

Wetstechnische informatie

Gegevens van de regeling

Overheidsorganisatie	gemeente Heusden
Officiële naam regeling	Nota lokaal gezondheidsbeleid
Citeertitel	Heusden op gezonde koers
Besloten door	gemeenteraad
Deze versie is geldig tot (als de vervaldatum is vastgesteld)	
Onderwerp	Zorg en Welzijn

Opmerkingen m.b.t. de regeling

Geen.

Grondslagen

1. wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Regelgeving die op deze regeling is gebaseerd (gedelegeerde regelgeving)

1. Geen.

Overzicht van in de tekst verwerkte wijzigingen

Datum inwerking-treding	Terug-werkende kracht	Betreft	Ontstaansbron: datum ondertekening; bron bekendmaking	Inwerkingtreding: datum ondertekening; bron bekendmaking	Voorstel gemeenteraad
1-10-2004		nieuwe regeling	16-12-2003 De Scherper, 05-02-2004	16-12-2003 De Scherper, 05-02-2004	B200313781

Nota Lokaal Gezondheidsbeleid



Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Doel van de nota	5
1.3 Totstandkoming van de nota	5
1.4 Leeswijzer	6
2. De gemeente en gezondheidsbeleid	7
2.1 De gemeentelijke rol en de wettelijke basis	7
2.2 Gezondheid: definitie, visie, factoren en deelterreinen	8
2.2.1 Aansluiten bij de definitie van de WHO	8
2.2.2 Integrale visie	8
2.2.3 Gezondheidsfactoren.....	10
2.2.4 Deelterreinen gezondheidsbeleid.....	10
3. De gezondheidsfactoren nader belicht	12
3.1 Veranderingen in de samenleving	12
3.1.1 Ontgroening en vergrijzing	12
3.1.2 Vermaatschappelijking van de zorg	13
3.1.3 Modernisering AWBZ.....	13
3.1.4 Rapport "Gezondheid op Koers?"	14
3.1.5 Individualisering	16
3.1.6 Wet- en regelgeving.....	16
3.2 Gezondheidsbeleving.....	16
3.2.1 Algemeen	16
3.2.2 Jongeren (12 t/m 24 jaar).....	17
3.2.3 Volwassenen	18
3.2.4 Ouderen (en gehandicapten)	20
3.2.5 Minderheden/migranten	22
3.3 Toegang tot de zorg	23
3.3.1 Situatie huisartsenzorg	23
3.3.2 Regiogrensproblematiek	25
4. Speerpunten van beleid	28
4.1 De speerpunten.....	28
4.1.1 Schaarste in de huisartsenzorg.....	29
4.1.2 Ouderen.....	30
4.1.3 Jongeren.....	31
4.1.4 Regiogrensproblematiek	33
4.1.5 Vermaatschappelijking.....	34
5. Financieel kader	35
6. Plan van aanpak	37
7. Gebruikte literatuur en websites	42
8. Lijst van gebruikte afkortingen	43
Bijlage 1	44

Samenvatting

Door de wijziging van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is de gemeente verplicht om iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen. Voor u ligt de eerste nota, die voor de jaren 2004 - 2007 de actiepunten weergeeft in het kader van het gezondheidsbeleid. Deze actiepunten zijn erop gericht de in onze gemeente voorkomende gezondheidsachterstanden te bestrijden.

Bij de totstandkoming van de nota is enerzijds gebruik gemaakt van onderzoeksgegevens die de GGD heeft verzameld door het uitzetten van gezondheidsenquêtes onder verschillende doelgroepen binnen de gemeente.

Anderzijds zijn de diverse maatschappelijke organisaties op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid betrokken bij de ontwikkeling van deze nota. Een belangrijke rol is voor hen tevens weggelegd bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid, waarbij de gemeente als gevolg van veranderde wetgeving meer en meer de regiefunctie op zich zal nemen.

Op basis van de gezondheidsenquêtes en de informatie uit het veld is in deze nota de huidige en toekomstige gezondheidssituatie van de Heusdense burger geschetst. Dit levert ruim voldoende aanknopingspunten op voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Vanwege beperkte financiële middelen zal het echter niet mogelijk zijn om alles aan te pakken wat eigenlijk aangepakt dient te worden. Daarom zijn er speerpunten geformuleerd ten aanzien van jongeren, ouderen, de huisartsenzorg, vermaatschappelijking in de zorg en de regiogrensproblematiek waarmee Heusden te kampen heeft. Op deze terreinen speelt het volgende:

Jongeren

Onder de Heusdense jongeren is een meer dan gemiddeld gebruik van genotmiddelen en een grote mate van inactiviteit waar te nemen. Uit onderzoek blijkt dat een en ander niet op zichzelf staat, maar dat er nauwe relaties bestaan met zaken als spijbelgedrag, rondhangen op straat en de vaak daarmee gepaard gaande overlast. Een andere ontwikkeling is dat de gemeente sinds 1 januari 2003 verantwoordelijk is voor de integrale jeugdgezondheidszorg voor alle 0 – 19 jarigen. Voorheen was de gemeente slechts verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg voor de 4 – 19 jarigen.

Ouderen

De Heusdense ouderen scoren slecht op het gebied van psychosociale problematiek, met name als het gaat om eenzaamheid. Daarnaast vraagt het onvoldoende op elkaar afgestemd zijn van het zorgaanbod en het ontbreken van geschikte huisvesting voor ouderen en gehandicapten om aandacht.

Huisartsenzorg

Zowel landelijk als lokaal is er een toenemend tekort aan huisartsen geconstateerd.

Vermaatschappelijking in de zorg

Als gevolg van de vermaatschappelijking in de zorg is samenwerking en afstemming tussen gemeenten onderling, gemeente(n) en zorgkantoor en gemeente(n) en uitvoerende organisaties in toenemende mate noodzakelijk.

Regiogrensproblematiek

Sinds de gemeentelijke herindeling bestaat het probleem dat binnen onze gemeente meerdere organisaties zich met hetzelfde onderwerp bezighouden. Dit heeft als oorzaak dat van oudsher de kernen Drunen en Heusden gericht zijn op de regio Midden-Brabant, terwijl de kern Vlijmen gericht is op de regio 's-Hertogenbosch.

Uit de hierboven beschreven problematieken zijn actiepunten voortgevloeid die in het laatste hoofdstuk gebundeld zijn in een plan van aanpak. Met dit plan van aanpak is voor Heusden *een gezonde koers* uitgestippeld!

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Leven in goede gezondheid wordt wel eens het hoogste goed genoemd. Een goede gezondheid is in de beleving van veel mensen dan ook heel waardevol. Je wenst het elkaar toe bij feestelijke gelegenheden: "nog vele jaren in goede gezondheid". Of zelfs na een niesbuitje: "gezondheid". Materiële zaken staan op het tweede plan: "als ik maar gezond ben".

Zeker als men niet (meer) gezond is, leert men de waarde van gezondheid kennen. Zo heeft een gezondheidsenquête van de GGD Hart voor Brabant in 2001 uitgewezen dat 13% van de volwassen bevolking in de leeftijd van 20 tot 65 jaar in onze gemeente de eigen gezondheid als slecht ervaart.

Deze en overige onderzoeksresultaten in de afgelopen jaren over de gezondheidsbeleving van onze bevolking zijn de belangrijkste aanleiding voor de gemeente Heusden om te komen tot de formulering van een lokaal gezondheidsbeleid. Daarnaast hebben uiteraard de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot de aanscherping van de gemeentelijke rol op het gebied van de preventieve gezondheidszorg hierin een belangrijke rol gespeeld. Met de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) hebben gemeenten in medebewind de verantwoordelijkheid gekregen voor de collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. Omdat de gemeente het dichtst bij de burger staat en het beste inzicht heeft in de lokale problemen en oplossingsmogelijkheden, heeft het rijk deze taak naar de lokale overheid gedecentraliseerd.

Al eerder, namelijk in 1995, heeft de Inspectie voor de Openbare Gezondheidszorg geconstateerd dat er bij gemeenten in zijn algemeenheid sprake is van een gebrekkige bestuurlijke betrokkenheid bij het collectief preventief gezondheidsbeleid. Naar aanleiding daarvan heeft de Minister van Volksgezondheid de commissie Lemstra ingesteld, die aanbevelingen heeft gedaan ter versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Dit mondde uit in een actieprogramma "Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid" en de daarmee samenhangende wettelijke verplichting voor zowel de rijksoverheid als de gemeentelijke overheden om elke vier jaar een nota (lokaal gezondheidsbeleid) vast te stellen. In de voor u liggende nota wordt het lokaal gezondheidsbeleid voor de jaren 2004 tot en met 2007 vastgesteld.

1.2 Doel van de nota

Het doel van de nota is het vaststellen van het lokaal gezondheidsbeleid voor de gemeente Heusden gedurende de jaren 2004 tot en met 2007. In het verlengde van het overkoepelende welzijnsbeleid dient deze nota dus te fungeren als kapstok voor alle gemeentelijke acties op het gebied van de (preventieve) gezondheidszorg in de betreffende periode. Acties die erop gericht dienen te zijn de verderop in deze nota aan de orde komende gezondheidsachterstanden te bestrijden. Uiteindelijk zal deze nota dan ook uitmonden in concrete actiepunten op het gebied van het gezondheidsbeleid voor de komende vier jaren.

1.3 Totstandkoming van de nota

Voor wat betreft de totstandkoming van deze nota lokaal gezondheidsbeleid is getracht een nota te formuleren die zowel bij de burgers van onze gemeente als bij de verschillende maatschappelijke organisaties op een groot draagvlak kan rekenen.

Ten behoeve van draagvlak en herkenbaarheid bij de burger is gebruik gemaakt van de resultaten van vier gezondheidsenquêtes die door de GGD in de afgelopen jaren zijn uitgezet onder verschillende doelgroepen binnen onze gemeente.

Het betreft hier de rapportages "Jongeren en genotmiddelen", "Onderzoek naar het welbevinden van 65-plussers", "Jongeren in de gemeente Heusden" en "Gezondheidsenquête volwassenen". In de loop van de tijd zullen ook de nu nog niet bekende gegevens uit de onlangs gestarte Brabantse jeugdmonitor worden betrokken bij zowel de uitvoering van deze nota als de in voorbereiding zijnde gemeentelijke nota integraal jeugdbeleid. De gegevens uit de jeugdmonitor zijn met name interessant omdat de monitoring niet alleen gemeentebreed, maar ook toegespitst op de drie grote gemeentelijke kernen (Drunen, Heusden, Vlijmen) plaats zal vinden.

De herhalingsfrequentie van de verschillende gezondheidsenquêtes en het meer permanente karakter van de jeugdmonitor stellen ons naar verwachting in staat om de uit deze nota voortvloeiende gezondheidswinst te evalueren. De resultaten daarvan zullen vervolgens weer een startpunt vormen voor eenzelfde nota voor de volgende periode van vier jaar.

De betrokkenheid en inbreng van diverse maatschappelijke organisaties die direct of indirect bemoeienis hebben met lokaal gezondheidsbeleid is gewaarborgd door vijf ronde tafel gesprekken zoals die eind 2002 zijn gevoerd. In het kader van het duale bestel is mede op basis van deze gegevens vervolgens in zowel de raadscommissie Inwonerszaken op 15 januari 2003 als in de raadsvergadering van 11 februari 2003 een kaderstellende discussie gehouden.

Binnen de door de gemeenteraad geformuleerde kaders is vervolgens de conceptnota lokaal gezondheidsbeleid "Heusden op gezonde koers" opgesteld. Deze conceptversie is in de loop van september/oktober 2003 ter reactie voorgelegd aan de eerder uitgenodigde maatschappelijke organisaties. De reacties zijn aan de orde gesteld in het raadsvoorstel behorende bij deze nota zoals dat op 16 december 2003 is voorgelegd aan de gemeenteraad. De reacties en alle andere relevante stukken zoals de onderzoeksrapportages, het gezondheidsprofiel en de verslaglegging van de ronde tafel gesprekken zijn voor de gemeenteraad op de gebruikelijke wijze ter inzage gelegd. Voor zover relevant, zijn de reacties verwerkt in de definitieve nota.

1.4 Leeswijzer

De voor u liggende nota begint algemeen beschrijvend en eindigt met een concreet plan van aanpak voor de planperiode. In het volgende hoofdstuk wordt de gemeentelijke rol op het gebied van de volksgezondheid beschreven. Aansluitend komt ter sprake wat we verstaan onder het begrip "gezondheid" en welke visie op gezondheid dit vervolgens oplevert. Tot slot komen de factoren die van invloed zijn op gezondheid op basis van het model van Lalonde aan de orde.

Hoofdstuk drie staat vervolgens in het teken van de beschreven factoren, zowel in algemene zin als toegespitst op de gemeente Heusden. Dit resulteert in een schets van de huidige gezondheidssituatie van de Heusdenaren. Deze schets levert voldoende aandachtspunten op voor het te formuleren gemeentelijk gezondheidsbeleid. Vanwege noodzakelijke prioritering worden in hoofdstuk 4 keuzes gemaakt die uitmonden in speerpunten van beleid en daarbij voorgestelde oplossingsrichtingen. Het financiële kader wordt weergegeven in hoofdstuk 5. De nota eindigt in hoofdstuk 6 met een plan van aanpak voor de komende periode van vier jaar.

2. De gemeente en gezondheidsbeleid

2.1 De gemeentelijke rol en de wettelijke basis

De gemeentelijke rol en verantwoordelijkheid in het bevorderen van de volksgezondheid zijn van oudsher groot te noemen. Als gevolg van zowel nadere regelgeving als een bepaalde decentralisatiebehoefte vanuit de rijksoverheid is deze gemeentelijke verantwoordelijkheid de laatste jaren alleen maar groter geworden. De meest prominente wetgeving op dit gebied is de al eerder genoemde WCPV (paragraaf 1.1) op grond waarvan vierjaarlijks deze nota lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd dient te worden. Zowel in paragraaf 3.1.6 als verderop in deze nota wordt nader ingegaan op de meest relevante ontwikkelingen op dit gebied.

In het kader van haar wettelijke rol kan de gemeente allerlei gezondheidsbeschermende, gezondheidsbevorderende en preventieve maatregelen nemen die een bijdrage leveren aan de verbetering van de gezondheid van haar burgers. De gemeente heeft dus de middelen om gezondheid te behouden of te verbeteren en zij kan en moet de belangrijke regierol vervullen in het veld van de (openbare) gezondheidszorg. In navolging van de stijgende lijn voor wat betreft de gemiddelde gezondheidssituatie van de burger, is de gemeentelijke aandacht in de loop der jaren verplaatst van het verbeteren van de hygiëne en het voorkomen van infectieziekten naar ziektepreventie en gezondheidsvoorlichting.

Als gemeente hebben we overigens niet alleen mogelijkheden, maar ook verplichtingen als het gaat om de volksgezondheid. De gemeentelijke verplichtingen zijn met name vastgelegd in de WCPV. Deze WCPV draagt de gemeente onder andere op om een Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden. Op basis van een gemeenschappelijke regeling participeren wij als gemeente Heusden dan ook in de GGD Hart voor Brabant. De GGD Hart voor Brabant heeft zo'n 530 medewerkers en werkt voor 29 gemeenten met in totaal bijna een miljoen inwoners. Hiermee behoort de GGD Hart voor Brabant tot de grootste drie GGD's van Nederland. De GGD Hart voor Brabant beschikt over drie vestigingen (Tilburg, 's-Hertogenbosch en Oss) en drie steunpunten (Cuijk, Uden en Waalwijk).

Figuur 1:
Werkgebied
GGD Hart voor
Brabant



Op grond van de WCPV, overige wettelijke bepalingen en de gezamenlijke wensen van de participerende gemeenten heeft de GGD Hart voor Brabant een omvangrijk pakket aan dienstverlening in de aanbieding: het zogeheten basisstandaardpakket.

Gelet op het specifieke karakter en de geringe mogelijkheid tot beïnvloeding van dit pakket, zal in deze nota niet specifiek worden ingegaan op dit brede scala aan producten. In het plan van aanpak dat in hoofdstuk 6 het sluitstuk van deze nota vormt, is e.e.a. in feite dan ook niet zichtbaar. Niettemin dienen we ons te realiseren dat dit basisstandaardpakket de basis is voor ons (preventieve) gemeentelijk gezondheidsbeleid. De in deze nota voorgestelde maatregelen zijn dus aanvullend op het basisstandaardpakket. Bij de ter inzage liggende stukken bij het raadsvoorstel voor deze nota ligt een exemplaar van het produktenboek van de GGD Hart voor Brabant ter inzage.

Behalve in de WCPV is de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de openbare volksgezondheid nog in veel andere wetgeving verankerd. Een overzicht van de meest relevante wetgeving, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen wetten die bevoegdheden geven, wetten die verplichtingen opleggen en wetten die van invloed zijn op de kwaliteit van de gezondheidszorg, is opgenomen in bijlage 1 van deze nota.

2.2 Gezondheid: definitie, visie, factoren en deelterreinen

Voor een adequaat beleid op het gebied van de gezondheidszorg is eenduidigheid over het begrip zelf van belang. Een definitie is dus onvermijdelijk. Daarop voortbordurend komt een stukje visievorming om de hoek kijken en dient in kaart te worden gebracht met welke factoren rekening dient te worden gehouden in het kader van gezondheidsbeleid. Tenslotte is voor een juiste beeldvorming van belang dat wordt aangegeven welke deelterreinen in de uitvoering van beleid door de GGD worden onderscheiden. In paragraaf 2.2.4 wordt daar nader op ingegaan.

2.2.1 Aansluiten bij de definitie van de WHO

Bij het maken van beleid op het gebied van gezondheid dient in eerste instantie duidelijkheid te bestaan omtrent datgene wat onder gezondheid wordt verstaan. Als gemeente Heusden hebben we ervoor gekozen ons in dit opzicht aan te sluiten bij de definitie van gezondheid volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Volgens de WHO is de definitie van gezondheid: "een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken". Een situatie van evenwicht die wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten, of zich met behulp van anderen kunnen verwerven, om zich te verweren tegen verstoringen van dat evenwicht.

2.2.2 Integrale visie

Het hanteren van deze definitie impliceert meteen de keuze voor een brede, integrale visie op gezondheid en de daarmee verband houdende consequenties. Het lokale gemeentelijke gezondheidsbeleid zal dan ook niet beperkt kunnen blijven tot alleen de zorgkolom, maar tevens van invloed moeten zijn op aanverwant gemeentelijk beleid op het gebied van b.v. wonen, welzijn, sport etc. Het lokale gezondheidsbeleid is daarmee dus integraal van karakter en valt onder de noemer facetbeleid. Ter verduidelijking treft u hieronder een aantal voorbeelden aan.

Onderwijs

In algemene zin kan worden gesteld dat een goed onderwijssysteem bijdraagt tot betere economische perspectieven hetgeen over het algemeen weer een positief effect heeft op de gezondheid en het welbevinden van het individu.

Met name op het gebied van de preventie wordt door middel van voorlichting op scholen door o.a. de GGD een bijdrage geleverd aan het bevorderen van gezonde leefgewoonten van de jeugd, zoals gezonder eten, niet roken, minder gebruik van alcohol en drugs, veilig vrijen etc. Voorts zal het lokaal gezondheidsbeleid moeten zorgen voor een aanvulling op en een versterking van het inmiddels vastgestelde gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid.

Ruimtelijke ordening en volkshuisvesting

Voor het persoonlijk welbevinden is het van belang dat mensen zich “thuis” en veilig voelen in de woning en de woonomgeving.

Het is bijvoorbeeld van groot belang dat er voldoende aangepaste en aanpasbare woningen zijn voor ouderen en gehandicapten in onze gemeente.

In de op te stellen notitie Woonvisie Heusden zullen aanbevelingen worden opgenomen met betrekking tot het levensloopbestendig wonen voor deze doelgroep.

Verkeer en vervoer

Een verkeers- en vervoersbeleid waarbij de veiligheid voorop staat, zal leiden tot minder ongelukken en aldus bijdragen tot een betere gezondheid. Het Gemeentelijk verkeers- en vervoersplan (GVVP) is mede vanuit die optiek geschreven. In dit plan is speciale aandacht voor het convenant “Duurzaam Veilig”, waaronder de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de Unie van Waterschappen (UvW), het Interprovinciaal Overleg (IPO) en de minister van Verkeer en Waterstaat hun handtekening hebben gezet. Het convenant dient ter bestrijding van verkeersonveilige situaties en het bijbehorende programma wordt toegepast op het Heusdense wegennet.

Sociale zaken en werkgelegenheid

Door middel van verschillende maatregelen wordt bevorderd dat uitkeringsgerechtigden zoveel mogelijk een plaats krijgen op de arbeidsmarkt en daarmee een betere economische positie verwerven. Vanuit het gezondheidsperspectief is dit van groot belang, omdat onderzoek uitwijst dat mensen met een betere sociaal-economische status over het algemeen gezonder zijn. Voorts is de huidige afdeling Sociale zaken en werkgelegenheid verantwoordelijk voor de verstrekkingen in het kader van de WVG. Een adequaat verstrekkingenbeleid draagt bij tot het (langer) zelfstandig kunnen blijven wonen en het welbevinden van de betrokken personen.

Milieu

Een schone woonomgeving en een gezond leefmilieu leveren een belangrijke bijdrage aan de volksgezondheid.

Welzijn en Sport

Het overkoepelende gemeentelijk welzijnsbeleid wordt geactualiseerd. In het verlengde daarvan wordt in deze nota het lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd. Eveneens in het verlengde van het gemeentelijk welzijnsbeleid staat ook een gemeentelijke sportnota op het programma. Het scheppen van voorwaarden o.a. gericht op een zo lang mogelijk en gezond leven is een belangrijk uitgangspunt in deze beide nota's.

De voorbeelden maken duidelijk dat gezondheid (vooral in de betekenis van welbevinden) veel raakvlakken heeft met andere beleidsterreinen.

Omwille van de slagvaardigheid en duidelijkheid betekent dit overigens niet dat in deze nota ook alles op het gebied van wonen, welzijn, sport etc. uitgebreid voor het voetlicht wordt gebracht.

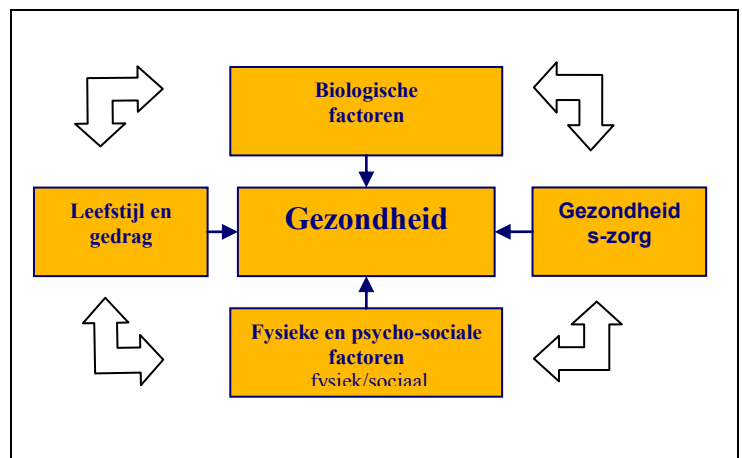
Wel dienen er tussen deze beleidsvelden de nodige dwarsverbanden te bestaan die een integrale benadering vanuit welk perspectief dan ook kunnen garanderen.

2.2.3 Gezondheidsfactoren

In het verlengde van de hantering van de geschetste brede visie op gezondheid, is voor het maken van beleid op dit gebied inzicht nodig in de manier waarop de gezondheid van mensen is te beïnvloeden.

Daarbij wordt gebruik gemaakt van het zogeheten model van Lalonde (zie figuur 2). In dit model worden vier factoren beschreven die van invloed zijn op de gezondheid van mensen.

Figuur 2:
Het model van Lalonde voor gezondheidsbeleid



- Biologische en erfelijke factoren: de aanwezige (aanleg tot) gezondheid of ziekte.
- Omgeving: de fysieke en sociale omgeving, zoals woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid.
- Leefstijl: het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid.
- Gezondheidszorg: de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen.

De eerste groep factoren, biologische factoren, is in principe niet beïnvloedbaar door de lokale overheid. Wel zal in het beleid met deze factoren rekening gehouden moeten worden. Te denken valt bijvoorbeeld aan mensen met een chronische ziekte en/of een handicap. De overige drie groepen factoren zijn door de overheid in meerdere of mindere mate beïnvloedbaar en spelen dan ook een belangrijke rol bij het denken over gezondheidsproblemen, oorzaken en oplossingen. Zo goed mogelijk toegespitst op de Heusdensed situatie zullen deze drie groepen factoren dan ook nader worden belicht in deze nota.

2.2.4 Deelterreinen gezondheidsbeleid

In vervolg op het vorenstaande onderscheiden we in gezondheidsbeleid vier deelterreinen met elk specifieke mogelijkheden voor de gemeente om actief te zijn. Het betreft hier.

- gezondheidsbescherming;
- gezondheidsbevordering;
- preventieve gezondheidszorg;
- curatieve gezondheidszorg.

Gezondheidsbescherming

Gezondheidsbescherming betreft alle maatregelen waarmee voorkomen wordt dat de mens in contact komt met voor zijn gezondheid schadelijke stoffen en omstandigheden.

Gezondheidsbevordering

Bij gezondheidsbevordering gaat het vooral om gedragsbeïnvloeding via communicatie, gericht op de bevordering van gezond gedrag en een gezonde leefstijl.

De gemeente beschikt op dit terrein over een aantal sturende bevoegdheden, via de financiering van sociaal-culturele voorzieningen en via de eigen GGD met de functie Gezondheidsbevordering (GB). Ook met terreinen als onderwijs, openbare orde en veiligheid, sport en recreatie liggen er verbanden.

Preventieve gezondheidszorg

De gemeente moet zorgen dat collectieve preventie permanent punt van aandacht is en kwalitatief verantwoord wordt behartigd. De GGD is voor de gemeente dé instelling bij de uitvoering van een preventief gezondheidsbeleid. Ook overige (gedeeltelijk) door de gemeente gefinancierde voorzieningen, zoals sportverenigingen, de thuiszorg, jeugdzorg en verslavingszorg verstrekken preventieve zorg. Hier kan de gemeente via afstemmingsoverleg initiatieven nemen en zo indirect sturend optreden. Belangrijk daarbij is de vroegtijdige onderkenning van allerlei signalen.

Curatieve gezondheidszorg

Curatieve zorg is gericht op behandeling, verpleging en verzorging van zieken. Deze zorg wordt geboden door de medische professie en particuliere instellingen, zoals huisarts, ziekenhuis en de thuiszorg. Binnen het verderop in deze nota te formuleren beleidskader wil de gemeente een goede bereikbaarheid van voorzieningen en een goed kwaliteitsniveau van de zorg bevorderen.

3. De gezondheidsfactoren nader belicht

In hoofdstuk 2 van deze nota is melding gemaakt van de factoren die op basis van het model van Lalonde van invloed zijn op de gezondheidssituatie van de mens. In dit hoofdstuk zal hierop zowel in algemene zin als meer specifiek ten aanzien van onze gemeente nader in worden gegaan. Een en ander met de bedoeling om een zo goed mogelijke situatieschets te geven van zowel de huidige als de in de nabije toekomst te verwachten gezondheidssituatie van de Heusdense burger.

3.1 Veranderingen in de samenleving

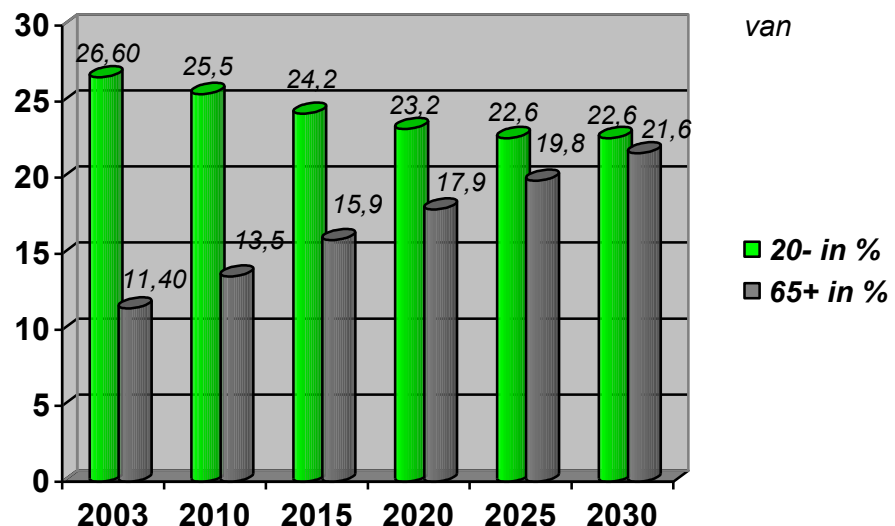
Onze samenleving verandert voortdurend en de laatste jaren/decennia bovendien in steeds snellere mate. Een aantal van deze veranderingen die naar verwachting van grote invloed zal zijn op het gemeentelijk gezondheidsbeleid zal nader worden toegelicht.

3.1.1 Ontgroening en vergrijzing

Noord-Brabant behoort tot de top 10 van Europese regio's die het sterkst vergrijzen. In nauwelijks 30 jaar komen er ongeveer 275.000 65-plussers bij. Tegelijk daalt het aantal jongeren tot 20 jaar aanzienlijk. In de kaderstellende notitie die vooraf is gegaan aan deze nota lokaal gezondheidsbeleid is reeds gesignaleerd dat het "van kleur verschieten" van Noord-Brabant ook niet voorbij gaat aan de gemeente Heusden. Op basis van de meest actuele bevolkings- en woningbehoefteprognose van de provincie stijgt het aandeel 65-plussers in onze gemeente bijvoorbeeld van 11,4% in 2003 naar 21,6% in 2030. Het aandeel jongeren tot 20 jaar daalt tegelijkertijd van 26,6% in 2003 naar 22,6% in 2030. Grafisch is deze "verkleuring" in figuur 3 weergegeven.

Figuur 3:

De verkleuring Heusden



Een logisch gevolg van met name de vergrijzing binnen onze gemeente is een toenemende vraag naar grotendeels lokaal (in of dichtbij huis) in te vullen zorg voor ouderen en gehandicapten.

Reden waarom de doelgroepen ouderen en gehandicapten op basis van de in 1.3 genoemde kaderstellende discussie, door de gemeenteraad tot speerpunt van beleid zijn verheven.

3.1.2 Vermaatschappelijking van de zorg

Steeds meer ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of psychische handicap blijven langer, of gaan zelfstandig wonen.

De tijd dat mensen met een wat grotere zorgbehoefte vooral in zorginstellingen werden opgevangen, ligt achter ons. In de toekomst zal de zorg steeds meer in de eigen woonomgeving worden verleend. Die beweging, die met het begrip "vermaatschappelijking van de zorg" wordt aangeduid, is al enige tijd gaande en zal in de komende jaren alleen maar sterker worden.

Het gaat om mensen uit alle leeftijdsgroepen: jongeren, mensen van middelbare leeftijd en ouderen. Ze "horen erbij" en moeten net zo goed als alle andere burgers kansen krijgen om aan het maatschappelijk leven deel te nemen. Nog te vaak worden zij geconfronteerd met het gegeven dat woningen, voorzieningen, verenigingen en buurten niet op hun behoeften zijn toegesneden. Wil het wonen in de wijk werkelijk een succes worden, dan zullen ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of psychische handicap meer mogelijkheden moeten krijgen om in de eigen omgeving aan activiteiten deel te nemen en een sociaal netwerk op te bouwen. De regionale instelling voor (verstandelijke) gehandicaptenzorg Prisma timmert op het gebied van het "Volwaardig burgerschap" samen met de woningbouwcorporatie Woonveste behoorlijk aan de weg binnen onze gemeente. Regionale en lokale intramuraal voorzieningen hebben inmiddels plaatsgemaakt of gaan in de nabije toekomst plaatsmaken voor zo zelfstandig mogelijke woonvoorzieningen her en der in de verschillende wijken.

Het gaat er in dit soort gevallen niet alleen om dat individuele cliënten ondersteuning op maat krijgen om een zinvolle plek in de samenleving in te nemen.

Vermaatschappelijking houdt ook "een opdracht in voor de samenleving als geheel" en vraagt om inspanningen van de overheid, verenigingen, vrijwilligers en maatschappelijke organisaties.

Het zal duidelijk zijn dat een toenemende vermaatschappelijking van de zorg leidt tot een toenemende druk op het gebruik van reguliere gemeentelijke voorzieningen.

Vooralsnog is er evenwel geen sprake van een gelijktijdige en evenredige overheveling van gelden in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in de richting van de gemeentelijke overheid. Voor het welslagen van deze

vermaatschappelijking en de in 3.1.3 genoemde Modernisering van de AWBZ is dit wel een noodzakelijke voorwaarde. Een en ander is een belangrijk aandachtspunt in de op de rol staande gesprekken met de financiers van de AWBZ in de regio, de zorgkantoren in Midden-Brabant en de regio 's-Hertogenbosch.

3.1.3 Modernisering AWBZ

Sinds 1 april 2003 is als gevolg van landelijke regelgeving een groot aantal belemmerende regels in de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geschrapt. Dit betekent onder meer dat de burger beter kan kiezen welke zorg hij wil hebben. Instellingen die zorg leveren, kunnen meer met elkaar gaan concurreren omdat ze zich meer op elkaars terreinen mogen begeven. Ook wel aangeduid met de term ontschotting. Met deze modernisering wordt de verzekerde degene die kan beslissen over de manier waarop hij het beste in zijn zorgbehoefte kan voorzien.

De cliënt kan bijvoorbeeld kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB), waarmee hij zelf de zorg kan inkopen of voor zorg in natura die het zorgkantoor voor hem inkoopt. De oorspronkelijke aanbodsturing van de zorg maakt hierdoor meer en meer plaats voor een systematiek van vraagsturing. De zorg zal zich dus steeds meer moeten gaan aanpassen aan de cliënt. Zorg in of dichtbij de thuishouding wordt hierdoor het

uitgangspunt.

De zorgaanspraken worden voorts “functiegericht” omschreven. Een en ander houdt onder meer in dat niet meer vooraf wordt geregeld welke instelling een bepaalde vorm van zorg moet leveren. Dit maakt het mogelijk dat veel meer zorgaanbieders AWBZ-hulp kunnen leveren en dat zorgaanbieders op elkaars terreinen zorg kunnen gaan leveren. Een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg kan bijvoorbeeld verzorging en verpleging bij ouderen in de buurt gaan leveren. De bedoeling en verwachting van de rijksoverheid is dat hierdoor wachtlijsten korter worden en de kwaliteit verbetert.

Lokale en regionale zorgaanbieders reageren inmiddels ook daadwerkelijk op deze ontwikkelingen. In de eerste aanzetten voor een beleidsplan voor de komende jaren heeft de Stichting Ouderenzorg Heusden (SOH) bijvoorbeeld opgenomen dat het aanbod in de toekomst niet alleen meer betrekking hoeft te hebben op senioren, maar ook op andere zorgvragers (b.v. gehandicapten). Daarnaast wordt in dit plan expliciet aandacht gegeven aan de mogelijkheid om niet alleen intramuraal, maar ook “in de wijk” zorg te kunnen leveren.

Een ontwikkeling die de concurrentie tussen verschillende zorgaanbieders kan aanwakkeren (verzorgingshuis, thuiszorg, woningbouwvereniging), maar tevens meer mogelijkheden tot een versterking van de onderlinge samenwerking in de vorm van een ketenbenadering biedt. Gemeentelijke actie in dit opzicht vergt een regionale aanpak. In paragraaf 4.1.5 van deze nota wordt een en ander nader omschreven.

3.1.4 Rapport “Gezondheid op Koers?”

Van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is eind 2002 het rapport ‘Gezondheid op Koers?’, de derde Volksgezondheid Toekomst Verkenning verschenen. Uit deze rapportage blijkt dat de gezondheid van de gemiddelde Nederlander zich minder goed ontwikkelt dan die van andere Europeanen.

Onze levensverwachting stijgt weliswaar, maar minder snel dan in andere landen. Vooral bij vrouwen stagneert de toename van de levensverwachting. Ongezond gedrag lijkt de belangrijkste oorzaak van deze trend. Bovendien “investeert” de jeugd op dit moment flink in ongezondheid voor later. Trends onder jongeren zijn bijvoorbeeld zorgwekkend als het gaat om roken, te veel alcohol drinken, te weinig groente en fruit eten en te weinig bewegen. Ernstig overgewicht komt steeds vaker en op steeds jongere leeftijd voor.

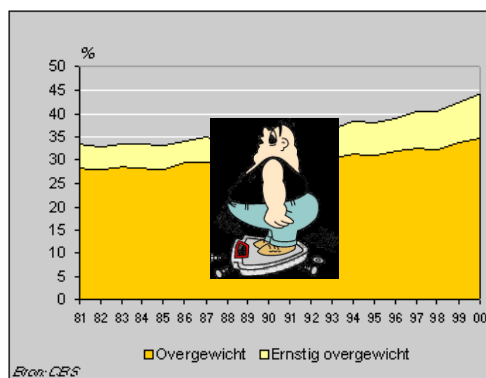
Sinds 1980 is de levensverwachting in Nederland voor mannen met 3,1 en voor vrouwen met 1,4 jaar toegenomen. Deze toename is vooral te danken aan een afname van de sterfte aan coronaire hartziekten en beroerte. De bijkomende levensjaren worden hoofdzakelijk in goede gezondheid doorgebracht. De levensverwachting neemt echter minder snel toe dan in de meeste EU-landen. Bij Nederlandse vrouwen stagneert de toename zelfs zodanig dat we nu onder het Europees gemiddelde zijn uitgekomen.

De verschillen in gezondheid tussen sociaal sterkere en zwakkere groepen in Nederland blijken hardnekkig. De eerste groep leeft gemiddeld bijna 4 jaar langer dan de laatste. Kijkt men ook naar de jaren die in goede gezondheid zonder lichamelijke beperkingen worden doorgebracht, dan is het verschil 10 jaar.

Ongezond gedrag lijkt de belangrijkste oorzaak van de ongunstige trends in gezondheid. Een aanzienlijk deel van de jaarlijkse sterfte hangt samen met gedrag:

roken (ongeveer 15% van de totale sterfte), te weinig bewegen (6%), overgewicht (6%), hoge bloeddruk (6%), te weinig groenten en fruit (5%) en te veel verzadigd vet (5%). Vrouwen hebben de afgelopen jaren veel van het ongezonde gedrag van mannen overgenomen. Uit cijfers van Het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) blijkt dat een op de vier mensen overgewicht hebben. Ernstig overgewicht komt bij bijna een op de tien mensen voor. Deze mensen hebben dus ook een verhoogd risico op gezondheidsproblemen door hun ernstig overgewicht. En naar verwachting blijft overgewicht een groeiend probleem.

Een grafische weergave van deze trend treft u aan in figuur 4.



Figuur 4: Overgewicht als trend

Het RIVM constateert dat men er met de huidige preventie-inspanningen onvoldoende in slaagt het ongunstige tij te keren en doet een aantal suggesties voor verbetering. Zo zou gezond gedrag een duidelijke plaats moeten krijgen binnen het gehele sociaal-culturele leven, op school, tijdens sport en recreatie, op het werk of in de wijk. Preventie moet op maat gemaakt zijn, afgestemd op doelgroepen zoals de jeugd, ouderen of allochtonen. Een combinatie van prijsprikkels, helderheid over gezonde en ongezonde producten, de inrichting van de werkplek en van de bebouwde omgeving kunnen de burger tot gezonde keuzes verleiden of ongezond gedrag ontmoedigen.

Succesvolle lokale initiatieven op het vlak van preventie dienen veel vaker landelijk navolging te krijgen. Ook kan nog veel winst geboekt worden door preventie een duidelijke plaats te geven binnen de gezondheidszorg. Het stimuleren van gedragsveranderingen is een kwestie van lange adem. Het vergt een langetermijnvisie, langdurig volgehouden aandacht en investering.

In "Gezondheid op Koers?" wordt ook de toekomst van de zorg onder de loep genomen. In de toekomst zal door de groei en het ouder worden van de bevolking het aantal ziektegevallen aanzienlijk toenemen. Als de trend van de afgelopen jaren zich voortzet, zullen de kosten van de gezondheidszorg de komende jaren met zo'n 2,4% per jaar groeien. Dit is voor ongeveer de helft het gevolg van groei en vergrijzing van de bevolking, waardoor het aantal mensen met chronische aandoeningen flink stijgt.

Er is daardoor niet alleen meer, maar ook andere zorg nodig, vooral een verdere verschuiving van genezing naar verzorging.

3.1.5 Individualisering

Steeds meer en steeds vaker kiezen mensen bewust voor een grotere mate van zelfstandigheid en derhalve voor een verminderde afhankelijkheid van anderen. De hiervoor geschetste ontwikkelingen in de vorm van de vermaatschappelijkte zorg en de modernisering van de AWBZ zijn in feite logische gevolgen van een meer op het individu toegespitste maatschappij. Ondanks het feit dat niet alle consequenties van de geïndividualiseerde maatschappij toe te juichen zijn, denk bijvoorbeeld aan de toenemende eenzaamheidsproblematiek en het wegvallen van sociale verbanden en de daarmee verband houdende natuurlijke mantelzorg, is het wel een ontwikkeling waarmee terdege rekening dient te worden gehouden door zowel overheid als maatschappelijke organisaties.

De vraag van de individuele burger en klant is namelijk veel bepalender voor het aanbod dan voorheen. Voorts is er een duidelijke behoefte aan maatwerk naast een bepaald basisaanbod.

3.1.6 Wet- en regelgeving

De gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de preventieve gezondheidszorg is de afgelopen jaren aanmerkelijk groter geworden als gevolg van nieuwe en/of gewijzigde wet- en regelgeving. In dit verband gaat het niet alleen om de aangescherpte Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), uit paragraaf 1.1. Ook de invoering van de wettelijke verantwoordelijkheid voor de zorg van de 0 tot 4-jarigen met ingang van 1 januari jongstleden (zie ook 4.1.3), de modernisering van de AWBZ per 1 april 2003 (3.1.3), de aangescherpte Tabakswet en de verplichtingen rondom legionellapreventie zijn in dit opzicht sprekende voorbeelden.

3.2 Gezondheidsbeleving

Volgens het model van Lalonde is het gedrag en de leefstijl van grote invloed op de gezondheid van mensen. Door middel van de in paragraaf 1.3 genoemde gezondheidsenquêtes van de GGD Hart voor Brabant, overige cijfermatige informatie van diverse maatschappelijke organisaties en de met verschillende organisaties gevoerde ronde tafel gesprekken is een bepaald gezondheidsprofiel van de Heusdense bevolking geschetst. Dit profiel is voor ons een belangrijke beginsituatieschets op basis waarvan toekomstige acties op het gebied van de (preventieve) gezondheidszorg plaats kunnen vinden.

Hieronder zijn de belangrijkste bevindingen uit het Heusdense gezondheidsprofiel op een rijtje gezet. Zowel in algemene zin voor de hele bevolking als uitgesplitst naar verschillende doelgroepen.

3.2.1 Algemeen

Overgewicht

De Heusdense mannen hebben meer last van matig en ernstig overgewicht dan de vrouwen. In de leeftijdsgroep 30-49 jaar zijn er zelfs twee maal zoveel mannen als vrouwen met overgewicht. Voor de gehele groep mannen en vrouwen is er bij 28% sprake van matig overgewicht en bij 6% van ernstig overgewicht.

Deze cijfers komen overeen met de landelijke gegevens van het CBS zoals die zijn weergegeven in paragraaf 3.1.

Inactiviteit

Uit de gezondheidsenquêtes blijkt dat de



Heusdense jongeren en volwassenen niet best scoren op het gebied van sportbeoefening. De sportbeoefening neemt ook nog eens af met het vorderen van de leeftijd.

Van de 12-17 jarigen en de 18-24 jarigen sport respectievelijk een kwart en 43% te weinig. Te weinig is in dit verband minder dan één keer per week. Dit komt overigens overeen met de situatie in de regio. Er zijn ongeveer 2300 jongeren in Heusden die onvoldoende aan sport doen. Groepen jongeren die weinig sporten zijn oudere jongeren, meisjes, jongeren in stedelijk gebieden, jongeren met stiefouders en zelfstandig wonenden.

Deze groepen en allochtone jongeren zijn ook minder vaak lid van sportverenigingen. Jongeren die weinig sporten blijken vaker een slechte psychosociale gezondheid te hebben, vaker te roken en vaker drugs te gebruiken.

Van de Heusdense volwassenen voldoet 53% niet aan de Nederlandse norm gezond bewegen (NNGB)¹ t.o.v. 49% in de regio Hart voor Brabant. In deze regio voldoet 56% van de mannen en 42% van de vrouwen niet aan de NNGB.

Genotmiddelen

De onderzoeksresultaten wijzen uit dat het alcoholgebruik toeneemt, met name bij jonge ouders. De huisartsen en Novadic, de regionale instelling voor verslavingszorg, bevestigen deze toename op basis van hun praktijkervaringen. Zij spitsen dit overigens niet specifiek toe op jonge ouders.

In tegenstelling tot de onderzoeksresultaten, waarin de gemeente Heusden relatief gunstig scoort op het gebied van drugs, ervaren de gesprekspartners drugs en met name cocaïnegebruik overigens als grote en in omvang toenemende problematiek. Met name bij de doelgroep jongeren zal hier nog nader op worden ingegaan.

Maatschappelijk werk Vlijmen

Het functioneren van het maatschappelijk werk in Vlijmen baart met name de huisartsen in deze kern ernstige zorgen. Er is onvoldoende capaciteit, terwijl er een aanzienlijke wachtlijst bestaat.

3.2.2 Jongeren (12 t/m 24 jaar)

Gezondheidsbeleving

In zijn algemeenheid kan geconcludeerd worden dat het goed gaat met de meeste Heusdense jongeren. 79% van de Heusdense jongeren ervaart de eigen gezondheid als goed tot heel goed. Van de jongeren is 72% gelukkig, de overigen scoren neutraal. Het merendeel van de 12-17 jarigen geeft aan dat de sfeer thuis goed is (88%), dat ze goed kunnen opschieten met hun ouders (90%), veel plezier op school hebben (60%), en 81% van de 12-24 jarigen heeft voldoende vriend(inn)en.

Onveiligheid

De 12-17 jarigen in Heusden voelen zich overdag minder vaak onveilig in vergelijking tot de regio (resp. 14% en 19%) en de 18-24 jarigen in Heusden voelen zich 's avonds minder vaak onveilig voelen in vergelijking tot de regio (resp. 47% en 54%).

De 18-24 jarigen in Heusden zijn dan ook minder vaak slachtoffer geweest van diefstal, vernieling of mishandeling ten opzichte van de regio (resp. 35% en 43%).

Verveling

Van de 12-17 jarigen en 18-24 jarigen in Heusden verveelt resp. 42% en 30% zich af en toe en heel vaak. Vergeleken met de

¹ Tenminste vijf dagen per week matig intensief bewegen.



regio vervelen jongeren in Heusden zich duidelijk minder.

Genotmiddelen

De onderzoeksresultaten geven aan dat de Heusdense jongeren niet alleen in absolute zin, maar ook in vergelijking met regionale en landelijke cijfers niet goed scoren op het gebied van het gebruik van genotmiddelen. De regionale instelling voor verslavingszorg, Novadic, baart met name het gebruik van pepmiddelen (zoals speed, cocaïne en cannabis), vaak in combinatie met alcohol, zorgen. De belangrijkste kenmerken van het gebruik van genotmiddelen zijn spijbelgedrag, rondhangen op straat, het gedrag van de ouders en de mening van de ouders.

De voornaamste reden om te beginnen is experimenteergedrag. Jongeren gaan door met het gebruik van genotmiddelen na de experimenteerfase omdat men het simpelweg lekker vindt of gewoon voor de gezelligheid. Daarnaast speelt ook het vergeten van problemen een belangrijke rol.

Meer specifieke onderzoeksgegevens op dit gebied zijn:

Alcohol

67% van de 12-17 jarigen, en 82% van de 18-24 jarigen in Heusden drinkt alcohol (regio resp. 51% en 82%). De percentages van Heusden en de regio liggen boven de landelijke score. Risicogroepen zijn oudere jongeren, jongens, autochtonen, jongeren buiten het stedelijk gebied en jongeren met twee werkende ouders.

Roken

Van de 12-17 jarigen en 18-24 jarigen in Heusden rookt respectievelijk 12% en 33% dagelijks. Dit wijkt niet duidelijk af van de regionale situatie (resp. 11% en 34%). Beide percentages liggen wel boven de landelijke score.

Risicogroepen zijn oudere jongeren, meisjes, autochtone jongeren, jongeren op het (I)VBO, jongeren uit eenoudergezinnen of gezinnen met stiefouders en zelfstandig wonende jongeren.

Gokken

Van de 12-17 jarigen en 18-24 jarigen in Heusden had respectievelijk 6% en 18% gegokt in de afgelopen vier weken voorafgaand aan het onderzoek. Dit is ongeveer gelijk aan de percentages op regionaal niveau (resp. 5% en 18%).

Beide percentages liggen wederom boven de landelijke scores. Risicogroepen zijn oudere jongeren, jongens en jongeren op het VMBO.

3.2.3 Volwassenen

Algemene gezondheidsbeleving

13% van de Heusdense volwassenen (in de leeftijd van 20-65 jaar) ervaart de gezondheid als slecht. Dit percentage komt overeen met de regio Hart voor Brabant. Wanneer de gehele regio in ogenschouw wordt genomen dan valt op dat de gezondheid slechter ervaren wordt met het stijgen van de leeftijd.

Onder mensen met een uitkering komt bovendien elf keer vaker een algemene slechte gezondheidsbeleving voor.

De Heusdense volwassenen scoren ten opzichte van de regio gunstig op de volgende gebieden:

Roken

Van de Heusdense volwassenen rookt 30% in vergelijking tot 34% regionaal. In het algemeen roken meer mannen dan vrouwen (36% versus 32%) en is de grootste groep rokers te vinden onder de mannelijke twintigers (40%).

Leefomgeving

In Heusden heeft 23% van de volwassenen in het jaar voorafgaand aan de enquête één of meer klachten over de woning gehad (zoals beslagen ramen en de aanwezigheid van pissebedden en/of zilvervisjes), terwijl in de regio 29% van de volwassenen hierover geklaagd heeft. Over lawaaioverlast klagen de Heusdense volwassenen eveneens minder in vergelijking tot de regio (resp. 25% en 28%). Wanneer gekeken wordt naar het percentage van de bevolking dat het afgelopen jaar in de eigen woonplaats slachtoffer is geweest van een misdrijf, dan behaalt Heusden een gunstiger resultaat ten opzichte van de regio (18% versus 21%).

De Heusdenaren scoren (relatief) slecht op de volgende gebieden:

Geestelijke gezondheid

17% van de Heusdense volwassenen heeft een slechte geestelijke gezondheid, versus 14% van de regio. Hiermee scoort Heusden het slechtst in het gehele werkgebied van de GGD Hart voor Brabant. Belangrijke factoren die een rol spelen bij een slechte geestelijke gezondheid is het hebben van een uitkering, ouder worden, een laag opleidingsniveau, alleenstaand zijn en het hebben van een chronische aandoening. Van de Heusdense volwassenen functioneert 15% sociaal slecht ten gevolge van lichamelijke of emotionele problemen, in vergelijking tot 11% regionaal. Heusden heeft ook hier de slechtste score. Vrouwen functioneren in sociaal opzicht bovendien vaker slecht dan mannen; het percentage neemt toe met de leeftijd tot 14% van de vrouwen van 40+. Slecht sociaal functioneren komt bijna 7 keer vaker voor bij mensen met een uitkering dan met een betaalde werkkring en ruim twee keer vaker bij mensen met een chronische aandoening. Ook andere kenmerken (lage opleiding, ander geloof dan R.K., etniciteit, alleenstaand) spelen een rol.

Van de Heusdense volwassenen is 41% eenzaam ten opzichte van 36% in de regio Hart voor Brabant. Heusden heeft opnieuw de slechtste score, dit keer samen met de gemeente Waalwijk. Bij vrouwen van 55+ komt eenzaamheid het meest voor (41%). Alleenstaanden, uitkeringsgerechtigden, laag-opgeleiden, mensen met een chronische aandoening en mensen met een ander geloof dan R.K. of geen geloof zijn vaker eenzaam. Daarnaast komt eenzaamheid onder twintigers vaker voor dan in de andere leeftijdsgroepen.

Vooraf jonge vrouwen rapporteren psychische klachten. In de gehele regio Hart voor Brabant scoren vrouwen tussen de 20 en 30 jaar slecht op de gebieden psychisch functioneren (43% functioneert psychisch minder goed dan gewoonlijk), problemen op de verschillende levensdomeinen² (22%), moe of uitgeblust zijn (20%) en beperkingen in het dagelijks leven ten gevolge van emotionele problemen (16%).

Gebruik zorg en welzijnsinstellingen

40% van de Heusdense volwassenen heeft de afgelopen 12 maanden een bezoek gebracht aan een medisch specialist, ten opzichte van 36% van de volwassenen in de regio Hart voor Brabant. Heusden heeft opnieuw de hoogste score.

Het percentage is het hoogst bij 55+ (47%). De belangrijkste kenmerken zijn het grotendeels aangewezen zijn op sociale voorzieningen en het hebben van een chronische aandoening.

² Er zijn 22 verschillende levensdomeinen zoals ouder worden, contact met anderen, werk of baan en vrijetijdsbesteding.

3.2.4 Ouderen (en gehandicapten)

Lichamelijke gezondheid

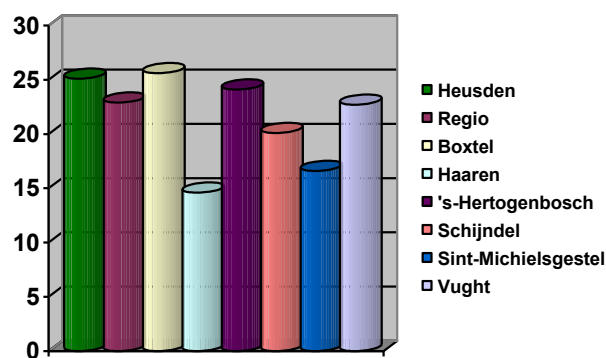
Van de Heusdense ouderen (≥ 65 jaar) ervaart 39,4% de lichamelijke gezondheid als matig tot slecht. Dit is iets hoger dan in de regio 's-Hertogenbosch (37,9%). In vergelijking tot een onderzoek uit 1991 wordt de lichamelijke gezondheid in het algemeen als iets slechter ervaren. Er zijn dan ook meer mensen met een chronische handicap of ziekte. Van de mensen die in Heusden een chronische ziekte of handicap hebben (45,7% versus 46,0% regionaal), wordt 12,3% daardoor belemmerd in het dagelijks leven (11,9% regio).

Voor wat betreft zelfredzaamheid is het opvallend dat 6,6% van de ouderen in Heusden externe ADL-hulp (Algemene dagelijkse levensverrichtingen) nodig heeft, ten opzichte van 4,7% regionaal.

Met extern wordt bedoeld hulp van personen buiten het gezin van de ondervraagde. 11,5% van de Heusdense ouderen heeft behoefte aan extra hulp, terwijl dit percentage voor de regio 11,4% bedraagt.

Geestelijke gezondheid

Het percentage ouderen met 3 of meer psychische problemen is in Heusden hoger dan in de regio (resp. 25,1% en 22,9%). In het algemeen blijken geestelijke gezondheidsproblemen vaker op te treden bij vrouwen.



Figuur 5: Percentages ouderen > 3 psychische problemen

In vergelijking met onderzoek uit 1991 is een redelijke tot sterke toename te zien in het aantal ouderen dat aangeeft met psychosociale problemen te kampen. Het aantal ouderen in Heusden dat een probleem heeft met de tijdbesteding is vergelijkbaar met de regio (resp. 13,8% en 13,2%).

Van de Heusdense ouderen stelt 5,5% zeer eenzaam te zijn, in vergelijking tot 3,3% in de regio.

Eenzaamheid en psychische klachten onder met name ouderen en gehandicapten worden ook gesignaleerd door de organisaties in het veld. Er wordt overigens ook aangegeven dat het zeer moeilijk is deze mensen te bereiken, ondanks de aandacht die de diverse partijen ervoor hebben. Kennelijk is de drempel om hulp te vragen te hoog. Anderzijds is men ook de mening toegedaan dat het ouder worden en eenzaamheidsgevoelens enigszins bij elkaar horen.

Nader onderzoek naar de achtergronden rondom deze slechte score lijkt in ieder geval gerechtvaardigd. Bij de formulering van de speerpunten van beleid in hoofdstuk 4 en in het plan van aanpak in hoofdstuk 6 wordt hier nader op ingegaan.

Gebruik zorg- en welzijnsinstellingen

In de laatste drie maanden van 1999 heeft 79,6% van de Heusdense ouderen de huisarts bezocht (76,4% regio) en 52,7% de specialist (49,7% regio).

Over het gehele jaar genomen is 19,7% van de ouderen in Heusden in het ziekenhuis opgenomen geweest, terwijl regionaal dit percentage 15,3% bedraagt. De Heusdense ouderen scoren op dit punt negatief. Opvallend is dat van deze groep slechts 1,6% in de laatste drie maanden van 1999 een psycholoog/psychiater heeft bezocht, ten opzichte van 2,7% regionaal, terwijl de geestelijke gezondheidssituatie van de ouderen in Heusden over het algemeen slechter is.

Voorzieningen die door de Heusdense ouderen veel gebruikt worden, zijn welzijnsorganisaties voor ouderen (13,5% versus 10,6% regionaal), ouderenadviseur (1,9% versus 1,2%), warme maaltijden service (5,6% versus 3,8%), vervoersdienst (17,6% versus 11,9%), ouderenhulpdienst (3,8% versus 2,2%) en sociaal-culturele activiteiten (24,5% en 17,1%). Betreffende de vervoersdienst is tijdens het ronde tafel gesprek overigens aangegeven dat het vervoer tussen de kernen door de ouderen als slecht wordt ervaren.

In zijn algemeenheid wordt door de GGD voorts geconcludeerd dat het medicijngebruik en de medische consumptie in vergelijking met 1991 gestegen zijn.

Huisvesting

Bij 24,4% van de Heusdense ouderen is de woning aangepast (opgeplust) waardoor ze er langer kunnen blijven wonen. Nog eens 24,6% geeft aan dat aanpassingen wenselijk zijn. Regionaal zijn deze percentages respectievelijk 20,3% en 25,2%. Van de ouderen in Heusden is 4,8% niet tevreden met hun woning (regionaal 4,9%) en wil 9% verhuizen (15,6% regionaal). Heusden scoort op dit gebied ten opzichte van de regio dus gunstig.

Tijdens de ronde tafel gesprekken is de ouderenhuisvesting eveneens aan de orde gekomen. Er wordt een tekort aan aanleunwoningen ervaren en de verwachting is dat dit tekort alleen maar zal oplopen door de sterke vergrijzing binnen de gemeente. De wel aanwezige seniorenwoningen liggen vaak te ver van de voorzieningen als gevolg waarvan ze minder in trek zijn. Zo willen veel Elshoutse ouderen bijvoorbeeld in Drunen wonen vanwege de daar wel aanwezige of geplande voorzieningen. Een voorbeeld in dit opzicht is de geplande gezamenlijke huisvesting van Thebe thuiszorg en de Stichting Ouderenzorg Heusden in het kader van de renovatie van Jacobushof.

In Vlijmen wordt het realiseren van geschikte huisvesting voor individuen en groepen verstandelijke gehandicapten met name door de Stg. Cello als problematisch ervaren.

Economische positie van ouderen

6,6% van de Heusdense ouderen kan moeilijk rondkomen van hun inkomen. In de regio gaat het in dit opzicht om 4,6% van de ouderen.

Veiligheid

De gesprekspartners geven aan dat ouderen zich vaak niet veilig voelen op de gemeentelijke voetpaden. Fietsers, scooters en de uitstalling door winkels worden als belangrijkste oorzaken hiervoor genoemd. Heusden-vesting wordt in dit opzicht als uitermate rolstoel onvriendelijk bestempeld. Tevens ervaart men in zijn algemeenheid veel overlast van jongeren.

Ontbreken van samenhang bij organisaties

Tijdens het betreffende ronde tafel gesprek is aangegeven dat het af en toe aan samenhang tussen organisaties ontbreekt. Dit heeft mede tot gevolg dat de cliënt met



te veel verschillende loketten/instanties in aanraking komt. Wanneer instanties in één gebouw gehuisvest zijn, weten ze elkaar wel goed te vinden.

De zorg is te veel gefragmenteerd; er zouden te veel schotten bestaan tussen verschillende voorzieningen die door de organisaties ook bewust of onbewust in stand worden gehouden. In dit kader bestaat onvrede over het nog steeds bestaan van twee instellingen voor ouderenzorg in de gemeente.

Hierdoor is het zorgaanbod voor ouderen binnen de verschillende kernen van de gemeente niet gelijk. Zo doet de kern Vlijmen volgens de gesprekspartners niet mee aan het project "Ouderenadviseur", terwijl daar wel behoefte aan is.

Een referentiekader vanuit de gemeente wordt gemist. De aanwezige organisaties zien voor het creëren van samenhang een regierol weggelegd voor de gemeente. Het vooralsnog uitblijven van de realisering van een lokaal zorgloket wordt in dit verband eveneens als een gemis ervaren.

3.2.5 Minderheden/migranten

Informatie over de gezondheidstoestand en –beleving van de Heusdense minderheden is voornamelijk afkomstig uit het ronde tafel gesprek. Expliciet cijfermateriaal over met name allochtone volwassenen en ouderen ontbreekt vooralsnog. Nadere informatie over deze groep wordt verwacht van de gezondheidsenquête onder allochtonen zoals die in de loop van 2004 door de GGD wordt gestart.

Psychosociale problemen, met name onder allochtone vrouwen

Er is volgens de gesprekspartners sprake van een behoorlijke mate van psychosociale problematiek bij met name allochtone vrouwen. Dit uit zich in lichamelijke klachten. De taalbarrière versterkt de problematiek.

Toegang gezondheidszorg

Eenzijds wordt opgemerkt dat allochtonen niet snel naar de huisarts gaan omdat ze "lijdzamer" zijn, dus dat ze niet voor elke kwaal naar de dokter gaan. Daarnaast kunnen allochtone vrouwen moeite hebben met het feit dat veel artsen van het mannelijk geslacht zijn. Bovendien zijn ze vaak genooddaakt een familielid als tolk mee te nemen om het probleem kenbaar te kunnen maken, waardoor het vrijuit praten bemoeilijkt wordt. Anderzijds wordt opgemerkt dat allochtonen juist vaker naar de dokter gaan omdat ze in Nederland daadwerkelijk de mogelijkheid hebben om te gaan. Er bestaat dan ook geen eensluidendheid hierover bij de verschillende organisaties.

Allochtonen voelen zich door de arts niet altijd serieus genomen. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de taalbarrière en schaamte omdat de patiënt het verhaal moet vertellen via een tolk. Schaamtegevoelens treden ook op als de arts gaat doorvragen om het werkelijke probleem boven tafel te krijgen, omdat lichamelijke klachten vaak een psychosociale oorzaak hebben.

Voorzieningen

Veel voorzieningen zijn gericht op Nederlanders. Met name allochtone vrouwen hebben behoefte om regelmatig bij elkaar te komen. Binnen (zorg)instellingen zou er meer specifieke aandacht moeten zijn voor de doelgroep.

Het - op dit moment - ontbreken van een aandachtsfunctionaris allochtonen binnen met name het uitvoerende welzijnswerk wordt als een groot gemis ervaren.

Verzorgingshuizen zouden volgens de gesprekspartners voorts meer rekening behoren te houden met allochtone ouderen. In de Turkse en Marokkaanse cultuur is men van oudsher gewend om ouderen door de kinderen te laten verzorgen, maar hierin is een verschuiving waarneembaar in die zin dat steeds meer ouders van de huidige generatie

niet meer door hun kind verzorgd willen worden en/of omgekeerd.

Vluchtelingenwerk en het Platform Allochtonen merken op dat deze verschuiving niet zozeer een gevolg is van het niet willen, maar eerder van problemen en spanningen van het leven tussen twee culturen enerzijds en het feit dat in een gezin meestal zowel de man als de vrouw werken. Daarnaast is de huisvesting in Nederland niet ingesteld op inwonende ouders.

Allochtone jongeren

Er gaan weinig allochtone peuters naar de peuterspeelzaal, onder andere door de hoge kosten, maar ook omdat ouders niet altijd op de hoogte zijn dat een kind vroeg aangemeld moet worden. De activiteiten in het kader van het lokaal onderwijsachterstandenbeleid worden in dit opzicht overigens als positief ervaren.

Op grond van onderzoek door de GGD vormen allochtone jongeren een behoorlijke risicogroep. Er is vaak sprake van een slechte psychosociale gezondheid, onregelmatig ontbijten, ze zijn minder vaak lid van een sportvereniging, hebben minder ervaring op het gebied van seks, vertonen vaker crimineel gedrag, ze spijbelen iets vaker, ze hangen vaker rond op straat, ze ervaren hun gezondheid als minder goed en ze voelen zich minder vaak gelukkig. Allochtone jongeren gebruiken bovendien vaker harddrugs en kopen vaker krasloten. Als oorzaken voor deze problematiek worden door de gesprekspartners een negatief toekomstperspectief, botsende culturen en een problematische relatie met ouders genoemd.

Voor wat betreft de ouder kind-relatie wordt gesteld dat er te weinig wordt gepraat tussen ouders en kinderen en dat het voor ouders vaak lastig is om hun kinderen op te voeden in een spanningsveld tussen twee culturen. De betrokkenheid van allochtone ouders bij het onderwijs van hun kinderen is eveneens laag, maar inmiddels lijkt hier een verbeteringstrend waarneembaar.

Getraumatiseerde vluchtelingen

De gezondheidszorg in zijn algemeenheid heeft onvoldoende ervaring met getraumatiseerde vluchtelingen. Geconcludeerd wordt overigens dat dit een landelijke problematiek betreft.

3.3 Toegang tot de zorg

In het model van Lalonde is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen voor de burger een belangrijke en dus bepalende factor voor de mate van gezondheidsbeleving. Gelet op de beperkte mate van beïnvloedbaarheid van deze factor door ons als gemeente, zullen wij ons hier met name beperken tot de eerstelijnsgezondheidszorg. Het gaat hier om de niet-gespecialiseerde voorzieningen in de gezondheidszorg die voor de zorgvrager veelal zonder verwijzing toegankelijk zijn.

De huisartsenzorg neemt hierbij naast b.v. het maatschappelijk werk en de thuiszorg een centrale plaats in. Gelet op de geconstateerde problematiek zullen wij hieronder nader ingaan op zowel de situatie in de huisartsenzorg als bij het maatschappelijk werk in onze gemeente. Tevens zal nader worden ingegaan op de regiogrensproblematiek waarmee onze gemeente in het kader van de toegankelijkheid van de zorg te maken heeft.

3.3.1 Situatie huisartsenzorg

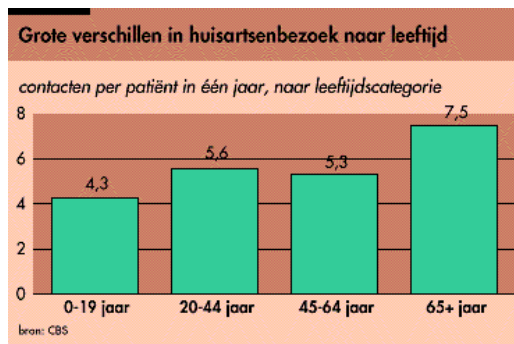
Er wordt zowel landelijk als lokaal een (toenemend) tekort aan huisartsen geconstateerd. De zittende generatie huisartsen vergrijsst en het vinden van liefst jonge opvolgers voor vertrekkende huisartsen blijkt steeds meer een probleem te zijn.

Naast de al genoemde vergrijzing worden een tekort aan opleidingsplaatsen in het verleden, de toegenomen werkdruk en veranderde wensen voor wat betreft de praktijkvorm als belangrijkste oorzaken genoemd.

Capaciteitsprobleem

Ten aanzien van het capaciteitsprobleem kan worden gesteld dat er in de afgelopen jaren sprake is geweest van een scheefgroei tussen vraag en aanbod. Op landelijk niveau is het aantal patiënten dat de huisarts bezoekt de laatste jaren niet gestegen. Ruim 75% van de Nederlanders bezoekt zijn of haar huisarts minstens 1 maal per jaar. Gemiddeld hebben patiënten per jaar 4 contacten met de huisarts, met relatief iets meer contacten bij de allerjongsten, ouderen en vrouwen. Gelet op de vergrijzing van de omvangrijke babyboomgeneratie stijgt de komende tien jaar het aantal ouderen en daarbinnen het aandeel vrouwen. Volgens landelijke onderzoekscijfers zal alleen al daardoor de vraag in 10 jaar tijd met 7,4% stijgen.

Het aantal mensen dat gebruik maakt van huisartsenzorg wordt dus niet groter, maar het aantal contacten per gebruiker wel. Hier staat tegenover dat de groei van het aantal huisartsen kleiner is, 5,4% in de periode van 1996 tot 2001.



Figuur 6: huisartsenbezoek naar leeftijd

Werkdruk

Het hiervoor geschetste capaciteitsprobleem zorgt op zichzelf al voor een toename van de werkdruk bij de huisarts. De toename van de werkdruk wordt nog verder verstrekt doordat e.e.a. zich ook niet meer beperkt tot de reguliere kantooruren. Het is al lang niet meer zo dat er alleen in geval van daadwerkelijke noodgevallen buiten kantooruren een beroep op de huisarts wordt gedaan. Burgers worden steeds veeleisender en zien de huisarts steeds meer als een 24-uursbedrijf dat op afroep beschikbaar dient te zijn. Daarnaast doet zich het fenomeen voor dat mensen na een medische ingreep korter in het ziekenhuis verblijven, waardoor een belangrijk stuk nazorg bij de huisarts terecht komt.

Veranderende praktijkvorm

De huisarts wordt traditioneel gezien als een solist. Dat beeld klopt steeds minder met de werkelijkheid. Op basis van de landelijke huisartsenregistratiecijfers werkte in 1980 nog 72% van alle huisartsen in een solopraktijk, in het jaar 2000 was dat nog slechts 42%. De rest werkte of in een duopraktijk (33%), of in een groepspraktijk (25%).

Praktijkzoekende huisartsen wensen tegenwoordig ook nauwelijks in een solopraktijk te werken.

Het overgrote deel heeft een voorkeur voor het werken in een groepspraktijk (53%) of een duopraktijk (40%). Slechts 4% zou het liefst in een solopraktijk willen werken (3% heeft geen voorkeur).

Situatie Heusden

De Heusdense situatie wijkt volgens onze gegevens niet veel af van de hiervoor geschetste landelijke situatie. Anno 2003 zijn er in onze gemeente 19 huisartsen voor ruim 43.000 inwoners.

Dit komt neer op een gemiddelde van 4,4 huisartsen per 10.000 inwoners. Dit wijkt op gemeentelijk niveau niet noemenswaardig af van het landelijk gemiddelde van 4,5 huisartsen per 10.000 inwoners zoals dat voortvloeit uit onderzoek in 1999 door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Per gemeentelijke kern bestaan er wel behoorlijke verschillen. In Drunen is er in dit opzicht sprake van de meest gunstige situatie in de vorm van een verhouding van 5,1 huisartsen per 10.000 inwoners. In Vlijmen en Heusden is er sprake van een verhouding van respectievelijk 3,9 en 3,4 huisartsen per 10.000 inwoners. In Drunen en Heusden is er daarnaast sprake van het grootste aantal fulltimers (Drunen 8 fte en 10 huisartsen, Heusden 2 fte en 2 huisartsen). Van de 7 huisartsen in Vlijmen werkt slechts 1 huisarts fulltime, 4 huisartsen werken afhankelijk van de drukte full- dan wel parttime en 2 huisartsen werken parttime (2 en 3 dagen per week).

Op basis van deze gegevens lijkt het er dus op dat de druk op de huisartsenzorg in onze hele gemeente aanwezig is, maar zich het duidelijkst manifesteert in de kern Vlijmen.

Het zal helder zijn dat de geschetste situatie op het gebied van de huisartsenzorg noodzaakt tot een gemeentelijk standpunt hierover. Conform de eerder geuite wens van de gemeenteraad ten tijde van de kaderstellende notitie over lokaal gezondheidsbeleid is dit een speerpunt van beleid. In hoofdstuk 4 van deze nota zullen dan ook mogelijke oplossingsrichtingen ten behoeve van de aanpak van deze problematiek worden voorgesteld.

3.3.2 Regiogrensproblematiek

Als gevolg van de gemeentelijke herindeling is de gemeente Heusden sindsdien op zorggebied veroordeeld tot een tweedeling. De kernen Drunen en Heusden zijn van oudsher altijd gericht geweest op de regio Tilburg (Samenwerkingsverband Midden-Brabant). De kern Vlijmen was en is gericht op de regio 's-Hertogenbosch (Stadsgewest 's-Hertogenbosch).

Hierdoor hebben wij als gemeente Heusden nogal eens te maken met meerdere organisaties die zich met hetzelfde onderwerp binnen onze gemeentegrenzen bezighouden.



Het zal duidelijk zijn dat het voor de toegang tot de zorg en de totstandkoming van op elkaar afgestemd beleid waarbij toch al veel verschillende partijen betrokken zijn, niet bevorderlijk is als dit ook nog eens wordt gehinderd door allerlei gebiedsgrenzen. Ter verduidelijking van deze regiogrensproblematiek treft u hieronder een aantal voorbeelden aan.

Intergemeentelijke samenwerking

Zowel door de voormalige afzonderlijke gemeenten als vervolgens door de nieuw gevormde gemeente Heusden is ten tijde van de gemeentelijke herindeling in principe gekozen voor een samenwerking met de gemeenten in de regio 's-Hertogenbosch.

In het verlengde van het basisconvenant Intergemeentelijke samenwerking regio 's-Hertogenbosch van 5 maart 2002 is e.e.a. eind 2002 voor het deelterrein Maatschappelijke zorg (welzijn, jeugdzorg, onderwijs volksgezondheid, sociale zaken en arbeidsmarktbeleid) door middel van een deelconvenant vastgelegd.

Gezondheidszorg

Als het gaat om de preventieve gezondheidszorg hebben we als gemeente met name met de GGD te maken.

Sinds de fusie per 1 januari 2002 tussen de GGD-en uit Midden-Brabant, de regio 's-Hertogenbosch en de regio Brabant-Noord is het afstemmingsprobleem op dit gebied voor de gemeente Heusden grotendeels opgelost. Voor wat betreft de curatieve gezondheidszorg hebben wij met inachtneming van het gestelde in paragraaf 3.1.3 (modernisering AWBZ) meer en meer te maken met de AWBZ. De wettelijk verantwoordelijke instantie voor de uitvoering van de AWBZ is het zorgkantoor. Het zorgkantoor wordt gerund door de zorgverzekeraars in de betreffende regio. Een belangrijke taak van het zorgkantoor is o.a. het inkopen van zorg bij zorgaanbieders in de betreffende regio. De gemeente Heusden is in formele zin ondergebracht bij het zorgkantoor Midden-Brabant. In het kader van de modernisering van de AWBZ en de vermaatschappelijking van de zorg is het noodzakelijk om als gezamenlijke gemeenten in de regio afspraken te maken met het zorgkantoor.

De praktijk leert inmiddels dat een intergemeentelijke samenwerking in de regio 's-Hertogenbosch op gespannen voet staat met de formele onderbrenging van onze gemeente bij het zorgkantoor Midden-Brabant. Pogingen in het verleden om via het ministerie van VWS onderdak te krijgen bij het zorgkantoor Regio 's-Hertogenbosch zijn steeds op niets uitgelopen.

Indicatiestelling

Voor het stellen van indicaties op het gebied van de opname in een verzorgings- of verpleeghuis, thuiszorg en een deel van de WVG-voorzieningen is er in formele zin sprake van afspraken met het RIO regio 's-Hertogenbosch. In de praktijk fungeert het RIO Midden-Brabant evenwel als onderaannemer voor de gebiedsdelen Drunen en Heusden. Gelet op de omstandigheid dat de gemeentelijke aansturing van het RIO toch al op een indirecte wijze verloopt (bestuurscommissie binnen de gemeenschappelijke regeling GGD Hart voor Brabant), is de huidige onderaannemerconstructie geen gelukkige.

Inmiddels is in regionaal verband dan ook besloten om de huidige positionering van het RIO te onderzoeken en te bezien of er in de toekomst bijvoorbeeld sprake dient te zijn van volledige privatisering via een stichtingsvorm en/of een verdere schaalvergroting door middel van samenwerking met het RIO in de regio Midden-Brabant. In de tussentijd zal in overleg met de beide RIO's in ieder geval worden getracht om alle gemeentelijke indicatiestellingen zowel formeel als materieel onder te brengen bij het RIO 's-Hertogenbosch.

Thuiszorg

Op het gebied van de thuiszorg hebben we als gemeente Heusden te maken met Thuiszorg Thebe voor de kernen Drunen en Heusden en de Thuiszorg regio 's-Hertogenbosch voor de kern Vlijmen. Tot voor kort bestond er tussen de gemeente en de beide thuiszorgorganisaties een relatief vrijblijvende verhouding in de lokale afstemming van de zorg voor verschillende doelgroepen.

Met ingang van 1 januari 2003 is e.e.a. als gevolg van de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de integrale jeugdgezondheidszorg versterkt (zie ook paragraaf 3.1.6) door middel van een rechtstreekse subsidierelatie met beide instellingen voor de vormgeving van de zorg voor 0 tot 4-jarigen. De discussie omtrent

de verdeelsleutel van de ongedeeld beschikbaar gekomen rijksbijdrage tussen de beide thuiszorgorganisaties is illustratief voor de afstemmingsproblemen die e.e.a. met zich meebrengt.

Huisartsen

De capaciteitsproblematiek van de huisartsen in onze gemeente is in paragraaf 3.3.1 al voor het voetlicht gebracht.

In paragraaf 4.1.1 zal hier vervolgens nader op worden ingegaan voor wat betreft aard en mate van gemeentelijke bemoeienis op dit gebied. Het feit dat de huisartsen in zowel Drunen, Heusden als Vlijmen verenigd zijn in een andere Districts Huisartsenvereniging (DHV) is in ieder geval niet bevorderlijk voor zowel de onderlinge samenwerking als de afstemming met aanverwante instellingen en de gemeentelijke overheid.

Ouderen- en gehandicaptenzorg

Ook op het gebied van de ouderen- en gehandicaptenzorg is sprake van de eerdergenoemde tweedeling. Als het gaat om belangenbehartiging is er bijvoorbeeld sprake van zowel het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP) Midden-Brabant als van het RPCP Brabant Noordoost. De (verstandelijke) gehandicaptenzorg in Heusden vertegenwoordigt zowel voor de stichting Prisma als voor de Stichting Cello een deel van het werkgebied.

Op het gebied van de verzorgings- en verpleeghuiszorg is de Stichting Ouderenzorg Heusden (SOH) de belangrijkste partij en tevens hoofdverantwoordelijke voor deze (intramurale) zorg binnen onze gemeente.

Als gevolg van de tweedeling in regio's zit de SOH noodgedwongen zowel in de regio 's-Hertogenbosch als in de regio Midden-Brabant aan tafel als het gaat om bijvoorbeeld de planning van dergelijke zorgvoorzieningen in de betreffende regio's.

Verslavingszorg

Op het gebied van de verslavingszorg werden de kernen Drunen en Heusden van oudsher bediend door de regionale instelling Kentron die het zuidwestelijk deel van de provincie Noord-Brabant als werkgebied heeft. Voor Vlijmen is de regionale instelling Novadic verantwoordelijk. Via het regioplan verslavingszorg is e.e.a. begin 2002 in zijn geheel bij Novadic ondergebracht. Inmiddels hebben Novadic en Kentron een intentieverklaring tot fusie ondertekend!

Maatschappelijk werk

Op het gebied van het algemeen maatschappelijk werk wordt met een vijftal andere gemeenten (Aalburg, Hilvarenbeek, Oisterwijk, Loon op Zand en Waalwijk) op basis van een daartoe gesloten convenant de Stichting Maas en Leije in stand gehouden.

Een werkgebied dat afwijkt van het werkgebied maatschappelijk werk van de gemeenten in de regio 's-Hertogenbosch. Regionale afspraken tussen gemeenten onderling danwel tussen gezamenlijke gemeenten en andere instellingen worden hierdoor bemoeilijkt.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Op het gebied van de tweedelijns (na doorverwijzing) geestelijke gezondheidszorg heeft onze gemeente zowel met de GGZ Midden-Brabant als met de GGZ Regio 's-Hertogenbosch te maken.

4. Speerpunten van beleid

In de voorgaande hoofdstukken is op basis van het model van Lalonde een brede schets van de landelijke, de regionale en met name de Heusdense gezondheidssituatie neergezet. Zoals uiteraard ook de bedoeling is, levert een en ander een behoorlijk aantal aanknopingspunten op voor gemeentelijk gezondheidsbeleid. Duidelijk is inmiddels dat de geschetste en toekomstige ontwikkelingen op zorggebied een steeds grotere druk zullen gaan uitoefenen op de beschikbare gemeentelijke capaciteit en dienstverlening op zorggebied. Niet alleen als gevolg van een absolute toename aan zorgbehoefte (vergrijzing, toenemend ongezond gedrag), maar ook als gevolg van het feit dat verschillende ontwikkelingen (vermaatschappelijking, modernisering AWBZ) elkaar versterken.

Gelet hierop en gelet op de beperkte beschikbaarheid aan financiële (zie ook het financieel kader in hoofdstuk 5) en andere middelen zal het niet mogelijk zijn om alles aan te pakken wat eigenlijk aangepakt dient te worden. Een en ander maakt het stellen van prioriteiten in de vorm van het benoemen van speerpunten en een efficiënte inzet van de beschikbare middelen noodzakelijk. "Oud beleid" zal in dit verband dan ook regelmatig plaats dienen te maken voor "Nieuw beleid". Met name voor de samenstelling van het keuzepakket bij de GGD Hart voor Brabant en de daaruit voortvloeiende dienstverlening richting derden (o.a. de basisscholen) zal dit behoorlijke gevolgen hebben.

In dit hoofdstuk zijn de speerpunten van gemeentelijk gezondheidsbeleid en de bijbehorende oplossingsrichtingen voor de komende vier jaren geformuleerd. De concreet voorgestelde oplossingsrichtingen voor de aan te pakken speerpunten worden in hoofdstuk 6 gebundeld in de vorm van een plan van aanpak.

4.1 De speerpunten

In de vorm van de vaststelling van de in paragraaf 1.3 genoemde kaderstellende notitie is door de gemeenteraad al een aantal speerpunten geformuleerd, waarop in het kader van deze nota in meer specifieke zin voortgeborduurd dient te worden. In de vorm van specifieke doelgroepen zijn in dit verband met name jongeren en ouderen genoemd. Jongeren vanwege de relatief grote gezondheidswinst die met name in de preventieve sfeer kan worden behaald en vanwege het feit dat er op aanpalende beleidsterreinen het nodige in ontwikkeling is waarop kan worden aangesloten. Denk hierbij met name aan het beleid en de daaruit voortvloeiende activiteiten op het gebied van het bestrijden van onderwijsachterstanden en de ontwikkelingen rondom integrale jeugdgezondheidszorg.

De keuze voor de doelgroep ouderen vloeit logisch voort uit de in paragraaf 3.1.1 nader aangeduide ontgroening en vergrijzing binnen onze gemeente in de komende jaren. E.e.a. gekoppeld aan de omstandigheid dat ouderdom nu eenmaal meer dan gemiddeld met gebreken gepaard gaat.

Voorts is door de gemeenteraad aangegeven dat er in het kader van deze nota lokaal gezondheidsbeleid sprake dient te zijn van gemeentelijk beleid ten aanzien van de optredende schaarste in de eerstelijnsgezondheidszorg in zijn algemeenheid en de huisartsenzorg in het bijzonder.

Tenslotte zijn de in respectievelijk paragraaf 3.1.2 en 3.3.2 geschetste vermaatschappelijking van de zorg en de regiogrensproblematiek dusdanig belangrijke kwesties op zorggebied dat hiervoor specifieke aandacht nodig is.

De doelgroep minderheden/migranten die in paragraaf 3.2.5 aan de orde is gekomen, is niet tot speerpunt van lokaal gezondheidsbeleid verheven.

De grondslag hiervoor is enerzijds gelegen in het vooralsnog ontbreken van specifiek, op onze gemeente toegespitst cijfermateriaal met betrekking tot deze doelgroep. Anderzijds opteren wij in het kader van integratiebeleid ook voor een zo algemeen mogelijk beleid ten aanzien van deze doelgroep. Algemene voorzieningen dienen in de regel dusdanig laagdrempelig te zijn dat ook de zorgbehoeftige allochtoon hier terecht kan.

Hieronder wordt nader ingegaan op de verschillende speerpunten en de voorgestelde oplossingsrichtingen.

4.1.1 Schaarste in de huisartsenzorg

De in paragraaf 3.3.1 beschreven schaarste in de huisartsenzorg is voor het ministerie van VWS aanleiding geweest om in 1999 het Capaciteitsorgaan in het leven te roepen. Dit orgaan houdt zich expliciet bezig met het berekenen van de opleidingscapaciteit van geneeskunde. Op basis van de gegevens van het Capaciteitsorgaan heeft de minister al besloten dat in 2004 de instroom van huisartsen omhoog gaat naar 670 opleidingsplaatsen.

Dit betekent dat over vier jaar een optimaal benodigd aantal artsen instroomt. Het risico van een tekort aan huisartsen is ondanks de grote stijging op korte termijn overigens niet afgewend.

Een andere, in den lande en ook in onze gemeente, inmiddels gehanteerde oplossingsrichting is de omvorming van verschillende solopraktijken richting groepspraktijken zoals een HOED (Huisartsen onder één dak) of een Gezondheidscentrum. In Vlijmen is het gezondheidscentrum aan de Wolput inmiddels operationeel en in Drunen is overeenstemming bereikt omtrent de mogelijkheid tot realisering van een HOED in de noordwestkwadrant van het centrumplan. Belangrijke voordelen van dergelijke samenwerkingsverbanden zijn continuïteit in de dienstverlening, betere mogelijkheden voor specialisatie en daarmee verband houdende onderlinge taakverdeling, efficiency en de realisering van een centraal aanspreekpunt.

Daarnaast verschijnen er met name ten behoeve van de 24-uurs bereikbaarheid steeds meer centrale huisartsenposten door middel waarvan de deelnemende regionale huisartsen hun weekend- en avonddiensten in het betreffende regionale verband organiseren.

De huisartsen in het werkgebied van de voormalige gemeente Drunen hebben hun krachten inmiddels gebundeld in de Centrale Huisartsenpost De Langstraat en de huisartsen in het werkgebied van de voormalige gemeente Vlijmen werken samen in de Huisartsenpost 's-Hertogenbosch-Oss-Veghel.

De huisartsen in het werkgebied van de voormalige gemeente Heusden zijn vooralsnog niet aangesloten bij een huisartsenpost. Wel is er sprake van een samenwerkingsverband met de huisartsen uit Wijk en Aalburg, Veen, Andel en Genderen.



Gemeentelijke rol

De gemeentelijke rol in formele zin is beperkt als het gaat om het bijdragen aan de oplossingen voor de hiervoor geschetste situatie op huisartsengebied.

De rijksoverheid is immers verantwoordelijk als het gaat om bijvoorbeeld de uitbreiding van opleidingsplaatsen. De zorgverzekeraars zijn in algemene zin verplicht om de

levering van huisartsenzorg aan de patiënt mogelijk te maken en daarvoor met name de financiële randvoorwaarden te scheppen.

Mede gezien de ook lokale problemen als het gaat om het toegankelijk houden van de huisartsenzorg en de steeds groter wordende gemeentelijke rol als het gaat om zorgbeleid, dient er volgens ons toch sprake te zijn van een zekere mate van gemeentelijke bemoeienis. Een gemeentelijke bemoeienis die gelet op de geschetste verantwoordelijkheden en het gevaar van precedentwerking in de richting van andere zorgverleners (tandartsenzorg, kraamzorg, fysiotherapie etc.) evenwel niet mag leiden tot financiële inmenging.

Een rol die goed past bij de gemeentelijke overheid is volgens ons het realiseren en/of behouden van een aantrekkelijk vestigingsklimaat voor huisartsen en andere (eerstelijns)zorgverleners.

Ter voorkoming van de genoemde financiële inmenging behoort het toepassen van een gedifferentieerd grondprijnsbeleid overigens niet tot de mogelijkheden.

Om een beter beeld te krijgen van de huidige situatie in Heusden zijn wij van plan een inventarisatie uit te voeren onder de huidige huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners zoals tandartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werk etc. Hieruit moet blijken wie op dat moment en ten behoeve van welk verzorgingsgebied bepaalde zorg verleent en wat eventuele toekomstplannen of andere initiatieven zijn. Mede op grond van deze inventarisatie zal van gemeentewege een pro-actief beleid gevoerd moeten worden in die zin dat bij de totstandkoming van nieuwe bestemmingsplannen en/of de actualisering van bestaande bestemmingsplannen locaties voor eerstelijnszorg gereserveerd kunnen worden.

Naast deze zorg voor een zo gunstig mogelijk vestigingsklimaat ten behoeve van de eerstelijnszorgverleners is de nodige aandacht voor de kwaliteit van de geleverde zorg ook een punt van aandacht voor onze gemeente. Het toenemende aantal informele klachten dat ons bereikt over het functioneren van de verschillende huisartsenposten baart ons in ieder geval zorgen. Het volgen van de ontwikkelingen rondom de huisartsenposten zal in samenwerking met de verschillende regiogemeenten en in overleg met de betrokken huisartsen in ieder geval aan de orde moeten zijn.

4.1.2 Ouderen

De belangrijkste bevinding die voortvloeit uit de beschikbare gegevens omtrent de gezondheidsbeleving van ouderen is het bestaan van een meer dan gemiddelde psychosociale problematiek onder ouderen binnen onze gemeente. Met name eenzaamheid scoort in dit opzicht hoog bij zowel de ondervraagde ouderen als bij de maatschappelijke instellingen in het veld.

Voorts is het onvoldoende op elkaar afgestemd zijn van het zorgaanbod van de verschillende betrokken organisaties voor ouderenwerk een doorn in het oog van diverse gesprekspartners.

Het ontbreken van voldoende voor ouderen en gehandicapten geschikte huisvesting is eveneens een belangrijk aandachtspunt dat roept om een gemeentelijke reactie.

Oplossingsrichtingen

Als het gaat om de psychosociale gezondheidszorg binnen onze gemeente is de instelling voor algemeen maatschappelijk werk, Stichting Maas en Leije, de eersaangewezen instelling om hiervoor zorg te dragen. Op basis van daarvoor bestaande landelijke normen, opgelopen wachtlijsten en signalen vanuit doorverwijzers als de huisartsen (zie ook 3.2.1) is door het college inmiddels besloten om met name

het uitvoerend maatschappelijk werk in Vlijmen te versterken en daarvoor de benodigde subsidiegelden in te zetten.

De mogelijkheid, in de zin van beschikbare capaciteit, om aandacht te besteden aan de genoemde problematiek onder ouderen is hierdoor aanwezig. Daarnaast bestaan inmiddels plannen om gezamenlijk met de Stichting Zorg Welzijn Ouderen Heusden (ZWOH), het steunpunt Mantelzorg Midden-Brabant en de GGD Hart voor Brabant gedurende de looptijd van deze nota op projectbasis een op de problematiek afgestemd aanbod te ontwikkelen. Een en ander zal in dat geval zowel in de reguliere subsidieafspraken bij ZWOH als in het keuzepakket 2004-2007 van de GGD een plaats moeten krijgen.

De verbetering van de afstemming van het zorgaanbod zowel binnen als buiten onze gemeente dient langs diverse trajecten vorm te krijgen. Het meest concrete traject heeft betrekking op het onderbrengen van een groot deel van de zorggerelateerde taken bij één lokale instelling voor ouderenzorg. In dit opzicht bevindt de overdracht van deze taken van de Stichting Sphinx naar de ZWOH zich in een afrondende fase.

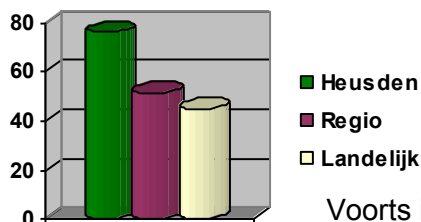
De realisering van het lokale zorgloket zal voorts zorgen voor een verdere kanalisering van de door de burger te formuleren zorgvraag en het uiteindelijk door één of meerdere zorgaanbieders te leveren zorgaanbod. Voor de realisering hiervan is inmiddels een projectgroep geformeerd waarin zowel van gemeentewege als door diverse betrokken maatschappelijke organisaties wordt geparticipeerd. Het streven is om het lokale zorgloket in de loop van 2004 daadwerkelijk operationeel te hebben.

Over de huisvestingssituatie en –behoefte van met name ouderen en gehandicapten is in het kader van deze nota onvoldoende cijfermateriaal aanwezig. Duidelijk is wel dat ondanks de relatief gunstige opplusresultaten (zie 3.2.4) van woningen de vraag naar aangepaste en zorggerelateerde woningen in de nabije en verdere toekomst steeds verder zal groeien.

In de binnenkort te ontwikkelen gemeentelijke woonvisie zullen ouderen met hun specifieke woonbehoefte dan ook een evenzo specifieke aandachtsgroep vormen.

4.1.3 Jongeren

De meest in het oog springende constatering ten aanzien van de doelgroep jongeren hebben betrekking op een meer dan gemiddeld gebruik van genotmiddelen (alcoholgebruik in figuur 7) en een grote mate van inactiviteit onder de oudere jongeren. Tevens wijst het beschikbare onderzoeksmateriaal uit dat een en ander niet op zichzelf staat, maar dat er nauwe relaties bestaan tussen de genoemde onderzoeksresultaten en spijbelgedrag, rondhangen op straat en de vaak daarmee gepaard gaande overlast.



Figuur 7: percentage 12-17 jarigen dat alcohol drinkt

Voorts is in dit opzicht van groot belang dat de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de preventieve jeugdgezondheidszorg met ingang van 1 januari 2003 aanzienlijk is toegenomen. Van oudsher waren gemeenten alleen verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg voor 4 tot 19-jarigen en viel de verantwoordelijkheid voor deze zorg voor de 0 tot 4-jarigen onder de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. De rijksoverheid maakte hierover afspraken met de verschillende thuiszorgorganisaties en

de gemeente stelde de GGD in staat om uitvoering te geven aan een afgesproken niveau van preventieve gezondheidszorg.

Met de bedoeling om de jeugdgezondheidszorg in heel Nederland op een verantwoord en gelijk niveau te brengen, zijn de gemeenten sinds 1 januari 2003 verantwoordelijk voor de integrale jeugdgezondheidszorg voor alle 0 tot 19-jarigen. Voor de vormgeving daarvan dienen zowel regionaal als lokaal duidelijke afspraken te worden gemaakt tussen de gemeente(n), de betrokken thuiszorgorganisaties en de GGD Hart voor Brabant.

Oplossingsrichtingen

De problematiek rondom het overmatig gebruik van genotmiddelen door de Heusdense jeugd lijkt op een specifieke openbaring van het in meer algemene zin tekortschieten van de huidige preventieve jeugdgezondheidszorg.

Gepleit wordt dan ook voor zowel een meer specifieke aandacht voor de bestrijding van deze problematiek, als een verbetering van de basis in de vorm van de versterking van de preventieve jeugd(gezondheids)zorg. Een integrale aanpak vanuit meerdere, op elkaar afgestemde fronten, is hiervoor noodzakelijk.

Met de verbetering van de basis is reeds een begin gemaakt door de huidige implementatie van het gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid. Hierin is onder meer aandacht voor de voor- en vroegschoolse educatie, opvoedingsondersteuning en geformaliseerde samenwerking ten behoeve van het jonge kind tussen verschillende betrokken instellingen. Daarnaast stelt de gemeentelijke regiefunctie die gepaard gaat met de invoering van de integrale jeugdgezondheidszorg ons als gemeente in staat om in de toekomst daadwerkelijk de regie te voeren over de door diverse instellingen uit te voeren taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. In de regio Hart voor Brabant is ter vastlegging van de afspraken hieromtrent inmiddels een convenant gesloten tussen de regiogemeenten, de GGD Hart voor Brabant en de drie betrokken thuiszorgorganisaties. Naar verwachting zal e.e.a. eind 2003 uitmonden in een regionaal beleidsplan dat binnen de marges van deze nota lokaal gezondheidsbeleid lokale invulling moet gaan krijgen.

Als het gaat om het ontbreken van voldoende beweging, al dan niet in georganiseerd verenigingsverband, onder de doelgroep jongeren, zal een en ander een belangrijk aandachtspunt vormen in de binnenkort te ontwikkelen sportnota. Gelet op de positieve relatie tussen sportbeoefening op jonge leeftijd en fysiek en psychosociaal welbevinden op latere leeftijd wordt vanuit het gezondheidsperspectief gepleit voor een prioritering richting breedtesport ten behoeve van de basisschooljeugd. Een verbreding van het sportstimuleringsproject Sportkompas naar de hele gemeente Heusden is in dit opzicht letterlijk en figuurlijk een gezond streven. Overigens betekent e.e.a. niet dat andere doelgroepen, zoals ouderen bijvoorbeeld ouderen, uitgesloten zouden zijn van de positieve effecten van een mogelijke breedtesportimpuls. Wel is het zo dat omwille van de al eerder genoemde grootste gezondheidswinst, vanuit het perspectief van het lokaal gezondheidsbeleid prioriteit wordt gegeven aan de doelgroep jongeren.

De specifieke oplossingsgerichte aanpak vanuit deze nota lokaal gezondheidsbeleid zal betrekking hebben op een intensivering van de preventie met betrekking tot het gebruik van genotmiddelen bij jonge kinderen.

Bij de vormgeving van deze aanpak zullen met name de regionale instelling voor verslavingszorg, Novadic, en de GGD nauw worden betrokken. Van onze zijde wordt op dit gebied in ieder geval geopteerd voor een aansluiting bij de recentelijke aanscherping van de Tabakswet.

Op grond van deze wetgeving bestaat een stringent rookverbod voor gebouwen en instellingen van de overheid die voor publiek toegankelijk zijn. Dit rookverbod geldt eveneens voor door de overheid gefinancierde gebouwen en instellingen en door de overheid gesubsidieerde sportcentra voor zover het binnensportaccommodaties betreft. De beheerders van de betreffende accommodaties zullen schriftelijk worden gewezen op de inhoud en de consequenties van deze wetgeving. Mede gelet op de intentie van de wet om met name de jeugdige (sporter) niet ongewild in aanraking te laten komen met tabaksrook, willen wij ook de eigenaars en beheerders van verschillende buitensportaccommodaties om hun medewerking vragen.

Te denken valt in dit opzicht bijvoorbeeld aan een verenigingsprotocol waarbij gedurende jeugdsportactiviteiten sprake zal zijn van een rookvrije kantinefaciliteit. Voorts zal de aanpak vanuit deze nota zich nadrukkelijk richten op de aanpak van de toenemende psychosociale problematiek bij jonge kinderen. Deze aanpak heeft deels al vormgekregen via de start van schoolmaatschappelijk werk op basisschool Het Palet in Vlijmen. Voorts zal e.e.a. concreet vertaald gaan worden in het keuzepakketdeel jeugdgezondheidszorg richting GGD en zo mogelijk het maatwerkdeel jeugdgezondheidszorg bij de beide thuiszorgorganisaties.

In het plan van aanpak onder hoofdstuk 6 van deze nota is dit nader geconcretiseerd weergegeven.

De beleidsmatige koepel waarbinnen het bovenstaande op jeugdgebied eveneens een plaats zal krijgen, is de beleidsnota integraal jeugdbeleid die op dit moment in ontwikkeling is.

4.1.4 Regiogrensproblematiek

De in paragraaf 3.3.2 geschetste en met voorbeelden geïllustreerde regiogrensproblematiek speelt onze gemeente al jaren parten. Pogingen in het verleden om via het ministerie van VWS een wijziging in de regiogrens tot stand te brengen, zijn steeds gestrand. Inzet destijds was het onderbrengen van de hele gemeente Heusden in de regio 's-Hertogenbosch.

Inmiddels is dus duidelijk dat er op dit gebied geen medewerking van de rijksoverheid valt te verwachten. Daarnaast dienen we ons te realiseren dat als gevolg van de geografische ligging van Heusden een oplossing voor 100% van deze problematiek nooit tot de mogelijkheden behoren.

Tenslotte gebiedt de eerlijkheid ons te erkennen dat we ondanks de formele en informele voorkeur voor de regio 's-Hertogenbosch in het voorkomende geval de samenwerking ook zelf zoeken in het Middenbrabantse. De ophanden zijnde oprichting van een intergemeentelijke sociale dienst in samenwerking met de gemeenten Loon op Zand en Waalwijk is in dit verband een sprekend voorbeeld.

Oplossingsrichting

Op basis van het bovenstaande is duidelijk dat er in formele zin door middel van een formele regiogrenswijziging geen oplossing is te verwachten voor deze problematiek. De oplossingsrichting dient dan ook gevonden te worden in het maken van praktische werkafspraken met de verschillende betrokken partijen.

De noodzaak tot afstemming dient zich het meest aan in het kader van de uitvoering van de AWBZ. Zoals gesteld, is het zorgkantoor in de betreffende regio formeel verantwoordelijk voor de uitvoering daarvan.

Zowel individueel als ondersteund door onze gemeentelijke samenwerkingspartners in de regio 's-Hertogenbosch zal in eerste instantie worden ingezet op het maken van

concrete afspraken hierover met de beide betrokken zorgkantoren: het zorgkantoor Midden-Brabant en het zorgkantoor Noordoost Brabant.

Te denken valt bijvoorbeeld aan de overheveling van plannings- en daarbij behorende budgetverantwoordelijkheid van de ene naar de andere regio. De toevallige omstandigheid dat we hier te maken hebben met een en dezelfde zorgverzekeraar, VGZ, stemt ons in ieder geval hoopvol.

4.1.5 Vermaatschappelijking

De in paragraaf 3.1.2 nader omschreven vermaatschappelijking van de zorg loopt in de komende jaren als rode draad door de wereld van de gezondheidszorg. Het is met name deze ontwikkeling die noodzaakt tot samenwerking en afstemming tussen gemeenten onderling, tussen gemeente(n) en zorgkantoor en tussen gemeente(n) en uitvoerende organisaties. Een samenwerking en afstemming die behoorlijk te lijden heeft van de regiogrensproblematiek en tot op heden dan ook slechts met wisselend succes heeft plaatsgevonden.

Het zal dan ook duidelijk zijn dat het vinden van een oplossing voor de regiogrensproblematiek een belangrijke voorwaarde is voor een geslaagde gemeentelijke bijdrage in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg.

Oplossingsrichting

In het verlengde van de in paragraaf 3.3.2 genoemde intergemeentelijke samenwerking in de regio 's-Hertogenbosch hebben de betreffende gemeenten de handen ineengeslagen en is er gekozen voor het opstarten van een gezamenlijk project op dit gebied. Om te komen tot een adequate zorgafstemming, tot adequate zorgarrangementen en -toewijzing, om afwenteling te voorkomen en kosten beheersbaar te houden, dienen de gemeenten zich pro-actief bezig te houden met deze ontwikkelingen in de zorg en als zodanig een belangrijke gesprekspartner te gaan vormen voor het zorgkantoor. Van de zijde van de gemeente Heusden is in dit opzicht de wens tot onderbrenging bij het zorgkantoor Brabant Noordoost overigens een belangrijke factor. De intergemeentelijke samenwerking op dit gebied stelt ons tevens in staat om gebruik te maken van de subsidieregeling Lokaal sociaal beleid van de provincie.

5. Financieel kader

In de kaderstellende notitie die is voorafgegaan aan deze nota is door de gemeenteraad op 11 februari 2003 eveneens aangegeven binnen welke financiële kaders deze nota lokaal gezondheidsbeleid dient te worden vormgegeven. Door de gemeenteraad is aangegeven dat de vormgeving en uitvoering van de nota plaats dient te vinden binnen de daarvoor bestemde reguliere budgetten zoals die ten tijde van de gemeentebegroting 2003 beschikbaar waren. Er is dus geen ruimte voor aanvullende middelen.

Een en ander betekent dan ook dat de financiering van met name nieuw beleid, voortvloeiend uit deze nota, plaats zal moeten vinden door middel van de inzet van geldmiddelen uit en samenwerking met aanverwante beleidsterreinen. Het ontbreken van de mogelijkheid om gebruik te maken van aanvullende middelen brengt uiteraard beperkingen met zich mee. Het grote aantal aandachtspunten dat voortvloeit uit deze nota is via paragraaf 4.1 dan ook teruggebracht tot een beperkt aantal speerpunten. Onderstaand treft u een overzicht van en een toelichting op de omvang van de meest relevante budgetten aan.

Zorg tussen geld en gunst

Bijdrage basisstandaardpakket GGD Hart voor Brabant

Het basisstandaardpakket van de GGD bestaat uit een deels van rijkswege verplicht gesteld aanbod, aangevuld met het door de 29 aangesloten gemeenten gewenste en onderling overeengekomen aanbod op het gebied van de preventieve gezondheidszorg voor de hele regio Hart voor Brabant. De inhoud en omvang van dit pakket is dus niet of nauwelijks te beïnvloeden als afzonderlijke gemeente.

In aanvulling op de rijksbijdrage maakt ook de gemeentelijke bijdrage aan de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) onderdeel uit van het basisstandaardpakket.

De totale omvang van het basisstandaardpakket bedraagt voor 2004 € 627.948,04.

Bijdrage basiskeuzepakket GGD Hart voor Brabant

Binnen het basisstandaardpakket is een deelbudget gereserveerd voor de vormgeving van het keuzepakket. Via het keuzepakket worden afzonderlijke gemeenten in staat gesteld om in aanvulling op het basispakket maatwerk te realiseren dat is gebaseerd op de lokale behoefte. In regionaal verband is overeengekomen met de GGD dat het keuzepakket met ingang van 2004 een looptijd van 4 jaar zal hebben en dus overeen zal komen met de looptijd van de diverse nota's lokaal gezondheidsbeleid. De omvang van het basiskeuzepakket bedraagt voor alle aangesloten gemeenten ruim 7% van de omvang van het basisstandaardpakket en kan alleen bij de GGD worden besteed. Voor de gemeente Heusden gaat het in 2004 om een bedrag van € 46.252,--.

Regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (RSU)

Gelijktijdig met de overheveling van de verantwoordelijkheid voor de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 4-jarigen per 1 januari 2003 (zie ook 4.1.3) is de regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg in het leven geroepen. Het betreft hier een doeluitkering die de gemeenten in staat moet stellen een deel van het landelijk verplicht gesteld pakket jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19-jarigen te financieren.

De inhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid voor de 4 tot 19-jarigen ligt al sinds

jaar en dag bij de gemeente en wordt binnen het basisstandaardpakket vormgegeven door de GGD. De aanvullende doeluitkering dient in zijn geheel te worden gebruikt om het verplichte deel voor de 0 tot 4-jarigen te financieren.

Voor de gemeente Heusden gaat het om een bedrag van € 474.611,-- op basis van het prijspeil 2003. Dit bedrag wordt naar rato bij wijze van subsidie beschikbaar gesteld aan de thuiszorgorganisaties Thebe en Regio 's-Hertogenbosch.

Maatwerkdeel integrale jeugdgezondheidszorg

Naast de hiervoor genoemde RSU zijn in het kader van de invoering van de integrale jeugdgezondheidszorg ook middelen beschikbaar gesteld voor de vormgeving van een lokaal maatwerkdeel. Het betreft hier middelen die voorheen als doeluitkering en vanaf 2003 via het gemeentefonds ter beschikking van de gemeenten komen. De middelen werden en worden ingezet o.a. ter vergroting van het bereik van de consultatiebureaus ten behoeve van vroegsignalering van achterstanden, ondersteuning van ouders of verzorgers van jonge risicokinderen en verbetering van de samenwerking op lokaal niveau van consultatiebureaus met voorschoolse voorzieningen, basisscholen, gemeentelijke gezondheidsdiensten en overige voorzieningen voor jeugd. De gemeente Heusden ontvangt hiervoor een bedrag van € 33.000,--. Evenals de RSU-gelden wordt ook dit bedrag naar rato bij wijze van subsidie beschikbaar gesteld aan de beide thuiszorgorganisaties.

Regulier budget verslavingszorg

In het kader van het regioplan verslavingszorg is een aantal jaren geleden in regionaal verband besloten tot een aanvullende subsidiëring van Novadic, de regionale instelling voor verslavingszorg. E.e.a. met de bedoeling om, in aanvulling op de beschikbare rijksmiddelen, de in het regioplan vastgelegde dienstverlening tot de mogelijkheden te laten behoren. Met ingang van 2003 heeft er een herschikking van rijksmiddelen plaatsgevonden die voor de regio 's-Hertogenbosch gunstig is uitpakkt. Aanvullende gemeentelijke financiering voor de taken uit het regioplan is daardoor niet langer noodzakelijk. Voorgesteld wordt om de beschikbare gelden structureel te bestemmen voor preventieve activiteiten op het gebied van de verslavingszorg. In de conceptgemeentebegroting 2004 is hiervoor een bedrag van € 14.300,-- opgenomen.

Schoolmaatschappelijk werk

Voor het pilotproject schoolmaatschappelijk werk dat in ieder geval gedurende twee schooljaren plaatsvindt op basisschool Het Palet is een totaalbedrag van € 17.000,-- beschikbaar.

6. Plan van aanpak

Als sluitstuk van deze nota lokaal gezondheidsbeleid wordt dit hoofdstuk gevormd door een plan van aanpak waarin voor de komende periode van 4 jaar is opgenomen welke activiteiten, door wie, wanneer en met behulp van welke faciliteiten worden aangepakt.

1.	<i>één lokale zorginstelling ouderenzorg</i>
Inhoud	Overdracht activiteiten gericht op ouderenzorg van de Stg. Sphinx naar de Stg. ZWOH.
Betrokkenen	Gemeente Heusden en Stichtingen ZWOH en Sphinx.
Coördinatie	Gemeente Heusden, afdeling Educatie en Welzijn.
Middelen	Bestaande subsidiebudgetten ZWOH en Sphinx, aangevuld met door gemeenteraad te bepalen aanvullend budget.
Termijn	Afronding per 1 januari 2005.
2.	<i>Beleidsplan integrale jeugdgezondheidszorg</i>
Inhoud	Vormgeving integrale jeugdgezondheidszorg 0 tot 19-jarigen in de regio Hart voor Brabant.
Betrokkenen	Regiogemeenten, GGD Hart voor Brabant, en Thuiszorgorganisaties.
Coördinatie	Stuurgroep Integrale JGZ.
Middelen	Reguliere middelen basisstandaardpakket GGD en rijksmiddelen integrale JGZ. Rijksmiddelen: € 469.301,--.
Termijn	Beleidsplan geldt voor periode 2004 – 2007.
3.	<i>Schoolmaatschappelijk werk Basisonderwijs</i>
Inhoud	Pilotproject psychosociale ondersteuning voor twee jaar op basisschool Het Palet. Op basis van evaluatie besluitvorming m.b.t. voortgang en/of uitbreiding.
Betrokkenen	Stichting Maas en Leije, Basisschool Het Palet, Afdeling Educatie en Welzijn.
Coördinatie	Afdeling Educatie en Welzijn.
Middelen	Extra middelen schoolmaatschappelijk werk, € 8.500,-- per jaar.
Termijn	Schooljaren 2003/2004 en 2004/2005.
4.	<i>Modernisering AWBZ/Vermaatschappelijking</i>
Inhoud	In regionaal verband komen tot inhoudelijke en financiële zorgafstemming met het zorgkantoor.
Betrokkenen	Gemeenten Vught, Haaren, 's-Hertogenbosch, Sint-Michielsgestel, Schijndel, Boxtel, Heusden, Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg.
Coördinatie	Gemeente Vught.
Middelen	Reguliere gemeentelijke middelen, subsidieregeling lokaal sociaal beleid Provincie.
Termijn	Afronding eind 2004.
Realisering	

5.	<i>Mantelzorg Heusden</i>
Inhoud	Realisering steunpunt voor mantelzorgers in de gemeente Heusden.
Betrokkenen	Stg. ZWOH, Steunpunt Mantelzorg Midden-Brabant, Afdeling Educatie en Welzijn.
Coördinatie Middelen	Steunpunt Mantelzorg Midden-Brabant. Reguliere subsidiemiddelen ZWOH, zo mogelijk bijdrage kruiswerk Drunen.
Termijn	2005 – 2007.
6.	<i>Preventieproject genotmiddelengebruik</i>
Inhoud	Opzetten van een geïntegreerd programma ter voorkoming van genotmiddelengebruik en –misbruik op latere leeftijd door jongeren. Met name gericht op de basisschoolleeftijd.
Betrokkenen	Novadic, GGD Hart voor Brabant, basisscholen, afdeling Educatie en Welzijn.
Coördinatie Middelen	GGD Hart voor Brabant. Budget preventieve verslavingszorg.
Termijn	2004 – 2007.
7.	<i>Eenzaamheid onder ouderen</i>
Inhoud	Nader onderzoek en daaropvolgend aanbod ter bestrijding en preventie van eenzaamheid onder ouderen.
Betrokkenen	Stg. ZWOH, GGD Hart voor Brabant, Ouderenbonden, Afdeling Educatie en Welzijn.
Coördinatie Middelen	GGD Hart voor Brabant. Reguliere subsidiemiddelen ZWOH, keuzepakket GGD Hart voor Brabant.
Termijn	Nader onderzoek in 2004. Aanbod in 2005 – 2007.
8.	<i>Versterking uitvoerend maatschappelijk werk</i>
Inhoud	Vergroting uitvoerende capaciteit algemeen maatschappelijk werk in met name de kern Vlijmen.
Betrokkenen	Stg. Maas en Leije en Afdeling Educatie en Welzijn.
Coördinatie Middelen	Afdeling Educatie en Welzijn. Stichting Maas en Leije. Stimuleringsuitkering algemeen maatschappelijk werk van rijksweg en aanvullende storting in gemeentefonds m.i.v.
Termijn	2004. Budget 2004: € 72.988,--. Reeds gestart in 2003. In ieder geval tot 2007.
9.	<i>Vestigingswensen eerstelijnszorg</i>
Inhoud	Inventariseren van de toekomstige vestigingswensen van alle eerstelijnszorgvoorzieningen in Heusden. Op basis daarvan zo gunstig mogelijk planologisch vestigingsklimaat nastreven.
Betrokkenen	Eerstelijnszorg, Afdeling Bouwen en Wonen, Afdeling Educatie en Welzijn.
Steunpunt	

Coördinatie Middelen Termijn	Afdeling Educatie en Welzijn. Reguliere gemeentelijke middelen. Inventarisatie in 2004. Verdere vormgeving vanaf 2005.
10. Inhoud	<i>Aanpak regiogrensproblematiek</i> In overleg met de beide betrokken zorgkantoren bewerkstelligen dat er voor de hele gemeente Heusden sprake zal zijn van een onderbrenging bij het zorgkantoor Regio 's-Hertogenbosch.
Betrokkenen	Zorgkantoren Midden-Brabant en Regio 's-Hertogenbosch en Afdeling Educatie en Welzijn.
Coördinatie Middelen Termijn	Afdeling Educatie en Welzijn. Reguliere gemeentelijke middelen. Afronding in 2005.
11. Inhoud	<i>Preventie schoolverzuim voortgezet onderwijs</i> Preventieve aanpak schoolverzuim op het voortgezet onderwijs. Het project is er op gericht om meer grip te krijgen op risicoleerlingen met verhoogd ziekteverzuim, te beoordelen of dit verzuim gerechtvaardigd is en zonodig voor de leerling een passend hulp- of begeleidingstraject uit te stippelen.
Betrokkenen	d'Oultremontcollege, GGD Hart voor Brabant, Afdeling Educatie en Welzijn.
Coördinatie Middelen	Afdeling Educatie en Welzijn. Schooljaar 2003/2004 bekostiging via keuzepakket GGD. Vanaf 2004/2005 tot 2007 t.l.v. middelen onderwijs-achterstandenbeleid. Kosten: € 14.400,-- (prijspeil 2003).
Termijn	2003 – 2007.
12. Inhoud	<i>Zorgteams voortgezet onderwijs en basisonderwijs</i> Gestructureerd multidisciplinair (leerkrachten, GGD, onderwijsbegeleidingsdienst, maatschappelijk werk) overleg ten behoeve van een zo vroegtijdig mogelijke signalering en integrale aanpak van fysieke of psychosociale problemen bij jongeren. Voor een aantal in overleg met het schoolbestuur te bepalen basisscholen en voor het d'Oultremontcollege.
Betrokkenen	Aantal basisscholen, d'Oultremontcollege, GGD Hart voor Brabant, Afdeling Educatie en Welzijn.
Coördinatie Middelen	GGD Hart voor Brabant. Basisstandaardpakket GGD (VO) en keuzepakket GGD (BO). Per basisschool € 3.637,--.
Termijn	2004 – 2007.
13. Inhoud	<i>Intensivering vroegsignalering</i> Intensiveren bereik en structurering samenwerking consultatiebureaus en voor/vroegschoolse voorzieningen t.b.v. vroegsignalering van achterstanden.

Betrokkenen	verhogen van het bereik van de consulatiebureau's van de huidige 98% (zuigelingen) en 90% (peuters) richting de 100%. Tevens gaat het hier om het realiseren van structurele spreekuurfaciliteiten op lokatie bij verschillende peuterspeelzalen.
Coördinatie Middelen	Thuiszorgorganisaties Thebe en Regio 's-Hertogenbosch, peuterspeelzalen Heusden, Afdeling Educatie en Welzijn. Afdeling Educatie en Welzijn.
Termijn	Budget maatwerk integrale jeugdgezondheidszorg. Budget op basis van prijspeil 2003 is € 33.000,--. 2004 – 2007.
14. Inhoud	Realisering Lokaal Zorgloket Zorgdragen voor de kanalisering van de vraag van burgers en daaropvolgende levering van het meest adequate aanbod door verschillende organisaties op het gebied van wonen, welzijn en zorg door middel van een lokaal zorgloket. Stg. Maas en Leije, Stg. Woonveste, RIO Regio 's-Hertogenbosch, Stg. ZWOH, Afdelingen Sociale Zaken/Werkgelegenheid, Publiekszaken en Educatie en Welzijn. Externe projectleider via Afdeling Educatie en Welzijn. Structureel budget € 35.000,-- gemeentebegroting. Nog door gemeenteraad te bepalen aanvullend krediet voor o.a. investeringskosten. Realisering in de loop van 2004.
Betrokkenen	
Coördinatie Middelen	
Termijn	
15. Inhoud	Netwerken preventieve jeugdzorg Inbreng GGD-deskundigheid in de netwerken preventieve jeugdzorg t.b.v. de wijken Vliedberg en Oudheusden en de projectgroep Lokaal Onderwijsbeleid. GGD Hart voor Brabant, Basisonderwijs, Politie, Afdeling Educatie en Welzijn, Stg. Maas en Leije. Afdeling Educatie en Welzijn. Budget keuzepakket GGD: € 7.387,50. 2004 – 2007.
Betrokkenen	
Coördinatie Middelen	
Termijn	
16. Inhoud	Inspecties Hygiënezorg Kindercentra Periodieke controle op hygiëne en veiligheid door de GGD Hart voor Brabant bij alle Heusdense kindercentra. Heusdense kindercentra, GGD Hart voor Brabant, Afdeling Educatie en Welzijn. Afdeling Educatie en Welzijn. Stimuleringsbudget kinderopvang en zo mogelijk keuzepakket GGD. Kosten: € 3.589,50. 2004 – 2007.
Betrokkenen	
Coördinatie Middelen	
Termijn	
Het betreft hier o.a. het	

17.

Inhoud

Betrokkenen

Coördinatie

Middelen

Termijn

Rookverbod Tabakswet

Schriftelijke aandacht voor gevolgen aangescherpte Tabakswet bij betrokken instellingen.

Afdeling Educatie en Welzijn, sportverenigingen en instellingen voor sociaal-cultureel werk.

Afdeling Educatie en Welzijn.

Regulier budget gezondheidszorg.

Start medio 2004.

18.

Inhoud

Betrokkenen

Coördinatie

Middelen

Termijn

Volgen ontwikkelingen huisartsenposten

De ontwikkelingen rondom de verschillende huisartsenposten monitoren.

Afdeling Educatie en Welzijn, regiogemeenten en betrokken huisartsenposten.

Afdeling Educatie en Welzijn.

Regulier budget gezondheidszorg.

2004 – 2007.

7. Gebruikte literatuur en websites

1. Gemeentelijk Gezondheidsbeleid: beter op zijn plaats. Advies van de commissie Versterking collectieve preventie (Lemstra), november 1996.
2. Spelen op de winst: een visie op de openbare gezondheidszorg. Platform openbare gezondheidszorg, januari 2000.
3. Rapportage Jongeren en genotmiddelen. GGD Hart voor Brabant, 1999.
4. Rapportage Ouderenonderzoek. GGD Hart voor Brabant, 2000.
5. Rapportage Jongeren in de gemeente Heusden. GGD Hart voor Brabant, 2000.
6. Rapportage Gezondheidsenquête volwassenen. GGD Hart voor Brabant, 2001.
7. Basisnota Lokaal Gezondheidsbeleid: raamwerk voor het opstellen van een gemeentelijke nota. GGD Hart voor Brabant.
8. Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg 2001 – 2003, februari 2001.
9. Nationale Atlas Volksgezondheid, een ruimtelijk beeld van zorg en gezondheid in Nederland. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. www.rivm.nl
10. De huisarts en ontwikkelingen in de zorg in Noord-Brabant. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke zorg, maart 2001.
11. Goede zorg in Brabant, Topics voor toekomstig provinciaal zorgbeleid 2003 2007. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke zorg, februari 2003.
12. Woningmarktmonitor gemeenten en regio 's-Hertogenbosch. www.woningmarktmonitor.nl
13. Vitaal Grijs, Brabant ouderenproof. www.vitaalgrijs.nl
14. Richtlijn contactmomenten basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Platform Jeugdgezondheidszorg, juni 2003.
15. Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg. www.boznet.nl
16. Versterking Openbare Gezondheidszorg, VNG. www.vogz.nl
17. GGD Hart voor Brabant. www.ggdhartvoorbrabant.nl
18. Brabantse Raad van Mantelzorgers. www.br-mantelzorg.nl
19. Provinciaal Welzijnsberaad Ouderen. www.pwo-brabant.nl

8. Lijst van gebruikte afkortingen

ADL	Algemene dagelijkse levensbehoefte
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten
BO	Basis onderwijs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DHV	Districts Huisartsenvereniging
GB	Gezondheidsbevordering
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GVVP	Gemeentelijk verkeers- en vervoersplan
HOED	Huisartsen onder één dak
IPO	Interprovinciaal Overleg
(I)VBO	(Individueel) voorbereidend beroepsonderwijs
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
PGB	Persoonsgebonden budget
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RPCP	Regionaal Patiënten Consumenten Platform
RSU	Regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg
SOH	Stichting Ouderenzorg Heusden
UvW	Unie van Waterschappen
VMBO	Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VO	Voortgezet onderwijs
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport (ministerie van)
WCV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organization (Wereldgezondheidsorganisatie)
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZWOH	Zorg en Welzijn Ouderen Heusden

Bijlage 1

Overzicht van relevante wetgeving op het gebied van de volksgezondheid

De Grondwet en de Gemeentewet geven de gemeente belangrijke verantwoordelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg. In het verlengde daarvan zijn deze verantwoordelijkheden vastgelegd in meer concrete wetgeving. In het navolgende overzicht zijn deze onderverdeeld in zes categorieën: de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, wetten die direct betrekking hebben op de volksgezondheid, Algemene wet bijzondere ziektekosten, onderdelen van de Welzijnswet, wetten die van invloed zijn op de kwaliteit en wetten die slechts indirect gerelateerd zijn aan het terrein van de volksgezondheid.

1. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) regelt sinds 1989 de relatie tussen het Rijk en de gemeenten ten aanzien van de collectieve preventie/ openbare gezondheidszorg.

Uit de WCPV vloeien de volgende taken voort:

Nota Volksgezondheidsbeleid:

het uitbrengen van de gemeentelijke nota volksgezondheidsbeleid eens per vier jaar.

Epidemiologie:

het 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 en door preventie in te brengen in (regionale) zorgoverleggen.

Bewaken van gezondheidsaspecten:

een coördinerende en integrerende taak van de gemeente, met een adviestaak van de GGD (art.5, lid 2), uitmondend in facetbeleid.

Gezondheidsbevordering:

op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking preventieprogramma's uitvoeren; bijvoorbeeld gericht op gedragsverandering.

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, bijvoorbeeld onderzoek van de kwaliteit van zwembadwater.

Technische hygiënezorg:

hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeëer- en piercingstudio's, grote evenementen, seks- en relaxhuizen 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 (onder andere signalering, screening en beleidsadvisering), verslavingszorg (inclusief vangnetfunctie), algemeen maatschappelijk werk (gedeeltelijk).

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.

2. Wetten volksgezondheid

Wet ambulancevervoer

De Wet ambulancevervoer verplicht de gemeente om samen te werken in centrale posten ambulancevervoer en in ambulancevervoer te voorzien als het particulier initiatief dat niet doet.

Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)

De BOPZ geeft de burgemeester de bevoegdheid om mensen die gestoord zijn in hun geestesvermogens en daarmee een gevaar zijn voor zichzelf, hun omgeving of de openbare orde met een 'inbewaringstelling' acuut en verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)

In deze wet is de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen geregeld. De gemeente moet over rampenplannen beschikken. De verantwoordelijkheid voor de geneeskundige hulpverlening is in deze wet neergelegd bij het College van Burgemeester en Wethouders. De leiding van het geneeskundig deel uit het rampenplan berust bij de leiding van de GGD. Het betreft hier onder andere een procesverantwoordelijkheid van de GGD met betrekking tot de totale geneeskundige hulpverlening, inclusief voorbereiding.

Gezondheidswet

De Gezondheidswet bevat de wettelijke voorschriften met betrekking tot de organisatie van de zorg voor de volksgezondheid. De Wet regelt onder andere de vertegenwoordiging van de gemeente in de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV). Daarnaast regelt de Wet onder andere de informatieplicht van de gemeente aan de inspecteurs van de Volksgezondheid, RVZ en de Provinciale Raad ten aanzien van de naleving van wetten en verordeningen die de volksgezondheid betreffen. Ook is in deze wet geregeld dat inspecteurs van Volksgezondheid de gemeenten informeren en adviseren.

Wet infectieziekten

De wet infectieziekten geeft de burgemeester van een gemeente een sleutelrol in het bestrijden van de verspreiding van (besmettelijke) infectieziekten. De burgemeester wordt daarin bijgestaan door de directeur van de GGD. De artsen hebben een meldingsplicht aan de GGD terzake bij wet genoemde infectieziekten. De GGD voert namens de burgemeester de wet infectieziekten uit en adviseert de burgemeester

indien in de wet vastgelegde maatregelen (zoals dwangopname, werkverbod of lichamelijk onderzoek) genomen dienen te worden.

Quarantainewet

De quarantainewet bevat voorschriften over het voorkomen en weren van besmettelijke ziekten bij mensen die Nederland binnenkomen.

Wet rampen en zware ongevallen

Deze wet beschrijft de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid van de gemeente bij de (voorbereiding van) rampen(bestrijding).

Wet Tarieven Gezondheidszorg

De VNG is in het kader van deze wet toegewezen als representatief orgaan omdat de gemeente optreedt als uitvoerder van de ambulancevervoerplannen op basis van de Wet ambulancevervoer. Voorts worden op grond van deze wetgeving de (maximum)tarieven bepaald die zorgverleners voor hun diensten in rekening mogen brengen.

Wet voorzieningen gehandicapten

Vanaf april 1994 heeft de gemeente de plicht te zorgen voor woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen aan gehandicapten die in de gemeente wonen, zodat zij aan het maatschappelijke verkeer kunnen deelnemen. Met de invoering van de Wvg is de doelgroep uitgebreid met inwoners ouder dan 65 jaar. De gemeente kan, binnen wettelijke kaders, het pakket voorzieningen afstemmen op de lokale mogelijkheden. De voorzieningen die worden verstrekt dienen doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te zijn.

Wet ziekenhuisvoorzieningen

Op basis van de wet ziekenhuisvoorzieningen is de provincie verplicht om de gemeente te horen over conceptplannen over ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen enzovoort.

3. Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)

Vaccinatiebesluit

Het vaccinatiebesluit is een besluit op grond van de AWBZ. De gemeenten participeren in de entgemeenschap samen met de thuiszorgorganisaties. Dit samenwerkingsverband zorgt voor de uitvoering van het vaccinatiebesluit. De gemeente is verplicht om kosteloos gegevens uit het bevolkingsregister aan te leveren om nieuw geboren en in het vaccinatieprogramma te kunnen opnemen en om verhuisde kinderen te kunnen blijven oproepen.

Bevolkingsonderzoeken

Het college voor zorgverzekeringen subsidieert uit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten het bevolkingsonderzoek op borstkanker, waarin de gemeente via de GGD een belangrijke coördinerende en voorlichtende rol vervult. De gemeente moet aan de (geautoriseerde) uitvoerders van de onderzoeken op systematische wijze gegevens uit de GBA verstrekken voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek borstkanker en baarmoederhalskanker.

Zorgvernieuwingsfondsen

Per sector in de AWBZ zijn zogenaamde zorgvernieuwingsfondsen vormgegeven: gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging en geestelijke gezondheidszorg. Hierin speelt het zorgkantoor een belangrijke rol bij de uitvoering en in het bijzonder bij de beoordeling van de projecten. De gemeente en cliëntenorganisaties adviseren over de projecten. De gemeente is vertegenwoordigd in de Raad van Advies van het zorgkantoor.

Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging

De gemeente moet zorgdragen voor een indicatieorgaan voor verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg waarin geïntegreerd wordt geïndiceerd. Op termijn zal ook de indicatiestelling voor de gehandicapten bij het indicatieorgaan worden ondergebracht.

3. Onderdelen van de Welzijnswet

In de Welzijnswet staat dat overheden gezamenlijke inspanningen op maatschappelijk en sociaal-cultureel terrein moeten leveren, in samenwerking met het particuliere initiatief. De gemeente is vrij initiatieven op dit gebied te nemen dan wel te ondersteunen.

Beleidsreinen van de Welzijnswet die betrekking hebben op de volksgezondheid zijn: Algemeen maatschappelijk werk, sociaal-cultureel werk, (preventief) jeugdbeleid, ouderenbeleid, minderhedenbeleid, sport en recreatie.

Algemeen maatschappelijk werk

Maatschappelijk werk levert een bijdrage aan het sociaal en psychisch welbevinden van mensen in hun omgeving. Hiertoe worden diensten aangeboden aan mensen die in een situatie verkeren die hun draagkracht te boven gaat en waarbij onvoldoende steun in hun omgeving voorhanden is. Naast psychosociale hulpverlening is er binnen het AMW ook ondersteuning voor meer materiële hulpvragen.

Sociaal-cultureel werk

Hieronder vallen onder meer welzijnswerk voor gehandicapten, kinderopvang, emancipatie en preventief jeugdbeleid. Algemeen preventief jeugdbeleid is gericht op de ontwikkeling van kansen en de bestrijding en voorkoming van achterstanden van jeugdigen (o.a. jeugdgezondheidszorg, jongerenparticipatie, buurtbeheer).

Ouderenbeleid

Hieronder vallen flankerende voorzieningen, zoals maaltijdvoorziening, klussendienst, ondersteuning van vrijwilligerswerk en voorlichting over preventie van valongevallen. De ontwikkeling en ondersteuning van mantelzorg is een belangrijk aandachtspunt. Hieronder vallen de inzet van hulp en/of hulpmiddelen, het verstrekken van woningaanpassingen en tijdelijke of dagopvang voor thuiswonende hulpbehoevenden. Daarnaast kan de gemeente financiële en facilitaire ondersteuning bieden aan vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties: huishulpcentrales, burenen- en boodschappendiensten, ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers en oppas- en vervoersdiensten.

Bevorderen van sport en recreatie

Met bewegingsstimulering is in belangrijke mate gezondheidswinst (zowel lichamelijk als geestelijk) te behalen. Via de Stimuleringsregeling Breedtesport is extra subsidie

beschikbaar voor sport- en bewegingsstimuleringsactiviteiten, waarbij een duidelijke relatie gelegd kan worden tussen gezondheid, maatschappelijke participatie en sport/beweging.

Waterleidingwet / Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater

Op grond van deze wet dient de kwaliteit van het drinkwater te voldoen aan bepaalde eisen in verband met de schadelijkheid voor de volksgezondheid. In oktober 2000 is de Waterleidingwet gewijzigd en is de 'Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater' vastgesteld. De gemeente heeft bij legionellapreventie twee rollen, enerzijds als eigenaar van collectieve leidingnetten, anderzijds als toezichthouder. Als eigenaar van legionellagevoelige accommodaties dient een risicoanalyse in de gebouwen uitgevoerd te worden en een beheersplan te worden opgesteld, waarin de maatregelen worden vermeld.

Daarnaast zal de gemeente als toezichthouder gaan optreden bij grootschalige evenementen, kinderdagverblijven, asielzoekerscentra en inrichtingen voor openlucht recreatie.

5. Wetten die van invloed zijn op de kwaliteit

Kwaliteitswet zorginstellingen

Deze wet bevat regels omtrent de wijze waarop de overheid de kwaliteit waarborgt van zorg, verleend door zorginstellingen. De wet draagt de gemeente op toezicht te houden op de kwaliteitszorg van instellingen die ze in stand houdt, zoals de GGD. De instellingen maken zelf kwaliteitsrapportages die worden beoordeeld door de Inspectie Volksgezondheid.

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WBGO)

Deze wet regelt allerlei aspecten met betrekking tot de relatie behandelend arts en patiënt en is ook analoog van toepassing op 'medische handelingen' waaronder het doen van onderzoek dat niet gericht is op behandeling, maar wel overeenkomstige kenmerken vertoont.

Wet Individuele Beroepsbeoefenaren Gezondheidszorg (BIG)

De wet richt zich op registratie, bevoegdheid, status en kwaliteit van individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg alsmede op de toepassing van tuchtrecht op een aantal beroepen waaronder artsen en verpleegkundigen.

Wet op de uitoefening van de geneeskunst

Hierin worden onder andere geneeskundigen en verloskundigen verplicht de burgemeester in kennis te stellen van hun vestiging i.c. vertrek uit de gemeente. Deze wet komt bij volledige invoering van de Wet BIG te vervallen.

Wet op de bevolkingsonderzoeken

Deze wet stelt bijzondere eisen aan medische onderzoeken die aangemerkt dienen te worden als bevolkingsonderzoeken die uitgevoerd worden met behulp van ioniserende straling, dan wel betrekking hebben op kanker, ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is en stelt deze vergunningplichtig. Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker valt onder deze wet. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is nog experimenteel.

6. Wetten die indirect betrekking hebben op de volksgezondheid

Arbeidsomstandighedenwet

De gemeente moet onder bepaalde voorwaarden ervoor zorgen dat gebruik gemaakt kan worden van een Arbodienst. Daarin is ook de bedrijfsgezondheidszorg aanwezig.

Destructiewet

De gemeente moet ervoor zorgen dat kadavers van in de wet genoemde dieren (destructiemateriaal) op hygiënische wijze worden afgevoerd naar het zogenaamde destructiebedrijf. Op basis van deze wet moet de gemeente een verordening maken, waarin geregeld is wat de houder van het destructiemateriaal ermee moet doen en hoe het moet worden bewaard totdat het wordt opgehaald.

Wet op de lijkbezorging

In de wet op de lijkbezorging is geregeld hoe de gemeente, mede met het oog op de volksgezondheid, moet handelen bij overlijden, begraven en cremieren. Onder meer is de gemeente verplicht om te beschikken over een gemeentelijke lijkschouwer. Deze arts kan verklaringen afleggen over een (on)natuurlijke dood.

Drank- en horecawet

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

Tijdelijk besluit kwaliteitsregels van de Kinderopvang

Met dit besluit wordt de gemeentelijke verantwoordelijkheid geregeld voor de hygiëne en veiligheid van de kindercentra binnen haar gemeentegrenzen. Het besluit bevat minimale kwaliteitsregels die in gemeentelijk beleid vertaald moeten worden. Het besluit is geldig totdat de Wet Basisvoorziening Kinderopvang van kracht is.

Wet op de Openlucht recreatie, het Besluit hygiëne gezondheid en veiligheid kampeerterreinen, het Waterleidingbesluit

Deze regelgeving verplicht de gemeente tot het opstellen van een verordening waarin in elk geval bepalingen betreffende de gezondheid moeten worden opgenomen. Ook zijn bepaalde eisen ten aanzien van de hygiëne op kampeerplaatsen vastgelegd.

Wet Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid (GOA)

Met ingang van 1 augustus 1998 hebben de gemeenten krachtens deze wet de verantwoordelijkheid gekregen voor en de regie over het voorkomen en bestrijden van onderwijsachterstanden. Voor die tijd was het een rijkstaak.

Woningwet / Bouwbesluit

In het Bouwbesluit zijn bouwvoorschriften vastgelegd op het gebied van hygiëne en veiligheid in woningen. Onderwerpen die aan de orde komen zijn o.a. wering van

geluidhinder, wering van vocht, behandeling van afvalwater binnen de woning, ventilatie, bestrijding van ongedierte en toetreding van daglicht. Het College van Burgemeester en Wethouders is aangewezen om zorg te dragen voor handhaving van de bepalingen van het Bouwbesluit.

Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen

Het besluit regelt het technische veiligheidstoezicht op toestellen in speeltuinen, op schoolpleinen, bij kinderdagverblijven en openbare speelgelegenheden. De eigenaar is verantwoordelijk voor de veiligheid. Het toezicht geschiedt door de Inspectie Gezondheidsbescherming.

Algemene bijstandswet

In deze wet is geregeld dat aan iedereen die in 'zodanige omstandigheden verkeert of dreigt te geraken dat hij / zij niet over de middelen beschikt om in de noodzakelijke kosten van bestaan te voorzien' bijstand wordt verleend door de gemeente. De gemeente vraagt de GGD regelmatig om advies over de sociaal-medische verstrekkingen in het kader van de bijzondere bijstand.

Wetgeving speciaal onderwijs

Op grond van deze wet in combinatie met de WCPV is de gemeente verplicht de GGD op te dragen om te adviseren over toelating van kinderen tot het speciale onderwijs.

Besluit Invalidenparkeerkaart

Dit besluit regelt dat een invalidenparkeerkaart niet afgegeven wordt alvorens een geneeskundig onderzoek heeft plaatsgevonden met betrekking tot de invaliditeit van de aanvrager.