Voorzieningen Gehandicapten en delen van de Welzijnswet, Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten worden vervangen door de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Deze wet zal moeten worden uitgevoerd door de gemeente, die zorg op lokaal niveau moet gaan regelen. Dit houdt in dat de gemeente collectieve en individuele voorzieningen in stand houdt met betrekking tot wonen, welzijn en zorg, zodat mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking zoveel mogelijk worden ondersteund bij het zich zelfstandig kunnen redden in de samenleving. Aan diegenen voor wie het informele circuit en deze collectieve voorzieningen niet toereikend zijn, worden op indicatiebasis individuele voorzieningen verstrekt. Op dit moment zijn de consequenties van de komst van de nieuwe wet voor het lokale gezondheidsbeleid nog niet helemaal te overzien. Maar dat de nieuwe wetgeving gevolgen zal hebben voor het lokale gezondheidsbeleid staat buiten kijf.

Hoewel de hierboven genoemde wetten direct betrekking hebben op volksgezondheid, legitimeren nog diverse andere wetten de gemeente om zich, direct of indirect, bezig te houden met de gezondheid van haar burger, zoals de Wet ambulancezorg, Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen, Wet Bestrijding Infectieziekten en de Wet Milieubeheer.

### **3 - Doelstelling lokaal gezondheidsbeleid**

De centrale doelstelling van het lokale gezondheidsbeleid voor de periode 2004-2007 is als volgt omschreven:

"Het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een optimale gezondheid van de inwoners uit Best en waar mogelijk gezondheidsproblemen/-bedreigingen voorkomen door middel van (preventieve) acties op het gebied van leefstijl en omgeving en het bevorderen van de toegankelijkheid van de (gezondheidszorg)voorzieningen."

### **4 - Trends en (beleids)ontwikkelingen**

Er zijn in de samenleving meerdere ontwikkelingen gaande die de overheid en specifiek de gemeente noodzaken maatregelen te treffen op het gebied van gezondheid(sbeleid). In dit kader kunnen worden genoemd:

- de stagnerende gezondheid van Nederlanders ten opzichte van andere Europeanen als gevolg van ongezond gedrag o.a. roken, te weinig bewegen;
- "dubbele" vergrijzing; het toenemend aantal ouderen en de leeftijd van ouderen;
- toenemende vermaatschappelijking van de zorg: verplaatsen van de zorg binnen de instellingen naar de eigen woon- en leefomgeving;
- integrale verantwoordelijkheid voor de jeugdgezondheidszorg 0 tot 19 jaar sinds de wijziging van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid;

- gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg sinds de wijziging van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Dit betekent o.a. dat de gemeente moet zorgen voor beschikbaarheid van (vangnet)voorzieningen voor mensen die zorg nodig hebben, maar die niet zelfstandig en op eigen initiatief een bepaalde hulpvraag doen;
- modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, die zich uiteindelijk alleen zal gaan richten op mensen met beperkingen die langdurig (langer dan één jaar) continue zorg nodig hebben;
- komst van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (vermoedelijk) per 1 januari 2006.

Daarnaast zijn er nog ontwikkelingen te noemen die zich op het lokale en regionale vlak voordoen, zoals o.a. schaa sprong eerstelijnszorg, de uitwerkingen van het Beleidskader Welzijn en Regionaal Beheersplan Rampenbestrijding.

## **5 - Waar houdt het gezondheidsbeleid zich nu mee bezig?**

Niet eerder is in de gemeente Best een nota over lokaal gezondheidsbeleid verschenen. Dit wil echter niet zeggen dat er geen activiteiten zijn uitgevoerd ten aanzien van gezondheid(sbevordering). In de afgelopen jaren heeft de gemeente, al dan niet in samenwerking met andere zorg- of gezondheidsorganisaties, activiteiten uitgevoerd ter bevordering van de gezondheid van de burgers in Best. Deze activiteiten vonden op velerlei gebied plaats: infectieziektebestrijding, hygiënezorg, medische milieukunde gezondheidsinformatie, preventieprogramma's gezondheidsonderzoek, jeugdgezondheidszorg, rampenbestrijding, sociaal medische advisering, forensische geneeskunde, ambulancezorg, sport en mantelzorg.

## **6 - Huidige gezondheidssituatie**

Om een beeld te krijgen van de gezondheidssituatie van de burger in Best voert de GGD Zuidoost-Brabant regelmatig gezondheidspeilingen onder de Bestse bevolking uit, waarbij gegevens verzameld worden over o.a. leefstijl, ziekten, geestelijke gezondheid, eenzaamheid, mantelzorg e.d. Daarbij komen achtereenvolgens de categorieën jongeren (12 tot en met 17 jaar), volwassenen (18 tot en met 64 jaar) en ouderen (65 tot en met 85 jaar) aan de orde. Voorheen werd een cyclus van zes jaar gehanteerd voor elke leeftijdscategorie. Sinds de wijziging van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid is deze cyclus teruggebracht naar een vierjarige cyclus.

Gegevens over de gezondheidssituatie van de volwassenen en ouderen dateren uit 1998 respectievelijk van 2001. Recentere gegevens ontbreken. In de nabije toekomst zal de GGD Zuidoost-Brabant de gezondheidspeilingen onder elke leeftijdscategorie elke 4 jaar uitvoeren, waardoor gezondheidsgegevens nooit ouder zullen zijn dan (de wettelijke termijn) van 4 jaar.

Algemeen kan geconcludeerd worden dat de GGD-peilingen onder de ouderen en volwassenen in grote lijnen geen opzienbarende of zorgwekkende resultaten aan het licht brengen over diverse gezondheidsaspecten van de Bestse burger. Veelal blijken de resultaten in overeenstemming met de regionale of landelijke cijfers. Voor de resultaten, conclusies en aanbevelingen verwijzen wij u naar de achterliggende nota. Voor een vergelijking van de resultaten met de regiogemeenten en met landelijke cijfers verwijzen wij u naar de betreffende GGD-rapporten.

Wat betreft de gegevens over de jongeren in Best merken wij het volgende op. Gegevens over de jeugd van 12 tot 18 jaar ontbreken nog. Momenteel heeft de GGD Zuidoost-Brabant de eerste tabellen met regionale cijfers over de jongerenenquête naar alle gemeenten gezonden. Naar verwachting in het najaar 2004 ontvangt de gemeente van de GGD Zuidoost-Brabant een eigen rapport met de resultaten van de Bestse jeugd. Derhalve hebben wij nog geen gegevens over de gezondheidssituatie van de Bestse jongeren. Desalniettemin zullen wij deze gegevens, maar ook gegevens over de andere leeftijdscategorieën voorzover die nu nog niet voorhanden zijn, uitdrukkelijk betrekken bij de uitwerking van deze kadernota.

Op basis van de huidige leeftijdsindeling ontbraken gegevens over de gezondheid van de jeugd van 0 tot en met 11 jaar. Daarom hebben de SRE-gemeenten gezamenlijk besloten deze monitor in 2005 te zullen gaan uitvoeren. Ook deze gegevens zullen te zijner tijd worden betrokken bij de uitwerking van deze notitie.

## **7 - Kaders voor het Lokale Gezondheidsbeleid in de periode 2004-2007**

Op basis van de reeds geformuleerde centrale doelstelling stellen wij u voor drie aandachtsvelden voor lokaal gezondheidsbeleid voor de jaren 2004-2007 te formuleren. Deze aandachtsvelden vormen het kader, waarbinnen de komende jaren diverse gezondheidsactiviteiten moeten worden ontwikkeld en uitgevoerd. De instellingen betrokken bij welzijn, wonen en zorg dienen zich binnen de gestelde kaders te richten op de burgers en op (samenwerking met) elkaar.

Wij hanteren de volgende uitgangspunten:

- Hoewel het gezondheidsbeleid een aangelegenheid is van de gemeente, blijven burgers in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid. Komt echter de lokale gezondheid in het geding of zijn burgers niet in staat deze eigen verantwoordelijkheid te nemen, dan zal het initiatief ook van de gemeente uit moeten gaan.
- De gezondheidszorg, de afstemming tussen vraag en aanbod en de kwaliteit van zorg is in principe een aangelegenheid voor de professionals en de professionele instellingen. De gemeente vervult hierin eventueel en indien noodzakelijk een regierol.
- Gesubsidieerde professionele gezondheidsorganisaties hebben een belangrijke verantwoordelijkheid waar het gaat om de inhoudelijke ondersteuning van en draagvlak bij (de hoofdlijnen van) het lokale gezondheidsbeleid. Wij verwachten van deze organisaties derhalve een actieve rol in de uitvoering hiervan.
- Het ambitieniveau voor de periode 2004-2007 dient reëel te zijn. In de uiteindelijke aanpak van projecten ter bevordering van de gezondheid kan daarom niet alles worden meegenomen. Er moeten uit overwegingen van efficiency, effectiviteit en haalbaarheid keuzes gemaakt worden.

De volgende drie aandachtsvelden vormen het kader van het lokale gezondheidsbeleid in de gemeente Best voor de jaren 2004 tot en met 2007.

### **Aandachtsveld 1 - Preventie van collectieve gezondheidsproblemen**

Voortvloeiend uit de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid dient voor de komende jaren aandacht gegeven te worden aan preventief gezondheidsbeleid. Immers voorkomen is beter dan genezen. Juist hierdoor kunnen oorzaken van ziektes worden weggenomen, kan worden bijgedragen aan een verbeterde gezondheid en kunnen de oorzaken van een alsmaar toenemende vraag naar zorg op een duurzame manier worden aangepakt.

Het accent van de gezondheidspreventie dient daarbij te liggen op het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een optimale gezondheid van de inwoners uit Best en waar mogelijk gezondheidsproblemen/-bedreigingen te voorkomen, zoals reeds verwoord is in de centrale doelstelling. Dit beleid kan zijn gericht op de burgers in het algemeen, maar dient zich met name te richten op kwetsbare groepen in de samenleving (in overeenstemming met het Beleidskader Welzijn), bijvoorbeeld ouderen of gehandicapten.

Tussen de gemeente en de instellingen is een duidelijke scheiding van verantwoordelijkheden ten aanzien van gezondheidspreventie. De gemeente geeft de beleidskaders aan en de betrokken partijen (op zowel lokaal als regionaal niveau) zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van dit beleid. In de uitgebreide nota (hoofdstuk 5) hebben wij een mogelijke uitwerking gegeven van gezondheidsbevorderende activiteiten en -projecten. Welke activiteiten en -projecten daadwerkelijk voor de komende periode zullen worden opgepakt, zal in nauwe samenwerking met de stuurgroep Lokaal Gezondheidsbeleid en de instellingen voor wonen, welzijn en zorg nog nader moeten worden bepaald.

## **Aandachtsveld 2 - Versterken eerstelijnszorg**

In nauwe samenhang met de collectieve preventie staat de lokale gezondheidszorg, en meer specifiek de eerstelijnszorg. "Een goed toegankelijke en bereikbare 24-uurs eerstelijns gezondheidszorg in Best moet samen met de betreffende beroepsgroepen worden gerealiseerd" is één van de doelstellingen uit het coalitieprogramma 2002-2006. Door toename van de zorgvraag van thuiswonende mensen, de complexiteit van die vraag en schaarste bij verschillende beroepsgroepen, is versterking van de eerste lijn nodig om in de toekomst aan alle zorgvragen te kunnen blijven voldoen. Daarom is in mei 2003 gestart met het project versterken van de eerstelijnszorg in Best met als doel het in alle redelijkheid waarborgen van de eerstelijnszorg voor de inwoners. Dit door het opzetten van een lokale ondersteunings- en ontwikkelingsstructuur die samen met de betrokken beroepsgroepen en eerstelijns organisaties plannen maakt en de uitvoering ondersteunt. De doelstelling is geconcretiseerd in de subdoelen:

- het realiseren van een goed niveau van eerstelijns voorzieningen voor alle deelgebieden (Best is in drie deelgebieden verdeeld met ongeveer gelijk aantal inwoners), passend bij de te verwachten ontwikkelingen in dat gebied;
- versterking van de doelmatigheid om zo de toenemende zorgzwaarte op te kunnen vangen (door o.a. gezamenlijke voorzieningen en facilitering, samenwerken, taakdelegatie, consultatie);
- een aantrekkelijk werksituatie bieden, zodat binnen de eerste lijn voldoende capaciteit voor Best behouden blijft (nieuwe vestiging c.q. opvolging aantrekkelijk maken, voorkomen van voortijdig stoppen met werken e.d.).

Inmiddels is naar aanleiding van de inventarisatie van de wensen en mogelijkheden van de huisartsen, apothekers en andere disciplines een visie voor de eerstelijns op de langere termijn geformuleerd. De locatie De Schakel is bedoeld als opstart (van 5 jaar) voor een groter eerstelijnscentrum voor twee deelgebieden in Best, waar enerzijds de wijken Naastenbest, Wilhelminadorp, Batadorp en anderzijds de wijken Heuveleind en Heivelden onder vallen. De plannen voor dit eerstelijnscentrum worden de komende jaren ontwikkeld. In het deelgebied centrum (w.o. de wijken Centrum, Salderes, Hoge Akker, De Leeuwerik en Speelheide) zal in goed overleg met de bij de Zonnewende betrokken partijen en in samenhang met de reconstructieplannen voor het centrumgebied, een opzet worden gemaakt voor een groter en breder eerstelijns centrum voor over een termijn van 5 tot 10 jaar.

## **Aandachtsveld 3 - Gevolgen van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning<sup>1</sup>**

De nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning, vermoedelijk in 2006 in werking tredend, komt (deels) ter vervanging van de Welzijnswet, WVG, AWBZ en de Ziekenfondswet (en wellicht in de toekomst de WCPV). 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.

---

<sup>1</sup> Zie ook rapport "Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning" van het Ministerie van VWS. Is reeds gezonden naar alle raadsleden.

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. Onder andere worden genoemd:

- 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.

Wat de precieze consequenties van deze ingrijpende wetwijziging zullen zijn voor de gemeente, is op dit moment nog niet bekend. Bovendien zetten wij een kanttekening bij de haalbaarheid van bepaalde uitgangspunten in de nieuwe wet (bijvoorbeeld ten aanzien van de toegenomen verantwoordelijkheid van de civil society). Met de huidige informatie blijkt het nog niet mogelijk om hierover een gemeentelijk standpunt te formuleren. Wel is duidelijk dat de gemeente als verantwoordelijke de regierol moeten gaan voeren en haar beleid in de komende jaren moet gaan afstemmen op het beleid van bij de maatschappelijke ondersteuning betrokken organisaties. Uiteraard heeft de gemeente ook een belangrijke rol in het bewaken van de voortgang van de gemaakte afspraken en het aanspreken van partijen op hun verantwoordelijkheden.

## **8 - Randvoorwaarden**

### **8A - Regiefunctie**

De nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning geeft burgers niet het recht op dienstverlening, maar legt vast wat burgers redelijkerwijs mogen verwachten aan ondersteunende diensten. De gemeente moet hiervoor volgens de nieuwe wet de regierol op zich nemen, omdat zij het dichtst bij de burger staat en de expertise en sociale structuur heeft om een goed integraal dienstenpakket aan te bieden. De gemeente moet als sociaal vangnet gaan dienen voor de kwetsbare burgers in de samenleving. Ook in de WCPV is de regiefunctie van de gemeente (o.a. ten aanzien van collectieve preventie, OGGZ en de JGZ) wettelijk verankerd. De regiefunctie houdt in dat de gemeente verantwoordelijk is voor de totstandkoming van beleid, waarbij zij met partijen (bijv. woningcorporaties, zorginstellingen en zorgverzekeraars) onderhandelt, overlegt en afspraken maakt en de partijen aanspreekt op hun verantwoordelijkheden. Binnen deze regierol zijn de volgende elementen van belang: het bijeen brengen van partijen, communicatie en informatievoorziening, overeenstemming zoeken, zorg voor sturing en de evaluatie.

In de komende jaren zal nadrukkelijk en in samenwerking met de instellingen op het gebied van wonen, welzijn en zorg, invulling gegeven worden aan deze regierol, die voortvloeit uit de WMO en WCPV. In dit kader zal de ketenbenadering worden meegenomen.

## **8B - Monitoring**

Zowel vanuit de WCPV als in de toekomstige WMO dient de gemeente zorg te dragen voor inzicht in de vraag en behoeften van kwetsbare burgers, het aanbod aan voorzieningen op lokaal niveau en de ontwikkelingen die zich hierin voordoen. Hier ligt een gemeentelijke verplichting burgers te volgen, ontwikkelingen te monitoren en te signaleren. Op basis van verzamelde informatie moet beleid ontwikkeld worden dat is afgestemd op de vraag en nieuwe ontwikkelingen.

Veel informatie over de gezondheid van de burgers komt uit de gezondheidspeilingen van de GGD. Deze peilingen zijn eigenlijk een doorlopende monitoring van beleid, zowel van het lokale als het nationale beleid. Deze gezondheidspeilingen zijn echter niet voldoende om de effecten van reeds ingezet beleid te meten. Ook registratiegegevens bij zorginstellingen kunnen informatie bevatten over de gezondheidssituatie van burgers of over de effecten van beleid. Veelal worden echter kwantitatieve gegevens over de diverse aspecten van de gezondheid te gefragmenteerd aangeboden, waarbij de gegevens van diverse partijen niet met elkaar in verband (kunnen) worden gebracht. In navolging van de regiefunctie ligt ook hier een taak voor de gemeente om de samenwerking tussen partijen te bevorderen, teneinde invulling te kunnen geven aan een valide, integrale en effectieve monitorfunctie. De stuurgroep Lokaal Gezondheidsbeleid en de sociale structuurschets als monitorinstrument kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

## **9 - Financieel kader**

De uitwerking van het lokale gezondheidsbeleid vindt enerzijds plaats binnen de reeds bestaande (subsidie)budgetten (ruim € 1.500.000,00). Anderzijds wordt het budget voor de versterking van het lokale gezondheidsbeleid (€ 25.000,00) aangewend, dat voor de jaren 2004 tot en met 2006 op het investeringsprogramma is opgenomen. Deze budgetten vormen het financiële kader, waarbinnen het lokale gezondheidsbeleid wordt uitgevoerd.

De financiële consequenties van de WMO zijn op dit moment nog niet bekend. Wel heeft de VNG aangegeven dat voor de uitvoering van de WMO een adequaat financieel kader dient te worden geschapen en dit kader dient ook in meerjarenperspectief toereikend te zijn, gelet op de kostenstijging voortvloeiend uit de demografische trend en de reeds in gang gezette extramuralisering en de vermaatschappelijking van de zorg.

## **10 - Samenvatting**

In deze kadernota is de centrale doelstelling van het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente Best in de periode van 2004 tot met 2007 beschreven, te weten het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een optimale gezondheid van de inwoners uit Best en waar mogelijk gezondheidsproblemen/-bedreigingen voorkomen. Voortvloeiend uit deze doelstelling hebben wij het kader geformuleerd, waar het lokale gezondheidsbeleid zich in deze periode dient te richten.

Dit kader wordt gevormd door drie aandachtsvelden, te weten:

1. Preventie van collectieve gezondheidsproblemen.
2. Versterken van de eerstelijnszorg.
3. Gevolgen van de nieuwe Wet Maatschappelijk Ondersteuning.