

*NOTA*

***GEZONDHEIDSBELEID***

*GEMEENTE LOENEN*

2003 t/m 2006

juni 2003

# INHOUDSOPGAVE

<b>1. Inleiding</b> .....	3
<b>2. Samenvatting</b> .....	4
<b>3. Het hoe en waarom van deze nota</b> .....	6
<b>4. Hoe gezond is Loenen?</b> .....	7
<b>5. Gezondheidsbeleid gemeente Loenen</b> .....	8
5.1 Missie en doelen.....	8
5.2 Gezondheidsbeleid en de GGD.....	8
<b>6. Thema's van gezondheid</b> .....	9
6.1 Algemeen.....	9
6.2 Criteria en keuze thema's.....	9
6.3 Concrete uitwerking per thema.....	10
6.3.1 Thema bewegen en sporten.....	10
6.3.2 Thema psychosociale problematiek.....	12
6.3.3 Thema versterking van de niet-professionele zorg.....	14
6.3.4 Thema samenhang in de professionele zorg.....	15
6.3.5 Informatievoorziening.....	17
<b>7. Overzicht maatregelen en kosten</b> .....	18
<b>BIJLAGEN</b> .....	20
1. Regionale nota "Gezondheidsbeleid: visie van gemeenten".....	21
2. Overzicht taken GGD.....	33
3. Literatuuroverzicht.....	36
4. Verslag conferentie.....	37
5. Verslag gesprek huisartsen.....	43
6. Samenvatting uitkomsten enquête.....	45
7. De GGD in het gezondheidsbeleid van de gemeente.....	46
8. Overzicht aanbod gezondheidszorg in Loenen.....	49

# 1. INLEIDING

Op de vraag: wat vind u het belangrijkste in het leven? zal menigene antwoorden: “een goede gezondheid”. Het ligt voor de hand dat iedereen zich dan ook tot het uiterste inspant om een goede gezondheid te bereiken en te behouden en dat op het gebied van gezondheidszorg alles goed geregeld is. Dat is echter niet het geval. Hoewel we in Nederland “gezond” zijn en de gezondheidszorg op een hoog peil staat, is er het nodige mis. Enkele voorbeelden: lange wachtlijsten, tekort aan huisartsen, een toename van mensen met overgewicht, psychische problemen. Opvallend is verder dat Nederland in Europa o.a. op het gebied van gezondheid aan het afzakken is richting de middenmoot<sup>1</sup>.

Bij “gemeente en gezondheid” denkt men in eerste instantie aan de GGD. Veel verder komt men vaak niet. Uit recent onderzoek blijkt echter dat gemeenten meer aan gezondheidsbeleid doen dan ze zelf denken. Gezondheid heeft met veel gemeentelijke beleidsterreinen raakvlakken<sup>2</sup>. Enkele voorbeelden: sport, milieuzorg, hygiëne en veiligheid bij kindercentra, riolering, de inrichting van een wijk (een gezonde leefomgeving), jeugd- en ouderenbeleid enz.

Aan de andere kant zijn de mogelijkheden die gemeenten hebben om rechtstreeks invloed uit te oefenen op de gezondheidszorg beperkt.

Per saldo zijn er voor de gemeente voldoende kansen om een goed en zinvol gezondheidsbeleid te formuleren.

In regionaal verband (het werkgebied van de GGD Midden Nederland) is een visienota voorbereid. Aan de hand van dit stuk (als Bijlage 1 bijna letterlijk overgenomen) is deze gemeentelijke nota opgebouwd. Gemeenten zijn namelijk verplicht om per 1 juli 2003 een eigen nota volksgezondheid, met een werkingsduur van vier jaar, te hebben vastgesteld.

De nota bevat een globale schets van de gezondheidssituatie in de gemeente Loenen. Aan de hand van een selectie van vier thema's uit de regionale nota werken we het lokale beleid uit in concrete actiepunten. Deze zullen de komende vier jaar worden uitgevoerd.

Deze nota vormt niet het beginpunt van gezondheidsbeleid van de gemeente Loenen. Op verschillende terreinen doen wij en anderen er al het nodige aan. Wel is het de eerste keer dat diverse aspecten van gezondheid bij elkaar zijn gebracht in één verhaal. Dit levert een overzicht op van de gezondheidssituatie in onze gemeente en van hetgeen de gemeente kan en wil doen om bepaalde gezondheidsproblemen te voorkomen, dan wel bij te dragen aan het oplossen daarvan.

---

<sup>1</sup> Rapport *Gezondheid op Koers?* van het RIVM, 2002

<sup>2</sup> *Gemeentelijk gezondheidsbeleid*, promotieonderzoek J. van Dijk (RUG), 2001

## 2. SAMENVATTING

Het ministerie van VWS heeft alle gemeenten in Nederland verplicht om gezondheidsbeleid te formuleren voor een periode van vier jaar. Dit staat in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

In het werkgebied van de GGD Midden Nederland (25 gemeenten) is een regionale visienota geschreven. Deze nota heeft in de regio een breed draagvlak gekregen bij gemeenten, beroepsgroepen, instellingen, zorgverzekeraars en consumenten-/patiëntenorganisaties. Deze visienota vormt de basis voor onze gemeentelijke nota.

Na een korte startnotitie is eind 2002 in Loenen een conferentie gehouden, waaraan 30 betrokkenen bij gezondheidszorg deelnamen. Aansluitend is onder ruim 80 organisaties een enquête uitgezet. De uitkomsten uit conferentie en enquête zijn naast andere bronnen van informatie gelegd: gezondheidsatlas, recente onderzoeken van de GGD, demografische gegevens enz. Dit levert een globaal beeld op van de gezondheidssituatie in Loenen. Uit die gegevens kunnen we de voorzichtige conclusie trekken dat de Loenenaar zijn of haar gezondheid positiever ervaart dan gemiddeld in de regio het geval is. Dit is geen reden om met de armen over elkaar te gaan zitten: er valt nog genoeg te doen!

Regionaal is een gezamenlijke missie (of hoofddoelstelling) vastgesteld, waarin een definitie voor gezondheid is opgenomen. Wij nemen deze tekst letterlijk over als missie van de gemeente Loenen: "het ontwikkelen en (doen) uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid om gezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen. Gezondheid is meer dan afwezigheid van ziekte(n). Gezondheid betreft het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden."

Wij nemen de ons toebedeelde regiefunctie serieus en vullen deze in op een manier die past bij de schaal van Loenen.

Het lastige begrip "gezondheid" is in de nota opgehangen aan een achttal thema's, die voortkomen uit het gezondheidsmodel van Lalonde. Volgens dit model zijn vier factoren van invloed op de gezondheidssituatie van de bevolking. Factoren waarop de gemeente invloed kan uitoefenen (met tussen haakjes vermeld de bijbehorende thema's) zijn: *leefstijl* (genotmiddelen, gezonde voeding, bewegen en sporten, psycho-sociale problematiek), *leefomgeving* (fysieke overlast in de leefomgeving en leefomgeving als kader voor samenleven) en *zorgsysteem* (versterken van de niet-professionele zorg en samenhang in de professionele zorg). Aan de hand van enkele criteria en onder andere de gegevens uit de conferentie en de enquête is voor de komende vier jaar een keuze gemaakt voor vier thema's.

Per thema is algemene informatie (uit regionaal onderzoek en specifiek Loenense gegevens) opgenomen en een overzicht van wat er al is, wat de gemeente en anderen al doen en wat de gemeente aan een beschreven gezondheidsprobleem *zou kunnen* doen. Per thema leidt dit tot enkele concrete maatregelen die in hoofdstuk 7 zijn gerangschikt per jaar van uitvoering (2003 t/m 2006), met vermelding van de kosten. Per uitgekozen thema geven we kort de belangrijkste punten aan. Naast die thema's heeft het punt informatievoorziening voor de inwoners (en instellingen) onze bijzondere aandacht.

### Bewegen en sport

Er gebeurt al veel en de sportdeelname van scholieren uit Loenen is groot. Om alles in kaart te brengen gaan we sportbeleid formuleren met aandacht voor georganiseerde en niet-georganiseerde sport en bijzondere doelgroepen (tieners, ouderen). Met name kunnen we kiezen uit een groot aanbod op het gebied van "bewegen". Het mogelijk realiseren van een sporthal of -zaal is in onderzoek. Goede beweging is van belang voor iedereen, van jong tot oud.

### Psychosociale problematiek

Preventie is bij dit thema heel belangrijk. Problemen moeten bij kinderen zo vroeg mogelijk gesignaleerd worden en goed behandeld. Veel partijen hebben bij de opvoeding van kinderen een rol te vervullen. Uit het aanbod van cursussen, ondersteuning, projecten maken wij een keuze. Bij ouderen willen we proberen het sociaal isolement te verminderen.

### Versterking van de niet-professionele zorg

Het gaat om vrijwilligerswerk en mantelzorg. Steeds terugkerende signalen zijn: tekort aan vrijwilligers, te veel werk, te weinig waardering, gebrek aan faciliteiten, kennis en informatie. We ontwikkelen vrijwilligersbeleid dat erop gericht is die problemen op te lossen. We bekijken de informatievoorziening en hebben oog voor het mogelijk samenbrengen van informatie op één plek. Het lokale loket mantelzorg krijgt voor een proefperiode beperkte professionele ondersteuning.

### Samenhang in de professionele zorg

Bij dit thema komt de regiefunctie van de gemeente sterk in beeld. Op de inhoud van de zorg zelf hebben we niet of nauwelijks invloed. Diverse signalen maken het onderzoeken van de haalbaarheid van een gezondheidscentrum interessant. Koppeling aan een meldpunt voor zorg is denkbaar. We kijken ook hoe we de eerstelijnszorg kunnen behouden en versterken. Het instellen van een zorgnetwerk kan daarnaast een optie zijn. We voeren de regie over de 0-19 jarigen zorg en over de aansluiting tussen lokaal jeugdbeleid en de jeugdzorg.

Jaarlijks biedt het college aan de raad een actieprogramma voor het volgende jaar (met kostenplaatje) aan ter vaststelling. Op die manier blijft het onderwerp "gezondheid" jaarlijks op de politieke agenda staan en kunnen we tussentijdse ontwikkelingen meenemen.

De flinke stapel bijlagen biedt de geïnteresseerde lezer boeiende achtergrondinformatie.

### 3. HET HOE EN WAAROM VAN DEZE NOTA

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) dateert uit 1989. De recent vastgestelde wijziging van die wet schrijft voor dat gemeenten elke vier jaar een nota volksgezondheidsbeleid opstellen en uitvoeren. Hiermee is de wettelijke basis van deze nota vastgelegd. Het Rijk is namelijk van oordeel dat de gemeenten hun regierol op het gebied van de collectieve preventie onvoldoende oppakken. Hoe de nota er uitziet is ter vrije invulling van de gemeenten. Wel zijn er in de wet enkele eisen gesteld.

De gemeente formuleerde niet eerder specifiek gezondheidsbeleid, omdat hiervoor niet een duidelijke noodzaak aanwezig was. Nu is er dus een wettelijke verplichting.

Het gaat, zoals de wet al aangeeft, voor een belangrijk deel over preventie: het voorkomen van ziekten en het bevorderen van gezondheid. De taken, die bij onze GGD in het basispakket zitten, moeten zijn omschreven in de nota. Verder verwacht het ministerie dat de gemeente samenwerking zoekt met andere partijen zoals zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten-/consumentenorganisatie. Binnen de gemeentelijke organisatie moet de gemeente voor afstemming zorgen met andere beleidsterreinen zoals welzijn, milieu, huisvesting.

In regionaal verband is een visienota ontwikkeld, die een breed draagvlak heeft gekregen. In het werkingsgebied van de GGD Midden Nederland kunnen de gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de vertegenwoordigers van de patiënten en consumenten zich in de grote lijnen van de nota *Gezondheidsbeleid: visie van de gemeenten* vinden.

Aan de hand van dit regionale stuk zijn gemeenten individueel aan de slag gegaan met hun eigen beleidsnota.

In Loenen hebben wij er voor gekozen om te beginnen met een korte startnotitie. Deze stond centraal in een conferentie waaraan ongeveer 30 personen deelnamen. Uit de geanimeerde discussies kwamen enkele thema's van gezondheid duidelijk naar voren (zie voor een verslag Bijlage 4).

Uit de conferentie vloeide het instellen van een klankbordgroep voort. Een vijftal betrokkenen bij gezondheid heeft zich ingezet om mee te denken in het proces van beleidsvorming. Deze groep hield de verschillende versies van de nota kritische tegen het licht.

In de voorbereiding zijn ook gesprekken gehouden met o.a. de huisartsen, de Stichting Aanvullende Gezondheidszorg Loenen, een tandarts en WeideSticht.

Als aanvulling op de conferentie is besloten om ook een enquête te houden. Van de ongeveer 80 aangeschreven organisaties en beroepsbeoefenaren vulden 12 de enquête in.

Al deze gegevens, gevoegd bij bestaande gegevens uit bijvoorbeeld de Gezondheidsatlas en diverse onderzoeken van de GGD (o.a. het seniorenonderzoek en het scholierenonderzoek) leverde het basismateriaal op voor deze gemeentelijke nota.

Het ontwikkelen van gezondheidsbeleid biedt, naast het voldoen aan de wettelijke verplichting, ook kansen voor de gemeente.

In ieder geval staat "gezondheid" nu elke vier jaar op de politieke agenda. Er zijn voldoende mogelijkheden voor de gemeente om actief bij te dragen aan het verminderen van gezondheidsverschillen en het realiseren van gezondheidswinst. Omdat een financiële prikkel van het Rijk ontbreekt (gemeenten krijgen er geen extra geld voor) is het ook aan de gemeente om naar eigen inzicht middelen in te zetten. Door gericht thema's van gezondheid te kiezen, kan de gemeente heel goed plaatselijke accenten leggen.

## 4. HOE GEZOND IS LOENEN?

Het is mogelijk om uit de beschikbare gegevens een globaal beeld te schetsen van de gezondheidssituatie in onze gemeente. We hebben onder andere kunnen putten uit de volgende bronnen:

- gegevens die bij diverse instellingen en de gemeente zelf voorhanden zijn
- de gezondheidsatlas (opgesteld door de voormalige GGD West-Utrecht)
- de regionale visienota
- demografische gegevens
- recent uitgevoerde onderzoeken van de GGD (senioren- en scholierenonderzoek)
- informatie uit de conferentie en de enquête

Het beeld dat hieruit geschetst kan worden is positief.

De regio West-Utrecht is betrekkelijk jong vergeleken met Nederland. In Loenen blijft het percentage jeugdigen (t/m 24) iets achter bij de provinciale cijfers. Het aantal 65+ ers ligt iets boven het provinciaal gemiddelde. In de bevolkingsprognose voor 2010 komt naar voren dat zowel het aantal jeugdigen als het aantal ouderen toeneemt, in beide gevallen fors boven het provinciaal gemiddelde. De stijging zal voor een deel te maken hebben met de verwachte uitbreiding (De Nieuwe Uitleg) van Loenen a/d Vecht. Er zal in 2010 met ongeveer 20% méér 65+ ers rekening gehouden moeten worden. Dit zal ongetwijfeld een grotere druk op de gezondheidszorg tot gevolg hebben. Het treffen van preventieve maatregelen wordt belangrijker.

Uit het vorig jaar gehouden seniorenonderzoek van de GGD kwam een positief beeld van de ouderen in Loenen naar voren: ze ervaren hun gezondheid beduidend positiever dan het regionale gemiddelde, gebruiken minder medicijnen en hebben minder last van eenzaamheid. Ze ondervinden minder problemen bij dagelijkse bezigheden en het ondernemen van activiteiten buitenshuis. Onze senioren maken minder gebruik van medische diensten en voorzieningen en sociaal-culturele activiteiten. De groep heeft relatief weinig verhuishwensen, alleen de afstand tot voorzieningen en de openbaar vervoersmogelijkheden worden als een probleem ervaren.

Deze gegevens sluiten vrij goed aan op de resultaten van het gemeentelijke huisvestingsonderzoek onder senioren uit 1997.

Het eveneens door de GGD gehouden scholierenonderzoek (1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> klassers voortgezet onderwijs) leveren ook al een positief beeld op. De ondervraagde tieners in onze gemeente ervaren hun lichamelijke gezondheid iets lager dan het regionaal gemiddelde (met o.a. een iets hoger percentage aandoeningen en medicijngebruik). De psychische gezondheid ervaart de Loenense jongere echter positiever. Opvallend zijn de zeer gunstige cijfers voor overgewicht, roken, hasjgebruik, gebruik van maaltijden, sportdeelname. Over de leefomgeving en veiligheid is deze groep ook goed te spreken: positief oordeel over school, minder spijbelen, beter oordeel over de woonbuurt en het gevoel van veiligheid. Negatievere scores op informatievoorziening, voorzieningen die men mist en iemand hebben om na school heen te gaan.

Betrekken we hierbij ook recente gegevens over het gebruik van een aantal voorzieningen. Zowel bij het AMW, het Bureau Jeugdzorg, de ouderenadviseur, het steunpunt mantelzorg zien we een beduidend lager gebruik dan regionaal.

Behoorlijk generaliserend kunnen we de voorzichtige conclusie trekken dat “de Loenenaar” zijn of haar gezondheid positiever ervaart dan gemiddeld in de regio het geval is. dit geldt zowel voor jongeren als ouderen. Al zijn er op punten ook negatieve uitschieters. Het mindere gebruik van allerlei voorzieningen roept vragen op. Zijn er helemaal geen problemen, of lossen de mensen het zelf of in eigen kring op? Het positieve beeld is op zich goed nieuws, maar geen reden om op onze lauweren te gaan rusten. Er zijn voldoende aanknopingspunten aanwezig om gericht beleid te formuleren op het gebied van gezondheid.

## 5. GEZONDHEIDSBELEID GEMEENTE LOENEN

### 5.1 Missie en doelen

In de regio hebben de 25 gemeenten gezamenlijk een visie op het gezondheidsbeleid geformuleerd. Wij nemen deze regionale visie over. Deze visie vormt de basis voor verder handelen in de toekomst.

***De missie (algemene doelstelling) van de gemeente Loenen is:***

- ***het ontwikkelen en (doen) uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid om gezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen. Gezondheid is meer dan afwezigheid van ziekte(n). Gezondheid betreft het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.***

De doelen, die uit de missie voortvloeien zijn:

1. het bevorderen van collectieve preventie ten behoeve van gezonde leefstijlen van inwoners.
2. het bevorderen van een gezonde leefomgeving van inwoners met behulp van intersectoraal beleid.
3. het bevorderen van de ketenqualiteit van het zorgsysteem door meer afstemming van preventie op zorg (cure) en verzorging (care) en het versterken van samenhang in de niet-preventieve zorg.
4. het bieden van een vangnet van zorg voor inwoners, die niet in staat zijn om voor zichzelf te zorgen en naar het oordeel van de gemeente zorg nodig hebben, ook als zij daar niet om vragen.
5. het meewerken en zo nodig initiëren van geneeskundige hulpverlening bij rampen en ongevallen.
6. het signaleren aan en meewerken met andere instanties, die gezondheidsbeleid ontwikkelen, voorzover in het belang van de gemeente.
7. het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Wij zijn ons bewust van onze beperkingen als kleine gemeente. Op het (professionele) zorgaanbod (cure) hebben wij als gemeente bijvoorbeeld nauwelijks invloed. Toch zijn er voldoende mogelijkheden om een actieve en positieve bijdrage te leveren aan de gezondheid van onze inwoners.

Wij beperken ons niet tot het minimaal voldoen aan de wettelijke verplichting. Wij voelen ons verantwoordelijk voor de gezondheid van de inwoners. We gaan in op signalen uit de samenleving en proberen waar mogelijk problemen te voorkomen in plaats van achteraf te reageren op situaties. We nemen de ons toebedeelde regiefunctie serieus en vullen deze in op de schaal van Loenen. We kiezen voor kwaliteit en een integrale benadering. Steun van en samenwerking met andere partners zijn daarbij onmisbare elementen.

Bij belangrijke gemeentelijke beslissingen (bijvoorbeeld rond De Nieuwe Uitleg) betrekken we nadrukkelijk ook gezondheidsaspecten.

### 5.2 Gezondheidsbeleid en de GGD

Het gemeentelijk gezondheidsbeleid omvat meer dan alleen het beleid inzake de GGD. Wel schrijft de aangepaste Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in dit verband een aantal zaken voor:

- de gemeente houdt mede een GGD in stand door deelname aan een gemeenschappelijke regeling
- de in de WCPV genoemde wettelijke taken worden door de GGD uitgevoerd
- bij belangrijke beslissing op het gebied van gezondheid raadpleegt de gemeente de GGD
- de gemeente houdt rekening met de landelijke vierjaarlijkse prioriteitennota voor collectieve preventie.

Wij zullen invulling geven aan de bovenstaande punten.

Meer informatie over dit onderwerp is opgenomen in een notitie van de GGD (Bijlage 7).



## 6. THEMA'S VAN GEZONDHEID

### 6.1 Algemeen

Het begrip "gezondheid" is veelomvattend en lastig in te delen in werkbare onderdelen. Daarom is in de regionale nota gekozen voor het hanteren van thema's van gezondheid. Deze zijn afgeleid van het gezondheidsmodel van Lalonde, dat er vanuit gaat dat de gezondheidssituatie van de bevolking beïnvloed wordt door vier soorten factoren. Biologische factoren vallen buiten het bereik van de gemeenten. De andere soorten leefstijl, leefomgeving en zorgsysteem kunnen in principe wél door de gemeente worden beïnvloed. Dit leidde tot de keuze van 8 thema's van gezondheid, waaraan later een negende is toegevoegd: informatievoorziening voor de inwoners.

Een overzicht:

leefstijl	: genotmiddelen gezonde voeding bewegen en sporten psychosociale problematiek
leefomgeving	: fysieke overlast in de leefomgeving leefomgeving als kader voor samenleven
zorgsysteem	: versterken van niet-professionele zorg samenhang in de professionele zorg
informatievoorziening	: informatievoorziening voor de inwoners

Voor het invullen van het gezondheidsbeleid voor de komende jaren kiezen wij deze thema's als invalshoek. Over alle thema's valt veel te zeggen. Het liefst zouden we ze allemaal uitputtend willen behandelen en hier onze aandacht op richten. Dit is echter onmogelijk, de middelen (tijd en geld) ontbreken hiervoor. Daarnaast zijn bij sommige thema's de beïnvloedingsmogelijkheden van de gemeente kleiner dan bij andere. Daarom kiezen we ervoor om de komende jaren onze pijlen te richten op een selectie uit de 9 thema's. Dit geeft mogelijkheden om diep op de materie in te gaan en te kiezen voor een gerichte aanpak van bijvoorbeeld een signaleerde problematiek.

### 6.2 Criteria en keuze thema's

Bij het bepalen van de prioriteiten in de keuze van de thema's hanteren wij de volgende criteria:

- is er sprake van een gezondheidsprobleem en hoe belangrijk is het?
- zijn er beïnvloedingsmogelijkheden, met name voor de gemeente?
- wat doet de gemeente en/of wat doen anderen al aan het probleem?
- bestaat er lokaal draagvlak voor dit probleem?

Over deze thema's is al het nodige bekend. Te denken valt aan regionaal verzamelde gegevens van instellingen en uit onderzoeken. Ook plaatselijk zijn gegevens voorhanden, bijvoorbeeld uit het welzijnsbeleid of via andere beleidsterreinen. Uit verschillende bronnen ontvangen wij regelmatig signalen over een gezondheidsonderwerp of –probleem. Dit basismateriaal kan dienen om de keuze te vergemakkelijken.

Verder betrekken wij nadrukkelijk de uitkomsten uit de gehouden conferentie en de enquête en de opvattingen van de klankbordgroep bij het bepalen van de thema's.

De conferentie stond in het teken van bewegen, psychosociale problematiek, het hele zorgsysteem en de informatievoorziening. De enquête sloot hier voor een groot deel op aan. De klankbordgroep vond dat deze thema's een goede basis vormen voor de uit te werken nota.

Wij zijn van mening dat genoemde thema's aan de bovenstaande criteria voldoen: er is sprake van problematiek, die tot op zekere hoogte beïnvloedbaar is en waar de gemeente iets aan zou kunnen doen.

Daarom kiezen we voor de volgende thema's:

- bewegen en sporten
- psychosociale problematiek
- versterking van de niet-professionele zorg
- samenhang in de professionele zorg

Bij alle thema's kwam op een of andere wijze het onderwerp "informatievoorziening" als belangrijk aandachtspunt naar voren. Daarom laten we dit thema als een rode draad door alle thema's heen lopen.

Daarbij achten wij de beïnvloedingsmogelijkheden bij de thema's gezonde voeding en genotmiddelen voor de gemeente minder groot. Fysieke overlast in de leefomgeving lijkt minder als een gezondheidsprobleem te worden ervaren.

Dit betekent overigens niet dat aan deze andere thema's helemaal niets gedaan wordt. Dit heeft vaak te maken met de raakvlakken die er zijn met andere beleidsterreinen. Ter illustratie een voorbeeld. Binnen het thema leefomgeving als kader voor samenleven past bijvoorbeeld het realiseren van goede speelvoorzieningen voor de jeugd. Onlangs is door de raad over dit onderwerp een beleidsnota vastgesteld. De komende jaren investeert de gemeente tonnen om de speelterreinen op te knappen.

### **6.3 Concrete uitwerking per thema**

Per thema is allereerst een beschrijving gegeven van het onderwerp met regionale en plaatselijke informatie. Na een aanduiding van de beïnvloedingsmogelijkheden komt aan de orde wat de gemeente er aan kan doen. Dit laatste is weer vertaald in concrete maatregelen die de gemeente wil gaan treffen. De gebundelde maatregelen zijn terug te vinden in hoofdstuk 6.

#### **6.3.1 Thema *Bewegen en sporten***

##### Informatie

Lichamelijke inactiviteit neemt toe met de leeftijd. Jongeren fietsen, wandelen en sporten veel. Maar er is ook een groep van 7 %, die nooit sport en een groep van 15 %, die niet meer sport dan 1 keer of een paar keer per maand. Uit provinciaal onderzoek is bekend dat een kwart tot een derde van de tweedeklassers in het voortgezet onderwijs niet wekelijks sport. In de leeftijdsgroep 15-34 jaar neemt bewegen en sporten af. Trendcijfers voor de oudere leeftijdsgroep laten zien dat daarin een positieve verandering gaande is naar meer bewegen en sporten. Bijna de helft van alle volwassenen sport echter niet. Vier van de tien inwoners zijn lichamelijk matig actief of inactief. Bij deze groep staat meer bewegen en sporten wel bovenaan als wens om de eigen leefstijl te verbeteren. Circa 15 % van de volwassenen, ongeacht de leeftijd, wil meer informatie over gezond bewegen. Circa 30 % vindt dat gezond bewegen meer moet worden gestimuleerd in de gemeente.

Lichaamsbeweging voorkomt veel ziekten, maar de keerzijde vormen sportblessures. Uit onderzoek is bekend dat circa 20 % van de 15-18-jarigen jaarlijks de huisarts consulteert vanwege een sportblessure. Het valt niet exact te meten, maar we gaan er vanuit dat per saldo sprake is van een aanzienlijke gezondheidswinst door bewegen en sporten.

Er zijn geen grote verschillen tussen gemeenten met betrekking tot bewegen en sporten bij de inwoners. Uit het recente scholierenonderzoek van de GGD blijkt evenwel dat de 12-15 jarigen in onze gemeente meer aan sport doen dan gemiddeld in de regio (85% is lid van een vereniging en 83% sport 5 uur of meer per week; daarbij is slechts bij 4% overgewicht gemeten); 15% bezocht het afgelopen jaar zeker één keer de huisarts voor een sportblessure.

Van de senioren, zo blijkt uit het seniorenonderzoek van de GGD doet eenderde nooit aan sport of bewegen; 51% wekelijks tot dagelijks. Van de ondervraagde 65 plussers vindt 23% dat hij/zij te weinig beweegt en 16 wil dit veranderen.

Uit de conferentie en de enquête kwamen met name de volgende punten naar voren:

- het belang van een goede binnensportaccommodatie
- ook aandacht voor niet-georganiseerde sport (trimgroepen, wandel- en fietsroutes)
- aandacht voor bepaalde doelgroepen (o.a. senioren en tieners) en tekort aan vrijwilligers en technische leiding
- het zo vroeg mogelijk onderkennen van problemen

##### Beïnvloedingsmogelijkheden

Bij bewegen en sporten is gedrag en beeldvorming belangrijk, maar gaat het bij beschikbaarheid meer om omgevingsaspecten, die het bewegen en sporten stimuleren of belemmeren. Dit kan binnen- of buitenaccommodaties voor sport betreffen. Maar voor minder specifieke vormen van bewegen, zoals wandelen en fietsen speelt de hele woonomgeving mee. Belangrijk is ook een goede afstemming tussen vraag en aanbod van voorzieningen.

##### Wat gebeurt er al en wat kan de gemeente er (nog meer) aan doen?

*Op het oog zijn er binnen en rond onze gemeente voldoende mogelijkheden om recreatief te bewegen. Te denken valt aan een wandeling langs de Vecht of een fietstocht door de diverse dorpskernen. Te bezien valt*

*of de inwoners dit ook echt zo ervaren of dat extra faciliteiten nodig zijn om het bewegen in de eigen omgeving te kunnen bevorderen.*

*Ook wat georganiseerde sporten betreft zijn er diverse mogelijkheden voor alle leeftijdsgroepen, zoals voetbal, tennis, hockey, gymnastiek, Meer Bewegen voor Ouderen (MbVO).*

*Het ontbreken van een goede binnensportaccommodatie (met ontmoetingsruimte) ervaren sporters als een gemis. Het realiseren van een sporthal of sportzaal zal zeker stimulerend werken voor het bewegen en sporten. De haalbaarheid van zo'n voorziening is op dit moment in onderzoek.*

*Naast de georganiseerde sport kan de gemeente proberen het niet georganiseerd sporten te bevorderen, bijvoorbeeld via trimgroepen, zoals er daarvan al jaren een actief is op De Heul.*

*In zijn algemeenheid is extra aandacht op zijn plaats voor risicogroepen, bijv. jongeren vanaf 14 jaar (die vaak de sportclubs verlaten), inactieve volwassenen en senioren.*

*Via de gemeentelijke Minimaregeling kunnen minder draagkrachtigen een deel van de contributies van bijvoorbeeld sportclubs terugkrijgen.*

*Vrijwilligersorganisaties (zeker ook binnen de sport) geven aan dat het steeds lastiger is om kader (bestuursleden, begeleiding) te vinden. Via het te ontwikkelen vrijwilligersbeleid kan ondersteuning van organisaties plaatsvinden.*

*Veel lagere schoolkinderen zijn lid van een sportvereniging. De groep tieners, vanaf 13-14 jaar, blijkt landelijks gezien nogal eens af te haken bij de sportclubs (het scholierenonderzoek van de GGD liet andere cijfers zien!). Juist ook voor die groep is bewegen heel belangrijk. We kunnen nagaan hoe deze groep te bereiken is, om bij hun leefwereld passende bewegingsactiviteiten te stimuleren. We denken daarbij aan het jongerenwerk als invalshoek.*

*De GGD schenkt tijdens elk Periodiek Geneeskundig resp. Verpleegkundig Onderzoek (PGO/PVO) op de scholen aandacht aan het onderwerp bewegen en sporten.*

*Het gymnastiekonderwijs op het basisonderwijs vormt zeker een belangrijk onderdeel van de sportieve basis van kinderen. Deskundige begeleiding is hierbij van groot belang. Wij zullen de basisscholen stimuleren voor gymnastiek gebruik te (blijven) maken van vakleerkrachten.*

*Binnen het basispakket van de GGD valt het project "Sportief wandelen" (doelgroepen: volwassenen en ouderen). Deskundigen zoals fysiotherapeuten worden hiervoor opgeleid en deze begeleiden groepen mensen die bijvoorbeeld niet makkelijk bij een sportclub binnenstappen of te maken hebben met overgewicht. De deelnemers betalen een eigen bijdrage voor deze activiteit, waarbij het stevig doorstappen is. De gemeente kan overwegen om ter stimulering van de deelname een deel van de eigen bijdrage voor haar rekening te nemen. Bij gebleken belangstelling gaan wij dit project afnemen.*

*Speciaal voor senioren biedt de GGD een cursusaanbod Bewegen en Gezondheid aan. Dit bestaat uit een zestal cursussen gericht op bepaalde doelgroepen (o.a. voor mensen met angst om te vallen). Dit is een keuzetaak, waaraan een prijskaartje hangt. Kosten gemiddeld € 600,- tot € 900,- per cursus.*

*De gemeente heeft (nog) geen sportbeleid geformuleerd. Het kan een overweging zijn dit te doen, omdat een aantal van bovengenoemde aandachtspunten nader onderzoekt vraagt en we die ook beter in samenhang kunnen bekijken. Wellicht gaat alleen al van het inventariserende karakter hiervan een stimulerende werking uit. Bij het te formuleren beleid zal in ieder geval extra aandacht uitgaan naar risicogroepen kinderen, jongeren en senioren. Bij het ontwikkelen van sportbeleid kunnen we instellingen als de GGD betrekken.*

### **Maatregelen**

*1. Gemeentelijk sportbeleid formuleren (voor een periode van 4 jaar) met hierin onder andere aandacht voor:*

- een inventarisatie van het aanbod en de deelname*
- zowel georganiseerde als ongeorganiseerde sport*
- recreatief bewegen*
- de positie van vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties*
- de risicogroepen kinderen, jongeren en senioren*

*2. Project "Sportief wandelen" van de GGD (bij gebleken belangstelling) afnemen voor volwassenen en met name senioren*

3. *Cursusaanbod "Gezondheid en Bewegen (gericht op senioren) van de GGD bij gebleken belangstelling afnemen.*

4. *Realiseren sporthal/sportzaal verder onderzoeken*

5. *Basisscholen stimuleren voor het vak gymnastiek gebruik te (blijven) maken van vakleerkrachten*

### **6.3.2 Thema Psychosociale problematiek**

#### Informatie

Psychosociale problemen worden naar verhouding vaak gesignaleerd in periodiek onderzoek van de jeugd bij de GGD. Vooral gedragsproblemen scoren daarbij hoog.

Bij jongeren geeft bijna de helft aan dat zij 5 of meer psychosociale problemen heeft ervaren. Vier op de vijf scholieren noemt daarbij ruzie als probleem. Maar ook problemen met school, werk en ouders worden vaak genoemd. Zowel in het basisonderwijs als het voortgezet onderwijs is pesten een probleem.

Bij ouders merken de GGD en het consultatiebureau een toenemende behoefte aan advies bij opvoedingsvragen.

Bij volwassenen komt psychosociale en psychische problematiek vaak voor. Eenzaamheid komt voor bij ruim 30 % van de volwassenen, niet alleen bij oudere volwassenen, maar ook op jongere leeftijd. Ook stress wordt vaak ervaren, door een kwart van de volwassenen. Een groot deel van de volwassenen wil stress tegengaan door zich meer te ontspannen. Na bewegen en sporten is dit de meest genoemde wens om de eigen leefstijl te verbeteren.

Er zijn geen grote verschillen in beleving van de inwoners tussen de gemeenten.

Uit het recente scholierenonderzoek van de GGD komt de 12-15 jarige jeugd er positief uit. Het percentage met een indicatie "psychosociale problematiek" is met 13 het laagste in de regio. Het aantal contacten met hulpverlening is gemiddeld.

Ook bij de senioren (GGD onderzoek uit 2002) oordelen de Loenenaren op dit punt gunstiger. Ze ervaren minder psychisch onwelbevinden (16%) en minder eenzaamheid (31%) in vergelijking met het regionale gemiddelde.

Uit de conferentie en de enquête kwam o.a. het volgende naar voren:

- aandacht voor de rol van diverse betrokkenen bij de opvoeding van jonge kinderen (ouders, school, instellingen zoals sportverenigingen, GGD en consultatiebureau)
- problemen zo vroeg mogelijk signaleren en goed (door)verwijzen naar de juiste instantie
- informatievoorziening voor alle leeftijdscategorieën is van groot belang

#### Beïnvloedingsmogelijkheden

Psychosociale problematiek kent verschillende aspecten. Voor inwoners met een hulpvraag bestaat de mogelijkheid om een beroep te doen op de curatieve zorg, van huisarts tot GGZ-instellingen.

Beleid kan de bekendheid van inwoners met het hulpaanbod vergroten.

Als er geen hulpvraag is wordt gesproken over openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ).

#### Beïnvloeding door beleid is mogelijk bij:

- gedragsbeïnvloeding
- beeldvorming over psychosociale problematiek
- vroegopsporing van problemen en een vangnet, voor mensen, die zichzelf niet kunnen redden
- afstemming van voorzieningen in de OGGZ, een basisaanbod per regio

#### Wat gebeurt er al en wat kan de gemeente er (nog meer) aan doen?

*De gemeente wil een bijdrage leveren aan het voorkomen of aanpakken van psychosociale problemen. Enerzijds is het ondersteunen van initiatieven van anderen (instellingen, individuen) mogelijk, anderzijds is ook een actievere opstelling van de gemeente zelf denkbaar. Dit is nodig omdat het veronachtzamen van psychosociale problematiek schadelijke gevolgen kan hebben voor het welzijn van de inwoners.*

*Sociale activeringstrajecten voor bijstandgerechtigden kunnen bijdragen aan het voorkomen van psychosociale problemen bij die personen.*

*De gemeenten hebben de regiefunctie op het gebied van OGGZ toegewezen gekregen van het Rijk. Die functie gaan wij invullen via regionaal overleg in GGD-verband. In het nieuwe beleidsplan van de GGD is OGGZ/psychosociale problematiek één van de speerpunten. Wij spelen hierop zoveel mogelijk in. Belangrijkste kenmerk van OGGZ is dat er niet sprake is van een vrijwillige individuele hulpvraag. OGGZ kan zich richten op individuen, risicogroepen of op het collectief. Enkele voorbeelden: crisisopvang, bemoeizorg, dak- en thuislozenzorg, psychosociale hulpverlening na rampen. OGGZ kan een bredere invulling krijgen. De gemeente kan ook oog hebben voor veel voorkomende problemen als eenzaamheid, angst, depressie en stress, bijv. door onderzoek naar preventief zorgaanbod en samenwerking door instellingen. Vangnetzorg voor specifieke groepen inwoners, die zichzelf niet kunnen redden, is belangrijk*

*Wij subsidiëren het algemeen maatschappelijk werk. Deze eerstelijns voorziening is voor iedereen gratis toegankelijk. De Tijdelijke stimuleringsmaatregel AMW van VWS biedt mogelijkheden om, bijvoorbeeld voor bepaalde doelgroepen of problematiek een extra inzet (formatie AMW) te plegen.*

*Wijkvoorzieningen vervullen vaak, zonder dat dit benoemd wordt, een bijdrage aan de psychosociale gezondheid van inwoners. Daarom vinden wij het belangrijk dat in ieder geval in de grootste kernen van onze gemeente een goed uitgeruste dorpshuizen beschikbaar zijn en blijven.*

*Bij de opvoeding van kinderen kan veel misgaan, waardoor psychosociale problemen ontstaan. We gaan het bestaande aanbod op dit gebied (o.a. consultatiebureau, pedagogisch spreekuur, cursussen) in kaart brengen. Het afnemen van een deel van het extra aanbod kan een vervolgstap zijn.*

*Via het maatwerkdeel van de 0-4 jarigen zorg (consultatiebureau) kan de gemeente een bijdrage leveren aan het voorkomen en signaleren van problemen bij kleine kinderen (uitgebreidere informatie onder 6.3.4).*

*Het (basis) onderwijs krijgt in toenemende mate met sociaal-emotionele problematiek te maken. Het weerbaarder maken van de jeugd kan bijdragen aan het verminderen en voorkomen hiervan. We gaan het (cursus)aanbod in kaart brengen en dit onder de aandacht van de scholen brengen (scholen kennen al een deel van dit aanbod via het Weer Samen Naar School project).*

*Via het netwerk jeugdhulpverlening (voor 12+ers) kunnen (psycho-sociale) problemen bij jeugdigen vroegtijdig worden signaleerd. Zie verder bij 6.3.4).*

*Omdat wij geen aanspraak kunnen maken op VVE- of GOA-gelden (voor- en vroegschoolse educatie en gemeentelijk onderwijs achterstandenbeleid) komen alle gemeentelijke inspanningen op dit vlak ook voornamelijk voor rekening van de gemeente.*

*Bij ouderen kan in toenemende mate sociaal isolement optreden. Een gerichte aanpak kan deze problemen voorkomen of verminderen. Te denken valt aan: opzet van een telefooncirkel, aanbieden van een passend activiteitenaanbod en goede bekendmaking hiervan, huisbezoek bij 75 plussers. Aanknopingspunten kunnen het rapport van Schakels "De geraniums voorbij" en het recente seniorenonderzoek van de GGD bieden. Mogelijk kunnen de SWOL, de Seniorenraad en de ouderenadviseur hierbij een rol spelen.*

## **Maatregelen**

- 1. Regiefunctie gemeente OGGZ in regionaal verband vormgeven.*
- 2. Gelden Tijdelijke stimuleringsmaatregel AMW optimaal inzetten*
- 3. Aanbod opvoedingsondersteuning in kaart brengen en hieruit mogelijk een keuze maken en dat aan de inwoners aanbieden.*
- 4. Sociaal-emotionele problematiek bij schoolkinderen (laten) onderzoeken en cursusaanbod realiseren. Bijvoorbeeld het GGD aanbod over pesten "Stop de pestkop", sociale weerbaarheid groep 7 en 8 basisonderwijs "Kom op voor jezelf", sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen van 4-12 jaar "Als een Vis in het water".*
- 5. Sociaal isolement van ouderen trachten terug te dringen via een gerichte aanpak.*

### 6.3.3 Thema Versterking van de niet-professionele zorg

#### Informatie

Niet-professionele zorg omvat mantelzorg van een bekende (familie, vrienden, buren) en vrijwilligerswerk. Het kan zowel om praktische hulp gaan als om afleiding of aandacht.

Mantelzorg en vrijwilligerswerk zijn vaak gericht op ouderen boven de 70 jaar. Volwassenen tot 70 jaar hebben deze zorg vaak veel minder nodig. Ook als het om kleinere aantallen hulpvragers gaat beneden de 70 jaar, kan zulke zorg voor de inwoners, die de zorg ontvangen belangrijk zijn, bijvoorbeeld gehandicapten of chronisch zieken.

Bij niet-professionele zorg kunnen ook patiëntenverenigingen, algemeen of per doelgroep, en lotgenotencontacten een rol spelen.

Algemeen bekend is dat mantelzorg en vrijwilligerswerk tegenwoordig minder makkelijk tot stand komen en behouden blijven. De beschikbaarheid is minder, vrijwilligers worden ouder en de belasting door de zorg is vaak hoog.

Bijna 10 % van de volwassenen tot 70 jaar in de regio ontvangt mantelzorg, de onbetaalde informele zorg van familie en bekenden. Voor Loenen zou dat zo'n 550 personen betekenen. Aandacht, troost en afleiding zijn bijna even belangrijk als daadwerkelijke huishoudelijke hulp. Mantelzorg ontbreekt nogal eens. Meer dan 5 % heeft behoefte aan mantelzorg of meer mantelzorg en ontvangt die niet. Landelijk verricht ongeveer 8% van de bevolking mantelzorg. Dat zou betekenen dat ongeveer 700 inwoners van Loenen iets aan mantelzorg doen. 8% van de ondervraagden in de seniorenenquête van de GGD (65 plussers) gaf aan mantelzorg te verstrekken (ongeveer 100 ouderen in Loenen), 21% (van die 8%) krijgt hierbij ondersteuning, de anderen geven aan hieraan geen behoefte te hebben.

Het vrijwilligerswerk is wijd vertakt. Meer dan 100 organisaties in de gemeente werken met vrijwilligers. Een aantal hiervan is actief in de gezondheidszorg. Verder kunnen we in het licht van deze nota onder andere noemen sportverenigingen, kerken, scholen. Het is lastig een exacte afbakening te geven. In Loenen zijn naar schatting 1000 tot 1500 mensen actief als vrijwilliger. Van de 65 plussers doet 42% (ongeveer 500 personen) aan vrijwilligerswerk (bron: seniorenenquête GGD).

Belangrijke punten uit de conferentie en de enquête:

- problematiek vrijwilligers en mantelzorgers: tekort aan vrijwilligers én begeleiding; toenemende druk, te weinig waardering, nieuwe doelgroepen proberen te interesseren
- meer samenwerken en gebruik maken van elkaars kennis
- informatievoorziening is heel belangrijk, ook behoefte aan één vast informatiepunt, zodat alle voorzieningen beter bereikbaar zijn

#### Beïnvloedingsmogelijkheden

Beïnvloeding door beleid is mogelijk bij:

- bevorderen dat meer inwoners beschikbaar zijn om zorg te verlenen en dat zij ook uit jongere leeftijdsgroepen komen
- beeldvorming en bekendheid van het aanbod, aansluiting op de vraag
- ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers.

#### Wat gebeurt er al en wat kan de gemeente er (nog meer) aan doen?

*Mantelzorg en vrijwilligerswerk zijn belangrijke onderdelen van het zorgsysteem en horen net zo goed in de keten van zorg thuis als de professionele zorg. Goed inzicht in de niet-professionele zorg is belangrijk (inventarisatie). Verder wil de gemeente bekijken of een betere onderlinge afstemming en afstemming met de professionele zorg én versterking hiervan nodig is. Het is nuttig om te bezien in hoeverre samenwerking met andere gemeenten meerwaarde heeft.*

*De positie van het lokale loket ondersteuning mantelzorg verdient nadere aandacht. Het loket slaat nog niet aan. De vrijwilligers hebben behoefte aan (beperkte) professionele ondersteuning. Mogelijk is een link te leggen met een andere organisatie. Mantelzorg is belangrijk als aanvulling op de professionele zorg. Mensen willen (en moeten ook!) steeds langer zelfstandig blijven wonen en hebben daardoor behoefte aan aanvullende zorg en ondersteuning thuis. De professionele zorg kan niet volledig in die behoefte voorzien. Het algemene beeld van de mantelzorger, dat deze anoniem zijn of haar werk doet, gaat zeker ook op in Loenen.*

*De gemeente heeft het Internationale jaar van de vrijwilliger (2001) aangegrepen om extra aandacht, geld en tijd te steken in het vrijwilligerswerk. Dit heeft al geleid tot het organiseren van een vrijwilligersmarkt en een feest ter ere van het werk van de vrijwilliger. Momenteel ontwikkelen we vrijwilligersbeleid (voor een*

periode van vier jaar), onder andere met toegezegde gelden van het Ministerie van VWS. Eerst willen we het vrijwilligerswerk goed in kaart brengen en inventariseren wat de wensen en problemen zijn bij de vrijwilligers en de organisaties. Wij zijn ons er zeer van bewust dat de vrijwilliger structurele ondersteuning en waardering verdient. Een duidelijk vrijwilligersbeleid kan bijdragen aan de versterking van de niet-professionele zorg. Enkele ideeën: vacaturebank, vrijwilligersprijs, deskundigheidsbevordering, faciliteiten verlenen, informatie-uitwisseling.

### **Maatregelen**

1. Inzicht in de niet-professionele zorg vergroten en de problematiek in kaart brengen.
2. Onderlinge afstemming niet-professionele zorg en afstemming met de professionele zorg bezien en waar mogelijk bevorderen;
3. In het licht van te ontwikkelen vrijwilligersbeleid aandacht hebben voor:
  - betere informatievoorziening
  - het tekort aan vrijwilligers
4. Onderzoek doen naar de bereikbaarheid van de zorg (mogelijk creëren van één vast aanspreekpunt).  
Zie ook onder 6.3.4.
5. Bij wijze van proef professionele ondersteuning bieden aan de vrijwilligers van het loket mantelzorg.

### **6.3.4. Samenhang in de professionele zorg**

#### Informatie

Bij professionele zorg is geen regionaal onderzoek naar samenhang gedaan. Er is wel enige informatie over zorggebruik, die aangeeft hoe belangrijk de professionele zorg voor de inwoners is. Jongeren roepen veelvuldig de hulp in van huisarts (15% van de 12-15 jarigen) of fysiotherapeut, vooral voor sportblessures. Bijna de helft van de volwassenen heeft de laatste drie maanden de huisarts bezocht. Ruim de helft heeft het afgelopen jaar contact gehad met een instelling voor professionele hulp of een deskundige (bijvoorbeeld een specialist).

Met name ouderen doen in toenemende mate een beroep op de professionele zorg. Van de 65 plussers had 78% de laatste drie maanden contact met professionele hulp, waarvan 48% 2 keer of meer. Dit is overigens ruim minder dan het regionale gemiddelde. Van de ondervraagden staat 13% op een wachtlijst (tegenover 25% als regionaal gemiddelde). Bron: seniorenenquête GGD.

Belangrijke aandachtspunten uit de conferentie en de enquête:

- meer overleg tussen diverse disciplines is gewenst
- het mogelijk realiseren van een gezondheidscentrum onderzoeken
- aandacht voor kwaliteit van signalering (problemen bij de jeugd) en goede verwijzingsstructuur

#### Beïnvloedingsmogelijkheden

In landelijk beleid wordt vaak gesproken over "ketenbenadering": zorgen dat alle schakels in het zorgsysteem goed op elkaar aansluiten, dat het zorgaanbod als geheel goed aansluit op de vraag van de inwoners.

Voor de gemeenten in de regio zijn als aspecten van belang:

- een samenhangend en voldoende aanbod aan eerstelijnszorg in de gemeente, met een goede aansluiting op de niet-professionele zorg
- samenwerkingsverbanden rond specifieke thema's, zoals buurtnetwerken voor jeugdzorg of een vangnet-netwerk, voor inwoners, die zichzelf niet kunnen redden
- aansluiting van preventieve voorzieningen op elkaar (bijvoorbeeld de integratie van de jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jaar, nu in voorbereiding in de regio) of van preventie en curatieve zorg.
- samenhang tussen gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen op lokaal niveau.

Beïnvloeding door beleid van de gemeente is niet rechtstreeks mogelijk op de curatieve zorg, die eigen wetgeving en financiering heeft. De regierol van gemeenten kan wel betrekking hebben op bevorderen van samenhang, gesteund door de andere partners in het overleg.

Wat gebeurt er al en wat kan de gemeente er (nog meer) aan doen?

*De preventieve jeugdzorg voor 0-4 jarigen (consultatiebureau) valt onder verantwoordelijkheid van de thuiszorg (voor onze gemeente: WeideSticht). Voor de 4-19 jarigen is de GGD op dit onderdeel verantwoordelijk. Het ministerie van VWS bepaalde dat per 1 januari 2003 de 0-19 jarigenzorg integraal geregeld moet zijn onder regie, ook in financiële zin, van de gemeenten. Het landelijk basispakket vormt het uitgangspunt. Dit pakket bestaat uit een uniforme deel en een maatwerkdeel. Op het uniforme deel kunnen de gemeenten geen invloed uitoefenen. Bij het maatwerk deel zijn er voor de gemeenten mogelijkheden om lokale accenten te leggen. In breed verband (werkingsgebied van de GGD) zullen we afspraken maken om onze regierol verder vorm te geven. Dit gaat in nauw overleg met de betrokken organisaties (GGD en thuiszorg).*

*De gemeente heeft de regiefunctie bij het verbeteren van de aansluiting tussen het lokale jeugd beleid en de jeugdzorg. Onlangs is een netwerk jeugdhulpverlening ingesteld (12 plus jeugd). Dit netwerk bestaat uit professionals die door hun werk met jongeren in contact komen en is bedoeld om te voorkomen dat jongeren naar zwaardere vormen van hulpverlening over moeten gaan. De deelnemers van het netwerk worden getraind om signalen op te kunnen vangen en om er actie op te kunnen nemen. Door middel van het netwerk kunnen we de samenhang in de jeugdzorg bevorderen.*

*Al jaren bestaat een netwerk voor ouderenzorg: 't Kampje-overleg. Vier keer per jaar overleggen gemeente, verzorgingshuis, welzijn ouderen, thuiszorg, ouderenadviseur, seniorenraad en woningcorporatie over allerlei aspecten van ouderenzorg.*

*Regionaal overleg in het kader van de regiovisie ouderenzorg (opgezet door de provincie) is onlangs gestopt. Partijen weten elkaar inmiddels te vinden op lokaal niveau. Verder bleek de invloed van de subregionale werkgroep te gering.*

*Samenhang in de zorg is belangrijk, zo blijkt ook uit de conferentie en de enquête. De gemeente kan hieraan voornamelijk bijdragen in de voorwaardenscheppende sfeer. Naast de genoemde zaken kan om hieraan vorm te geven ook gedacht worden aan de volgende zaken:*

*Het realiseren van een gezondheidscentrum, waarvan diverse disciplines gebruik kunnen maken. Het gaat in eerste instantie om de kern Loenen a/d Vecht. Inmiddels is hierover al van gedachten gewisseld met huisartsen, tandarts, WeideSticht en STAG. Alle betrokkenen zijn in beginsel positief. Als locatie zou het huidige (voormalige) kruisgebouw van STAG gekozen kunnen worden. Een ingrijpende verbouwing en uitbreiding zou dan noodzakelijk zijn. Hiervoor is eerst een haalbaarheidsonderzoek nodig. In Nigtevecht is een klein gezondheidscentrum gevestigd naast/aan het dorps huis. In Vreeland zijn gesprekken gevoerd om een combinatie te onderzoeken tussen brede school (in ontwikkeling) en gezondheidscentrum. Hiervoor lijkt vooralsnog vanuit de zorg onvoldoende animo te bestaan.*

*In veel gemeenten bestaat het al: een zorgmeldpunt (waar men terecht kan voor alle vragen op het gebied van wonen, welzijn en zorg). Niet overal zijn de ervaringen overigens positief. Een combinatie met het vorige punt (gezondheidscentrum) en mogelijke andere functies (mantelzorgloket en ouderenadviseur) kan een goed startpunt zijn voor nader onderzoek.*

*In het raadsprogramma 2002-2006 (vertaald in het collegeprogramma) is één actiepunten op het gebied van gezondheidsbeleid opgenomen: het behouden en zo mogelijk versterken van de eerstelijns zorgvoorzieningen, met de mogelijkheid van een 24-uurs bereikbaarheid. Dit punt vergt een nadere uitwerking. In Loenen a/d Vecht functioneert overigens al een eerstelijns overleg (zonder de gemeente).*

*Er blijkt een toenemende behoefte te zijn aan informatie over alle voorzieningen, ook van vrijwilligersorganisaties. Hoewel de betrokkenen wel een redelijk beeld hebben van het relatief overzichtelijke aanbod in onze gemeente, ontbreekt toch vaak een totaaloverzicht. Het opstellen van een sociale kaart voor alle vormen van zorg kan aan de informatiebehoefte.*

*In verschillende gemeenten is men gestart met een zogenaamd lokaal zorgnetwerk. Binnen zo'n netwerk maken verschillende disciplines duidelijke afspraken over de organisatie en het verlenen van de zorg. De deelnemers die men vaak in een zorgnetwerk aantreft, komen behoorlijk overeen met de huidige samenstelling van 't Kampje overleg. Gebleken is dat het maken van afspraken op subregionaal niveau (zie boven) lastig is, kunnen we beter insteken op het plaatselijke niveau. We gaan onderzoeken of een zorgnetwerk voor Loenen is op te zetten, mogelijk aan te sluiten bij 't Kampje overleg.*



Voor de Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) heeft de gemeente de regiefunctie: wij moeten zorgen voor een samenhangend aanbod van voorzieningen. Dit is nader uitgewerkt bij 6.3.2. psychosociale problematiek.

### **Maatregelen**

- 1. Haalbaarheidsonderzoek doen naar mogelijk te realiseren gezondheidscentrum Loenen a/d Vecht*
- 2. Mogelijkheden voor het instellen van een zorgmeldpunt (mogelijk in relatie met het vorige punt) onderzoeken.*
- 3. Behoud en versterken van de eerstelijnszorg, met mogelijk een 24-uurs bereikbaarheid. Nader uitwerken.*
- 4. Sociale kaart van alle vormen van zorg (ook vrijwilligersorganisaties) opstellen, bekendmaken en actueel houden.*
- 5. Opzet lokaal zorgnetwerk bezien. Mogelijk aanhaken bij of omvormen van 't Kampje overleg.*
- 6. Regiefunctie integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen in regionaal verband verder vorm geven en de gelden voor het maatwerkdeel 0-4 jarigen zorg (consultatiebureau) zo gericht mogelijk inzetten.*
- 7. De regiefunctie van de gemeente bij de aansluiting tussen lokaal jeugdbeleid en jeugdhulpverlening verder invullen. In dit verband het netwerk jeugdhulpverlening 12+ jeugd handhaven en stimuleren dat er ook een netwerk 12- komt.*

### **5.3.5 Informatievoorziening**

In de regionale visienota kwam dit als een centraal thema naar voren. Wij vinden een goede informatievoorziening, richting alle betrokken partijen, van wezenlijk belang. Het gaat om een uiteenlopende categorieën betrokkenen én een breed scala aan onderwerpen.

De inwoners van de gemeente zijn gebaat bij goede informatie over onderwerpen die hen aangaan.

We kiezen hiervoor onze eigen bekende media: de gemeentelijke tweewekelijkse pagina in de VAR en de gemeentelijke website. Over specifieke onderwerpen kunnen wij meer gericht informatie verschaffen.

We schakelen ook, waar nodig, anderen in. Beroepsbeoefenaren, instellingen, jongerenwerkster, ouderenadviseur kunnen informatie vaak beter dan wij zelf aan bepaalde doelgroepen overbrengen.

Vanuit "het veld" kwam uit de conferentie en de enquête ook duidelijk naar voren dat er behoefte is aan gegevens over bijvoorbeeld andere aanbieders van zorg en specifieke onderwerpen.

Zonder hieraan een concreet actiepoint te wijden, hebben wij dit onderwerp voortdurend in beeld en trachten bij alle activiteiten rond de uitwerking van deze nota hieraan zo goed mogelijk invulling te geven.

Wij wijzen hierbij ook nadrukkelijk op de eigen verantwoordelijkheid die instellingen hebben voor het onder de aandacht brengen van hun eigen activiteiten.

## 7. OVERZICHT MAATREGELEN EN KOSTEN

In dit overzicht zijn de maatregelen gerangschikt naar thema en gepland jaar van uitvoering, met een grove kostenraming.

Omdat nogal wat maatregelen bestaan uit allereerst "onderzoeken" en dergelijke, met mogelijk daarop volgend een concrete actie, is hiervoor nog geen kostenraming te geven. Een beeld wat de uitvoering van de nota over de gehele periode van vier jaar kost ontbreekt dus. Daarbij komt dat bij een aantal maatregelen sprake is van financiering uit een andere bron.

Daarom zal jaarlijks een uitvoeringsprogramma, compleet met kostenraming aan de raad worden voorgelegd ter besluitvorming. Niet alleen zijn alle maatregelen dan expliciet benoemd, op deze manier laten we ook ruimte open om nieuwe tussentijdse ontwikkelingen mee te nemen en zo nodig te verlaten in nieuwe maatregelen.

Van het Rijk ontvangen wij voor het opstellen en uitvoeren van deze nota geen extra middelen. De gemeente moet hiervoor dus apart gelden vrijmaken. In de gemeentebegroting is hiervoor vanaf 2003 structureel een bedrag opgenomen van € 3.000,--.

Thema	Maatregel	Uitvoering in				Kosten
		2003	2004	2005	2006	
<b>Bewegen en sporten</b>	Sportbeleid formuleren		x			pm
	Project Sportief wandelen			x		pm
	Cursus Gezond en Bewegen			x		€ 1.200
	Onderzoek realiseren sporthal	x	x			pm
	Vakleerkracht basisonderwijs stimuleren	x				pm
<b>Psychosociale problematiek</b>	Invullen regiefunctie OGGZ	x	x			pm
	AMW Tijd. Stim. maatregel invullen	x				pm <sup>1</sup>
	Opvoedingsondersteuning: aanbod in kaart brengen en aanbieden			x		€ 2.000
	Sociaal-emotionele problematiek schoolkinderen: aanbod in kaart brengen en aanbieden			x		€ 2.000
	Sociaal isolement ouderen Aanbod realiseren				x	€ 5.000
<b>Versterking niet-professionele zorg</b>	Inventarisatie aanbod en problematiek			x		€ 2.000
	Onderlinge afstemming en afstemming met professionele zorg bevorderen			x		pm
	Vrijwilligersbeleid: informatievoorziening en tekort vrijwilligers bezien		x			€ 2.000
	Bereikbaarheid zorg (meldpunt)		x			pm

Thema	Maatregel	Uitvoering in				Kosten
		2003	2004	2005	2006	
	Professionele ondersteuning bieden aan loket mantelzorg		x	x		€ 3.500
<b>Samenhang in de professionele zorg</b>	Haalbaarheidsonderzoek gezondheidscentrum Loenen a/d Vecht	x	x			€ 5.000
	Instellen zorgmeldpunt onderzoeken		x			pm
	Behoud en versterken eerstelijns gezondheidszorg met bereikbaarheid				x	€ 2.000
	Sociale kaart zorg opstellen			x		€ 5.000
	Maatwerk 0-4- jarigenzorg invullen	x	x			pm <sup>1</sup>
	Netwerk jeugdhulpverlening	x	x			pm <sup>1</sup>

<sup>1</sup>) financiering vanuit andere geldstromen

# BIJLAGEN

# BIJLAGE 1. Regionale visienota gezondheidsbeleid

## INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding
2. Beleidsmatig en wettelijk kader
3. Visie op gezondheid
4. Gezondheidsbevordering
5. Doelstellingen gemeente
6. Uitgangspunten voor opbouw van gezondheidsbeleid
7. Conclusies en aanbevelingen

## 1 INLEIDING

### 1.1 Landelijke ontwikkeling

In het hele land is gezondheidsbeleid in opkomst. Gemeenten bereiden een lokale nota volksgezondheid voor. De nota is een beleidsplan voor vier jaar. Doel van de nota is om aan te geven wat de gemeente nog meer kan doen om de gezondheid van de eigen inwoners te bevorderen.

Want de gemeente begint niet bij nul. Er wordt al veel gedaan op het gebied van gezondheid. Gemeenten laten veel taken uitvoeren door hun GGD. Zij nemen daarnaast zelf allerlei maatregelen, die gevolgen hebben voor gezondheid. Er zijn veel zorgaanbieders, die lokaal werken of zelfs in de gemeente gevestigd zijn. Het plan geeft daar inzicht in, maar geeft vooral de *visie* van de gemeente weer en wat de gemeente van plan is om de gezondheid van haar inwoners te bevorderen.

Het lokale plan wordt ook een wettelijke verplichting. Evaluaties van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, 1989) in de negentiger jaren wezen uit dat gemeenten te weinig toekwamen aan lokaal gezondheidsbeleid. Daarom is de wet aangepast, om te zorgen dat elke gemeente uiterlijk medio 2003 een lokaal plan heeft. Tot nu toe waren gemeenten vrij om te kiezen voor gezondheidsbeleid. Straks is die keuze er niet meer. Wie nu tijdig een plan voorbereidt geeft alle betrokkenen een goede kans om mee te denken.

### 1.2 Samenwerking in de regio Midden-Nederland

Veel gemeenten werken samen bij ontwikkeling van gezondheidsbeleid. Vaak wordt samengewerkt in de GGD-regio en steunt de GGD de gemeenten hierbij. In onze regio Midden-Nederland gaat het net zo. In de regio's van de voormalige GGD'en West-Utrecht en Zuid-Oost Utrecht werd gezondheidsbeleid in 1999/2000 al voorbereid. Er werd aangesloten op actuele informatie over de gezondheid van de bevolking. Zo beschikte West-Utrecht over een Gezondheidsatlas en werd in Zuid-Oost Utrecht een grote gezondheidsenquête onder de bevolking gehouden in 1998/1999. Via conferenties en workshops werden portefeuillehouders en ambtenaren volksgezondheid in regionaal verband voorbereid op hun nieuwe taken. De voorbereiding in die regio's leek voldoende op elkaar om bij de fusie van de twee GGD'en per 1-1-2001 de volgende stap te zetten. Samenwerking bij gezondheidsbeleid zou in de nieuwe, grotere regio Midden-Nederland moeten plaatsvinden. Een werkgroep van een aantal ambtenaren volksgezondheid en medewerkers van de GGD, de werkgroep gezondheidsbeleid, heeft in 2001 het regionale traject voorbereid. Eind 2000 en begin 2001 werden conferenties gehouden, waarbij voor het eerst ook raadscommissieleden uit alle gemeenten werden uitgenodigd. De deelnemers kwamen tot de conclusie dat zij in grote lijnen dezelfde visie op gezondheid hadden. Vanaf maart 2001 werken alle 25 gemeenten in Midden-Nederland samen bij gezondheidsbeleid.

In juni 2001 werd de kring van betrokkenen opnieuw verruimd. In een conferentie in het gemeentehuis van Woerden discussieerden gemeenten en GGD met instellingen, beroepsgroepen, ziektekostenverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. De visie van de gezamenlijke gemeenten sprak de andere deelnemers aan. Zo is draagvlak ontstaan bij het zorgsysteem voor het beleid van gemeenten. Nieuw was de belangstelling van alle deelnemers voor het cliëntenperspectief, het belang van de inwoners van de gemeenten als patiënten/consumenten.

### 1.3 Naar een lokale visienota en een lokaal plan

Alle partijen zijn nu in regionaal verband aan het woord geweest. De nota "Gezondheidsbeleid: visie van gemeenten" vat alle verkregen informatie samen en geeft de, breed gedeelde, visie op gezondheid weer. Die nota en de daarin opgenomen aanbevelingen zijn het resultaat van een jaar samenwerken aan gezondheidsbeleid in Midden-Nederland. De nota is geschreven door de werkgroep gezondheidsbeleid.

Het portefeuillehoudersoverleg van de 25 gemeenten is op 20 december 2001 gevraagd om deze visie als uitgangspunt te nemen bij de lokale uitwerking in 2002. De portefeuillehouders hebben deze regionale visienota ongewijzigd goedgekeurd.

### **1.3.1 Lokale uitwerking in 2002 en 2003**

Veel meer dan in 2000/2001 komt in 2002 het accent van de beleidsvoorbereiding te liggen binnen de gemeente. De gemeenten hebben afgesproken om te streven naar een lokale visienota per gemeente. In de lokale nota is regionale en lokale informatie geïntegreerd. De nota lijkt veel op die van andere gemeenten in de regio, maar is voor een deel ook uniek door eigen lokale informatie en beleidsvoornemens. De gemeente kan de tekst van de regionale nota ook letterlijk als stramien gebruiken voor de eigen lokale visienota. Deze tekst kan dan worden aangevuld met alle specifieke lokale informatie en een eigen visie tot een nota voor de gemeenteraad.

De lokale visienota is het eerste deel van het lokaal plan. Het tweede deel bestaat uit de vertaling van de beleidsvisie in concrete maatregelen en activiteiten om de gezondheid te bevorderen voor de komende vier jaar. Het lokale plan moet voor 1 juli 2003 door de gemeenteraad worden vastgesteld volgens de wet. Het plan kan worden uitgewerkt in jaarplannen.

### **1.3.2 Lokale handreiking en steun van de GGD**

Om gemeenten verder te helpen met gezondheidsbeleid in 2002 heeft de GGD een lokale handreiking beschikbaar gesteld. Dit stappenplan geeft een leidraad om tot het lokale plan te komen.

De meeste gemeenten, groot en klein, zijn inmiddels begonnen met de voorbereidingen voor hun nota. De GGD zal de individuele gemeenten in 2002 en 2003 naar behoefte ondersteunen met beleidsadvisering in de lokale voorbereiding.

### **1.3.3 College- en Raadsprogramma**

2002 was het jaar van de raadsverkiezingen. Gezondheidsbeleid is politiek. Door de regionale nota eind 2001 te presenteren werd aandacht gevraagd van de portefeuillehouders om gezondheid hoger op de politieke agenda te plaatsen. In 2002/3 hoort een lokaal plan volksgezondheid thuis in elk collegeprogramma.

## **1.4 Leeswijzer**

De indeling van de nota is verder als volgt:

Hoofdstuk 2 bevat een schets van het beleidsmatig en wettelijk kader van gezondheidsbeleid.

In hoofdstuk 3 wordt in gegaan op de visie op gezondheidsbeleid. Hierin is ook informatie over de gezondheidssituatie van de bevolking verwerkt.

Wat de GGD al doet om de gezondheid te bevorderen van de inwoners van de regio is, in grote lijnen, weergegeven in hoofdstuk 4. Uitgebreider informatie is te vinden in de bijlage.

Een samenvatting van waar het de gemeenten om te doen is: wat zijn onze doelen van gezondheidsbeleid en onze prioriteiten? is in hoofdstuk 5 opgenomen.

De opbouw van gezondheidsbeleid komt in hoofdstuk 6 aan de orde: hoe zien de gemeenten en andere partijen hun rol in de voorbereiding van het lokale plan?

In hoofdstuk 7 volgen de conclusies en aanbevelingen van deze nota.

Hoofdstuk 8 biedt de snelle lezer een samenvatting van de nota op één pagina.

## **2 BELEIDSMATIG EN WETTELIJK KADER**

### **2.1 Landelijk beleid**

In de tachtiger jaren heeft de rijksoverheid onder meer met de Nota 2000 de discussie over de inhoud van gezondheidsbeleid bevorderd en gezorgd voor een netwerk van GGD'en over het hele land. Toen het netwerk er was werden de gemeenten voortaan zelf verantwoordelijk geacht voor gezondheidsbeleid en hun GGD. De eerste brede wet op dit terrein werd in 1989 ingevoerd: de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). De WCPV liet gemeenten veel ruimte voor eigen beleid en stelde weinig eisen aan hun beleid ten opzichte van de GGD.

Uit onderzoek in de negentiger jaren bleek dat het gezondheidsbeleid te weinig van de grond kwam. Ook ontstonden er veel verschillen tussen de basistaken van de GGD'en. Daarom heeft het ministerie van VWS besloten tot een project versterking collectieve preventie. Belangrijk onderdeel daarvan is de komende wettelijke verplichting aan elke gemeente om een vierjaarlijkse nota volksgezondheid volgens de WCPV tot stand te brengen.

Daarnaast worden de basistaken van GGD'en landelijk strakker omschreven en verplicht voor alle gemeenten.

## **2.2 Wettelijk verplicht plan**

De WCPV is inmiddels door de Tweede én de Eerste Kamer behandeld en treedt per 1 januari 2003 in werking. Uit de tekst van deze wet is af te leiden welke verwachtingen er zijn voor inhoud van het plan. Bij het formele invoeringstraject zal VWS de eisen ter kennis brengen aan de gemeenten. Samengevat houden we rekening met de volgende aandachtspunten voor het plan.

- De gemeenteraad stelt een plan vast met meerjarendoelstellingen en prioriteiten.
- Met het oog daarop wordt de gezondheidssituatie van de inwoners beschreven.
- Aangegeven wordt hoe de gemeente de collectieve preventie bevordert en de samenhang daarvan met de curatieve zorg.
- De gemeente geeft verder aan hoe het intersectorale beleid wordt ingevuld.
- Het plan moet dus meer omvatten dan een beschrijving van de uitvoering van wettelijke taken door de GGD.
- De gemeente moet in het plan in ieder geval opnemen hoe uitvoering wordt gegeven aan een aantal wettelijk verplichte, collectief-preventieve taken, die ondergebracht zijn bij de GGD, en die gespecificeerd zijn in de wet (in de regio Midden-Nederland behoren deze taken reeds tot het voor alle gemeenten geldende basispakket).
- Voorts wordt er van uit gegaan dat de gemeente advies vraagt aan de GGD, voordat besluiten worden genomen in het gemeentebestuur, die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie.
- Verwacht mag worden dat de gemeente bij de invulling van de collectieve preventie ingaat op de landelijke prioriteiten die de minister elke vier jaar vaststelt.
- Bij het bepalen van doelen wordt er op gerekend dat de gemeente samenwerkt met zorgaanbieders, patiëntenconsumentenorganisaties en zorgverzekeraars.
- VWS beveelt samenwerking van (kleinere) gemeenten aan, bijvoorbeeld per regio. Samenwerking wordt naar verwachting niet verplicht.
- Voor het eerst wordt verder genoemd dat in het plan ook aandacht kan worden besteed aan communicatie over het gezondheidsbeleid en de informatie over gezondheidsvoorzieningen voor de inwoners.

## **2.3 Landelijke visies**

Het door VWS ingestelde Platform Openbare Gezondheidszorg heeft in 2000 een visie op openbare gezondheidszorg gegeven in de nota *Spelen op de winst*. Openbare gezondheidszorg wordt omschreven als het zich doelbewust richten op preventie van ziekte en bevordering van gezondheid. Gemeente en GGD spelen daar een grote rol in, maar ook andere partners zijn van belang, zoals thuiszorg, huisartsen, RIAGG of patiëntenorganisaties.

Het platform pleit vooral voor betere samenwerking van alle partijen. De openbare gezondheidszorg is nog te verbrokkelde. Het landelijk beleid en de initiatieven in gemeenten en regio's sluiten nog te weinig op elkaar aan.

De VNG schetst in de nota *Gezondheid en zorg, dichtbij gemeenten* (1999) in feite een nog breder perspectief door te pleiten voor een integrale visie van de gemeente op zorg, gezondheid, wonen en welzijn. De nota volksgezondheid wordt dan als onderdeel gezien van een algemene visie, naast bijvoorbeeld een nota welzijnsbeleid, een beleidsplan voor wonen en lokaal sociaal beleid.

## **2.4 Nationaal Contract 2001**

Begin 2001 hebben vier partijen een Nationaal Contract voor openbare gezondheidszorg ondertekend. De ministeries van VWS en Binnenlandse Zaken (veiligheid), de VNG en GGD Nederland besloten tot hechte samenwerking. De kern van de afspraken was:

- stimuleren van gelijke kansen op gezondheid
- gezond leven bevorderen (gezond gedrag in een gezonde omgeving)
- samenwerken met de zorg (openbare gezondheidszorg en alle andere gezondheidszorg).

Over deze drie onderwerpen komen in 2002 landelijke actieprogramma's uit.

Deze uitwerking is van belang voor het gezondheidsbeleid van gemeenten en de beleidsplannen van GGD'en. De minister van VWS is immers van plan landelijke prioriteiten voor collectieve preventie te

formuleren, die in het verlengde liggen van het Nationaal Contract. Van gemeenten en GGD'en wordt verwacht dat ze meehelpen die prioriteiten uit te voeren.

### **2.5 Eisen en kansen voor de gemeenten**

De komende wetgeving voor gezondheidsbeleid laat gemeenten hun beleidsruimte, maar stelt er wel meer eisen aan. Van elke gemeente wordt expliciet beleid gevraagd, met gefundeerde plannen en duidelijke doelen. Samenwerking met het zorgaanbod en een plaats voor de GGD zijn daarbij nodig. Er is een instandhoudingsplicht voor GGD'en en het strakkere landelijke basispakket voor GGD'en moet worden gevolgd. De gemeenteraad staat als beleidsmaker centraal. Er komen naar verwachting geen extra financiële middelen voor uitvoering van beleid. Voor experimenten met landelijke uitstraling is een fonds openbare gezondheidszorg beschikbaar.

De herontdekking van openbare gezondheidszorg op landelijk niveau geeft de gemeenten ook nieuwe kansen. Een verplicht lokaal plan elke vier jaar houdt gezondheid op de politieke agenda. Het helpt de portefeuillehouder volksgezondheid om zijn doelen te bereiken.

Omdat de verplichting voor alle gemeenten geldt kunnen zij van elkaar leren en samenwerken, zonder dat samenwerking van bovenaf wordt opgelegd. Gemeenten mogen hun eigen doelen en prioriteiten blijven kiezen. Zij hoeven geen landelijk toegekend budget te verantwoorden, maar verdelen zelf de middelen. Gezondheidsbeleid kan een plaats gaan innemen naast ander regulier gemeentebestuur, zoals welzijnsbeleid of ruimtelijke ordeningsbeleid. Waar raakvlakken zijn met ander beleid, ontstaan mogelijkheden voor afstemming en samenwerking, onder de noemer facetbeleid.

De strekking van de WCPV blijft: een beroep op gemeenten om zelf werk te maken van gezondheid.

## **3 VISIE OP GEZONDHEID**

### **3.1 Motieven van de gemeenten voor beleid**

De gemeenten in de regio hebben dezelfde visie op motieven voor gezondheidsbeleid, de reikwijdte van het beleid en de thema's, waar het beleid zich op moet richten.

Er worden drie motieven onderscheiden:

1. Maatschappelijk motief:

- De gemeente is verantwoordelijk voor de gezondheid van de inwoners. Voorop staat het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van de inwoners.
- De gemeente moet ingaan op signalen uit de lokale samenleving.
- De gemeente moet problemen proberen te voorkomen en niet achteraf reageren op de gevolgen.
- De gemeente behoort de zorg te brengen waar ze echt nodig is.

2. Kwaliteitsmotief:

- De gemeente moet meer overzicht krijgen over het beleidsterrein gezondheid.
- Er gebeurt al het nodige aan bevorderen van gezondheid, maar dit moet nog meer in kaart worden gebracht.
- De samenhang met andere beleidsterreinen moet worden verduidelijkt en versterkt.
- Er is meer visie nodig en minder ad hoc beleid. Een vierjaren plan maakt het beleid structureel.
- Dat geeft meer mogelijkheden tot sturing en financiële afweging.

3. Wettelijk motief:

- De gemeente voldoet aan wettelijke verplichtingen en richt zich naar landelijk beleid.

### **3.2 Reikwijdte van beleid**

Na de vraag: 'waarom gezondheidsbeleid?' dienen zich twee andere kernvragen aan: 'wat verstaan we onder gezondheid?' en: 'hoe breed of smal moet gezondheidsbeleid worden?' De gemeenten zijn het eens over de reikwijdte van gezondheidsbeleid. Dit houdt in:

1. Brede definitie van gezondheid:

Gezondheid is meer dan afwezigheid van ziekte(n). Gezondheid is het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. De openbare gezondheidszorg richt zich op voorkomen van ziekten en beschermen en bevorderen van de gezondheid. Gezondheidsbeleid beïnvloedt de leefwijzen van mensen, hun leefomgeving en de gezondheidszorg, waar zij gebruik van kunnen maken. Onder deze laatste vallen bijvoorbeeld zorg, welzijn en wonen.



Collectieve preventie is een kerntaak voor de gemeente. De gemeente heeft ook oog voor de relatie van preventie met zorg (curatie, behandeling) en verzorging.

## 2. Toespitsing op thema's:

Binnen een breed bereik van gezondheid wordt toegespitst op een aantal duidelijke thema's voor gezondheidsbeleid voor alle gemeenten.

Binnen die thema's kunnen gemeenten verder toespitsen naar doelgroep, bijvoorbeeld naar leeftijd of specifieke risicogroepen.

## 3. Toespitsing op beleid:

De bredere visie op gezondheid moet vertaald worden in concrete prioriteiten en voorstellen voor maatregelen van de gemeente en preventieprogramma's voor vier jaar.

De voorstellen moeten, waar nodig, ook financieel vertaald worden.

Gezondheidsbeleid is meer dan het beheer van de GGD. Het geeft sturing aan activiteiten van de gemeente, de GGD en allerlei instellingen in het zorgsysteem.

Het is niet alleen de ordening van bestaande activiteiten onder de noemer gezondheid, maar ook een kader voor nieuwe initiatieven om gezondheid te bevorderen, die de gemeente neemt of waar ze aan wil meewerken.

## 4. Actieve rol van de gemeente:

De gemeente neemt de regiefunctie op zich in samenspraak met andere partners. Zij beperkt zich daarbij niet tot een minimaal voldoen aan de wettelijke verplichting.

De bevoegdheden van de gemeente liggen vooral op het vlak van de collectieve preventie, indicatiestelling, geneeskundige hulpverlening bij rampen en medische opvang van asielzoekers.

Gezondheidsbeleid is intersectoraal beleid. De relaties met andere beleidsterreinen en portefeuilles worden onderzocht.

### **3.3 Thema's voor gezondheidsbeleid**

#### **3.3.1 Keuze van thema's**

Om het gezondheidsbeleid toe te spitsen kiezen de gemeenten voor een aantal thema's.

Deze thema's zijn:

1. genotmiddelen;
2. gezonde voeding;
3. bewegen;
4. psychosociale problematiek;
5. fysieke overlast in de leefomgeving;
6. leefomgeving als kader voor samenleven;
7. versterking van niet-professionele zorg;
8. samenhang in de professionele zorg.

Basis voor deze invulling van het beleid is het gezondheidsmodel van Lalonde.

Daarin wordt aangegeven dat de gezondheidssituatie van de bevolking beïnvloed wordt door vier soorten factoren. In principe buiten het bereik van de gemeente is de invloed van biologische factoren, zoals erfelijkheid.

De andere drie soorten factoren, namelijk leefstijl, leefomgeving en zorgsysteem zijn in principe wel beïnvloedbaar door de gemeente.

De 8 thema's zijn verder zo gekozen, dat de belangrijkste aspecten van de factoren van gezondheid daarin herkenbaar zijn. Er zijn thema's over leefstijl (1 tot en met 4), leefomgeving (5 en 6) en zorgsysteem (7 en 8).

Deze 8 thema's hebben draagvlak gekregen bij het zorgsysteem door de positieve reactie van de deelnemers aan de conferentie gezondheidsbeleid van 20-6-2001. Vertegenwoordigers van diverse instellingen, beroepsgroepen, verzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties waren aanwezig. Zij waardeerden dat de 25 gemeenten met een gezamenlijke visie kwamen en stemden in met het belang van de 8 thema's (zie voor een 9e thema, vanuit de deelnemers voorgedragen, paragraaf 3.5). Om de gekozen thema's verder uit te werken is inzicht nodig in:

- informatie voor beleid: welke gezondheidsgegevens zijn bekend over de regio?
- beïnvloedingsmogelijkheden: waar kan beleid van gemeenten zich in principe op richten?
- invulling door gemeenten: wat is al bekend over de ideeën van gemeenten voor beleid?

### **3.3.2 Informatie voor beleid**

Informatie over de gezondheidssituatie van de inwoners is de basis voor het gezondheidsbeleid. De WCPV verwacht dat gemeenten daarvoor gebruik maken van epidemiologisch onderzoek van de GGD. Met de nu beschikbare informatie uit onder meer gezondheidsenquêtes en een Gezondheidsatlas van de GGD wordt per thema voor gezondheidsbeleid een beknopt overzicht gegeven.

Het belang van de keuze van die thema's wordt ondersteund door de aanbevelingen van het rapport *Sterfte in kaart* (2000, van de GGD'en in Utrecht). Vanuit ziekten en sterftcijfers benaderd blijken in het algemeen dezelfde aspecten met betrekking tot gezonde leefstijl en leefomgeving benadrukt te worden.

Ook in de komende jaren gaat de GGD Midden-Nederland verder met het verzamelen van epidemiologische informatie. Inmiddels is een enquête onder senioren in de regiogemeenten afgerond, waarvan de resultaten in 2002 zijn gepresenteerd. Een scholierenonderzoek in het voortgezet onderwijs is inmiddels ook afgerond. Voor 2003/2004 is een gezondheidsenquête voor volwassenen gepland. Het voornemen is om de enquêtes om de vier jaar te herhalen. Daardoor wordt het beleid van de gemeenten en de GGD steeds gevoerd door actuele gezondheidsinformatie. Een enquête onder volwassenen in Zuid-Oost Utrecht in 1998/1999 gaf een hoge respons van gemiddeld 70 % per gemeente.

De gemeenten kunnen naast de GGD-informatie ook andere informatiebronnen benutten, van lokale of regionale organisaties.

### **3.3.3 Beïnvloedingsmogelijkheden**

Bij de conferenties gezondheidsbeleid voor de regiogemeenten is per thema ook steeds kort aangegeven bij welke aspecten van het thema beleid invloed kan hebben. Van de lokale invulling hangt af welke mogelijkheden in de betreffende gemeente benut worden.

### **3.3.4 Invulling door de gemeenten**

In 2000/2001 hebben de gemeenten niet alleen 8 thema's voor gezondheidsbeleid gekozen. Via de conferenties gezondheidsbeleid zijn ook reeds ideeën naar voren gekomen over de invulling van de thema's. Raadscommissieleden, portefeuillehouders en ambtenaren hebben er aan bijgedragen. Deze ideeën bieden uitgangspunten voor de invulling van de lokale visienota's van de gemeenten.

## **3.4 Cliëntenperspectief en een nieuw thema voor gezondheidsbeleid:**

### **Thema 9: informatievoorziening voor de inwoners**

Het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht (PP/CP) werd in de conferentie gezondheidsbeleid van juni 2001 uitgenodigd het perspectief van de cliënt toe te lichten bij zorgbeleid in het algemeen en bij lokaal gezondheidsbeleid. Aan het eind van de conferentie - na de groepsdiscussies - werd het PP/CP gelegenheid gegeven tot een nadere reactie.

Het PP/CP introduceerde een nieuw thema: informatievoorziening voor de inwoners.

Hier is bij de gezondheidsenquête van de GGD in 1998/1999 ook naar gevraagd bij de inwoners, maar het was nog niet als apart thema benoemd.

### Informatie voor beleid

Bij volwassenen is onderzocht hoe zij aan informatie komen over gezondheid en ziekte en waarover zij meer willen weten. De reacties betroffen vaak de thema's voor gezondheidsbeleid, maar de vragen aan de inwoners waren daar niet toe beperkt. Ook de interesse voor allerlei andere onderwerpen is gepeild.

Zestig procent haalt de informatie uit krant of tijdschrift, bijna 60 % van de huisarts en 55 % van radio of TV. Vergeleken met de stad Utrecht vragen twee keer zo veel volwassenen informatie van hun huisarts. In de grote stad worden de media meer geraadpleegd. Een klein percentage, 4 %, gebruikt internet, vooral mannen van 18-30 jaar.

De top vijf van onderwerpen waar men meer informatie over wil is: de leefstijlonderwerpen bewegen, voeding en overgewicht, stress, en de opvoeding van kinderen.

Er is verschil naar leeftijdsgroep in de gewenste informatie. Bij bewegen en overgewicht is er geen verschil, bij voeding is er iets meer behoefte bij de 18-30-jarigen. De oudste groep, 50-69 jaar, heeft een grotere belangstelling voor hart- en vaatziekten. Bij psychosociale problemen hangt de behoefte aan meer opvoedingsinformatie bij de groep 30-50 jaar waarschijnlijk samen met het feit, dat deze groep vaak opgroeiende kinderen heeft. Informatie over stress wordt vooral gevraagd door de groep 18-50 jaar. Informatie over eenzaamheid en psychosociale problematiek wordt het meest gewenst in de jongste leeftijdsgroep, 18-30 jaar.

### Beïnvloedingsmogelijkheden

Volgens het PP/CP dient het cliëntenperspectief uitgangspunt te zijn bij het zorgbeleid en bij lokaal gezondheidsbeleid. Het cliëntenperspectief betreft alle gezondheidszorg, dus ook de benadering van patiënten/consumenten door de curatieve sector.

Het cliëntenperspectief gaat uit van acht punten:

- recht op zelfbeschikking
- individuele diversiteit
- ondeelbaarheid van het individu
- behoud van sociaal netwerk en burgerrechten
- positieve verbeelding van zieken en ziekten
- goede kwaliteit van zorg
- gelijke financiële toegang tot zorg
- voldoende beschikbaarheid van zorg

Gezondheidsbeleid moet mensen in staat stellen om normaal (naar eigen kunnen en wens) maatschappelijk te participeren in de samenleving. Zo wordt voldaan aan de definitie van gezondheid als fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden (WHO).

Maatschappelijke participatie vergt een aanpak, die verder reikt dan preventie, en betreft ook vervoer, wonen, WVG, etcetera. Gezondheid is maar één aspect van kwaliteit van leven (daarnaast zijn ook economische, sociale en culturele aspecten van belang).

Maatschappelijke participatie is pas mogelijk als de gemeente de inwoners toerust, zodat zij in staat zijn om individuele verantwoordelijkheid te nemen. Daarom moet de gemeente bevorderen dat de inwoners goede toegang hebben tot allerlei (gezondheids)informatie. Dit wordt voorgesteld als negende thema voor gezondheidsbeleid in de regio Midden-Nederland.

Het cliëntenperspectief en met name het nieuwe thema informatievoorziening spraken de conferentiedeelnemers aan. In de nadere reactie van het PP/CP werd dat positief geacht: er is oog voor de patiënt/consument. Het PP/CP kon zich wel voorstellen dat gemeenten gezondheidsbeleid nu eerst ontwikkelen rond gezondheid in specifieke zin, als benoemd in de acht thema's. De thema's en de achterliggende missie en doelen (zie hoofdstuk 5) zijn op zich helder, maar vergen lokaal juist toespitsing. Later, als gemeenten meer vertrouwd zijn geraakt met gezondheidsbeleid, zou verbreding moeten plaatsvinden tot maatschappelijke participatie met alle relaties met andere beleidsterreinen.

### Aanbevelingen voor invulling door gemeenten

De werkgroep gezondheidsbeleid van gemeenten en GGD beveelt naar aanleiding van de conferentie van juni 2002 aan:

1. De gemeenten handhaven hun brede definitie van gezondheid en blijven zich voor de eerste planperiode concentreren op de openbare gezondheidszorg, met de gekozen thematische aanpak. Binnen dat kader proberen zij zo veel mogelijk recht te doen aan het cliëntenperspectief, als beschreven door het PP/CP, en aan het bevorderen van maatschappelijke participatie. In de loop van de eerste planperiode bezien zij of zij de beleidsvoorbereiding kunnen verbreden, zodat voor de volgende planperiode van vier jaar nog meer geïntegreerd beleid kan ontstaan met andere beleidsterreinen.
2. De gemeenten nemen informatievoorziening voor de inwoners als thema op in de reeks thema's voor gezondheidsbeleid met prioriteit. In de eerste planperiode vullen zij dit thema in met gezondheidsinformatie, met betrekking tot leefwijzen, leefomgeving en zorgsysteem en ten aanzien van het gezondheidsbeleid zelf. Bij de andere acht thema's wordt informatievoorziening bovendien als een belangrijk aspect bij de uitwerking van elk thema meegenomen.

## **4. GEZONDHEIDSBEVORDERING**

### **4.1 *Huidige activiteiten van de gemeenten in hoofdlijnen***

Volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) dienen de gemeenten een gezondheidsdienst in stand te houden. Voor regiogemeenten betekent dit aansluiting bij een regionale GGD.

Per 1-1-2001 zijn de GGD'en van Zuid-Oost Utrecht en West-Utrecht gefuseerd in de GGD Midden-Nederland. Voor deze GGD is aansluitend bij het komende landelijke basispakket van VWS een nieuw takenpakket geformuleerd. De gemeenschappelijke regeling geldt voor 25 gemeenten. Met het instandhouden van de GGD Midden-Nederland zorgen de deelnemende gemeenten al voor een groot aantal activiteiten om gezondheid te bevorderen. Een volledig overzicht van GGD-activiteiten is te vinden in het Jaarplan 2001 (jaarplan 2002 is in voorbereiding). Deels ondersteund met advisering door de GGD zijn alle gemeenten in de regio actief op het vlak van indicering (WVG, RIO's).

#### Aanbeveling

De werkgroep gezondheidsbeleid beveelt aan dat in de lokale visienota per gemeente (of als bijlage) een kort overzicht wordt opgenomen van activiteiten van instellingen en beroepsgroepen, die lokaal actief zijn rond een of meer van de negen thema's van gezondheid uit hoofdstuk 3.

De gemeente kan zelf bepalen of daarnaast ook een beknopt beeld wordt gegeven in de nota over het algemene voorzieningenniveau van de lokale gezondheidszorg.

#### **4.2 Het GGD-basispakket en andere verplichte taken**

Het basispakket onderscheidt 8 soorten basistaken. Deze taken worden verricht voor alle gemeenten.

De jeugdgezondheidszorg voorziet in preventieve gezondheidsonderzoeken in het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs als een vorm van periodieke zorg voor alle kinderen. Daarnaast is er individugerichte zorg voor risicokinderen of -groepen en collectieve zorg voor alle kinderen of risicogroepen.

Specifieke activiteiten betreffen projecten voor genotmiddelen, voorlichting over gebitsverzorging en technische hygiënezorg voor kindercentra.

De tweede basistaak is de infectieziektenbestrijding, inclusief SOA/Aids.

Voorlichtings- en organisatorische werkzaamheden rond bevolkingsonderzoeken met betrekking tot kanker vormen een derde basistaak.

Bij hygiëne en medische milieukunde gaat het om beoordelen en reageren op gezondheidsrisico's van milieuverontreiniging.

Openbare geestelijke gezondheidszorg betreft psychosociale problematiek van jeugd en volwassenen. Voor de jeugd loopt een project voor het basisonderwijs. Voor volwassenen is de vangnetfunctie voor mensen, die zich verwaarlozen een taak en worden in het algemeen beleid en projecten ontwikkeld.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) heeft voor jeugd en volwassenen betrekking op voeding, roken en lichaamsbeweging. De GGD heeft hier ook een informatiefunctie voor andere instellingen, gemeenten en het publiek.

Om inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking te krijgen en ter ondersteuning van andere GGD-activiteiten wordt epidemiologisch onderzoek verricht.

Als laatste basistaak geldt de beleidsadvisering met name aan gemeenten en eventueel andere instellingen.

Als onderdeel wordt nu ook de advisering voor het lokale gezondheidsbeleid benoemd.

Niet via de WCPV, maar op grond van aparte wetgeving is een verplichte taak verder de geneeskundige hulpverlening bij rampen en ongevallen. Ook de medische opvang asielzoekers is een verplichte taak buiten de WCPV en betreft met name asielzoekerscentra in de regio.

#### **4.3 De GGD-keuzetaken**

Er is een groot aantal keuzetaken bij de GGD, waarvan de sociaal-medische advisering (SMA) aan gemeenten al jaren geldt voor alle gemeenten. Andere keuzetaken worden meer naar behoefte ingezet zoals logopedie (voor veel, maar niet alle gemeenten), diverse activiteiten voor gezondheid van de jeugd en forensische geneeskunde.

Behalve de gemeenten zijn er ook andere afnemers van keuzetaken zoals bij technische hygiënezorg voor instellingskeukens de instellingen en bij reizigersvaccinatie de individuele reiziger.

Afname van keuzetaken van de GGD biedt de gemeente vooral de kans om eigen lokaal gezondheidsbeleid in te laten vullen. Dit kan betrekking hebben op afname van een bestaand aanbod, dat aansluit bij het lokaal beleid. Of het kan gaan om een vraag vanuit de gemeente, waarvoor een onderzoek of project ontwikkeld moet worden.

## **5 DOELSTELLINGEN GEMEENTE**

In dit korte hoofdstuk wordt samengevat wat de kern is van het gezondheidsbeleid voor de regiogemeenten. Zij delen deze visie en hebben er bij het zorgsysteem draagvlak voor verkregen in de conferentie van juni 2001.

Doelen en prioriteiten in de regio passen goed bij de nieuwste concept tekst van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (februari 2002, zie bijlage 1). Met de benadering met 9 thema's voor gezondheidsbeleid wordt niet de volle breedte van de collectieve preventie door de GGD gedekt. Daarom is het, om bij de WCPV aan te sluiten, wel noodzakelijk dat de gemeenten in hun lokale plan opnemen dat de GGD de wettelijk verplichte taken zal uitvoeren. In het verlengde hiervan moet ook een algemene koppeling in het lokale plan gemaakt worden met het basispakket volgens de gemeenschappelijke regeling van de GGD en met het medio 2003 vast te stellen GGD-beleidsplan.

### **5.1 Missie en doelen**

De missie (algemene doelstelling) van de gemeenten is:

- het ontwikkelen en (doen) uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid om gezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen. Gezondheid betreft het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.

De doelen, die uit de missie voortvloeien zijn:

1. het bevorderen van collectieve preventie ten behoeve van gezonde leefstijlen van inwoners.
2. het bevorderen van een gezonde leefomgeving van inwoners met behulp van intersectoraal beleid.
3. het bevorderen van de ketenkwaliteit van het zorgsysteem door meer afstemming van preventie op zorg (curatie) en verzorging (care) en het versterken van samenhang in de niet-preventieve zorg.
4. het bieden van een vangnet van zorg voor inwoners, die niet in staat zijn om voor zichzelf te zorgen en naar het oordeel van de gemeente zorg nodig hebben, ook als zij daar niet om vragen.
5. het meewerken en zo nodig initiëren van geneeskundige hulpverlening bij rampen en ongevallen.
6. het signaleren aan en meewerken met andere instanties, die gezondheidsbeleid ontwikkelen, voorzover in het belang van de gemeente.
7. het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

### **5.2 Prioriteiten**

De prioriteiten van het gezondheidsbeleid zijn gericht op negen thema's:

1. Leefwijzen: collectieve preventie met betrekking tot:

- genotmiddelen, met name roken en alcohol (thema 1)
- gezonde voeding (thema 2)
- bewegen en sporten (thema 3)
- psychosociale problematiek (thema 4)

2. Leefomgeving:

- voorkomen en beperken van fysieke overlast (thema 5)
- bevorderen van een gezonde omgeving als kader voor samenleven (thema 6)

3. Zorgsysteem:

- versterken van niet-professionele zorg: mantelzorg, vrijwilligerswerk, patiënten-initiatieven (thema 7)
- bevorderen van samenhang in de professionele zorg (thema 8)

4. Informatievoorziening voor de inwoners over gezondheid (thema 9)

De prioriteiten worden zo veel mogelijk in samenhang uitgewerkt. Met name leefstijl en leefomgeving beïnvloeden elkaar en vergen een beleid, dat daar rekening mee houdt.

Informatievoorziening is een apart thema, maar werkt ook door bij de andere acht thema's.

## **6 UITGANGSPUNTEN VOOR OPBOUW VAN GEZONDHEIDSBELEID**

### **6.1 Rol van gemeente, zorgaanbieders en bevolking volgens de gemeenten**

De gemeenten hebben in hun conferenties gezondheidsbeleid besproken hoe zij hun eigen rol zien en die van andere partners bij gezondheidsbeleid. Zij stemden in met de volgende benadering.

### Rol gemeente

De gemeente heeft de regiefunctie en de politieke betrokkenheid van bestuurders is groot.

De trekker van het proces is de portefeuillehouder volksgezondheid, ondersteund door de ambtenaar volksgezondheid. De discussie wordt vooral gevoerd in de raadscommissie met betrekking tot volksgezondheid. Het beleid wordt vastgesteld door de gemeenteraad.

Binnen de gemeente wordt intersectoraal samengewerkt aan gezondheid. Dit betreft zowel het aandacht vragen voor het gezondheidsaspect op andere beleidsterreinen als het nemen van initiatieven om andere sectoren te betrekken bij eigen gezondheidsprojecten.

### Rol zorgaanbieders

Zorgaanbieders wordt gevraagd om mee te werken aan initiatieven van gemeenten om samenhang in de zorg te versterken (ketenkwaliteit). De gemeente kan ook meewerken aan initiatieven van zorgaanbieders, bijvoorbeeld door te faciliteren en te signaleren of een initiatief bekendheid te geven onder de lokale bevolking.

### Rol bevolking

Participatie van de bevolking dient verder te gaan dan formele inspraak. Voor het laten meedenken bepaalt de gemeente wanneer en hoe de bevolking of specifieke groepen daaruit worden betrokken. Ook voor de bevolking geldt dat de gemeente open dient te staan voor initiatieven van onderop en niet alleen draagvlak moet zoeken voor een eigen visie.

De betrokken gemeenteraadsleden benadrukten dat gezondheidsbeleid nog moet groeien in de aandacht van alle raadsleden. Dat wordt volgens hen bevorderd door een goede informatievoorziening over de voorbereiding (bijvoorbeeld via een Nieuwsbrief) en over (actuele) thema's van gezondheid.

De voortgangsinformatie over gezondheidsbeleid wordt inmiddels standaard opgenomen in de GGD-Nieuwsbrief, die vanaf 2001 regelmatig verschijnt.

## **6.2 Rol van gemeente, zorgaanbieders en bevolking volgens zorgaanbieders en PP/CP**

In de conferentie van juni jl. werd ook gevraagd hoe de deelnemers de rollen van de partijen in het gezondheidsbeleid zien. Naar aanleiding van de reacties worden de volgende aanbevelingen gedaan.

### Rol gemeente

In het algemeen vraagt gezondheidsbeleid een actieve rol van de gemeente, als regisseur.

Belangrijk is om per thema steeds af te wegen welke rol geschikt is voor de gemeente: regie, of bijvoorbeeld alleen meedenken of uitsluitend faciliteren.

Als repertoire van rollen om uit te kiezen kan gelden:

- De gemeente geeft duidelijke informatie aan instellingen en inwoners over gezondheidsbeleid en gezondheidsvoorzieningen (eventueel ook over relevante subsidieregelingen).
  - De gemeente staat open voor signalen en wensen van instellingen en inwoners en toont begrip en waardering voor bestaande activiteiten en nieuwe initiatieven.
  - De gemeente faciliteert waar nodig, bijvoorbeeld bij adequate huisvesting van instellingen.
  - Bij meer aanbieders van zorg rond een thema zorgt de gemeente dat zij het hele aanbod overziet en weloverwogen daar uit kiest.
- De gemeente neemt initiatieven tot nieuw beleid en is bereid gelden vrij te maken voor nieuwe projecten.
- De gemeente vormt een schakel tussen zorgaanbieders en patiënten/consumentenorganisaties betreft hen bij lokaal overleg en prikkelt ze tot het bedenken van nieuw zorgaanbod, als het bestaande aanbod onvoldoende is.
- De gemeente spreekt de inwoners aan op hun eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en overweegt wanneer eigen bijdragen voor deelname aan activiteiten van inwoners gevraagd mogen worden.
- Voor bekostiging van activiteiten onderzoekt de gemeente of andere financiers in aanmerking komen en geeft aan welke financiële middelen zij zelf in kan brengen.
- De gemeente streeft naar samenhang van gezondheidsbeleid met andere beleidsterreinen en afstemming met andere gemeenten, als thema's zich daarvoor lenen.

### Rol zorgaanbieders

Zorgaanbieders moeten vooral aangesproken worden op hun deskundigheid. Hun rollen kunnen zijn:

- tijdig signaleren van zaken, die in de samenleving spelen;
- meedenken vanaf de constatering en eerste verkenning van een thema;
- betrokken zijn bij de uitwerking van een thema en bijdragen aan de uitvoering van adequaat zorgaanbod;
- zelf de onderlinge samenhang met andere zorgaanbieders helpen bevorderen bij de aanpak van een thema;
- draagvlak bieden voor het met de gemeente samen ontwikkelde beleid en intermediair zijn naar andere organisaties in de zorg.

### Rol bevolking

Zowel het PP/CP als de zorgaanbieders vinden dat de bevolking bij het gezondheidsbeleid betrokken moet worden. Dit betreft zowel patiënten/consumentenorganisaties als de het algemene publiek.

De rol van de bevolking is vooral de vraagzijde verduidelijken: aan wat voor beleid en activiteiten is behoefte? Welke signalen dringen nog niet door tot de politieke agenda?

De gemeente moet het belang van de gewone inwoner bij de beleidsvorming steeds voor ogen houden. De reacties van de bevolking geven ook aan of de informatievoorziening aan de inwoners over het gezondheidsbeleid zelf werkt: is duidelijk wat de gemeente van plan is?

Kunnen inwoners daar nieuwe ideeën voor inbrengen of staan ze voor voldongen feiten?

### **6.3 Aanbevelingen voor beleidsvoorbereiding**

In de conferentie van juni jl. is een aantal suggesties gedaan voor de verdere beleidsvoorbereiding.

De suggesties worden hier genoemd, met commentaar/aanbeveling van de werkgroep gezondheidsbeleid.

- de informatievoorziening aan de inwoners als prioriteit: overgenomen in deze nota
- de ontwikkelde regionale visie spoedig lokaal uitwerken en toespitsen: overgenomen in deze nota, met het oog daarop is de lokale handreiking ontwikkeld
- lokale conferentie beleggen in elke gemeente om de lokale partners te betrekken: in de lokale handreiking wordt hier op ingegaan
- gezondheidsbeleid hoger op de politieke agenda plaatsen, overgenomen in deze nota
- bij lokale uitwerking een checklist van aandachtspunten vanuit het cliëntenperspectief hanteren. Hierover volgt nader contact met het PP/CP.
- de bevolking bij het beleid betrekken: in de lokale handreiking meegenomen. De regio is voor de bevolkingsparticipatie geen herkenbaar kader, inwoners richten zich op de eigen gemeente. Participatie moet ook invloed hebben op besluitvorming van de gemeenteraad. Het lokaal plan wordt door de gemeenteraad vastgesteld.
- PP/CP als adviseur bij regionale beleidsvoorbereiding van gemeenten en voor de GGD als uitvoeringsorganisatie van gezondheidsbeleid: door de GGD-directie overgenomen, wordt nader onderzocht door de GGD in 2002.
- de monitorfunctie van de Provincie Utrecht meer benutten, met gegevens over ontwikkelingen in de zorg: wordt aandachtspunt bij verdere voorbereiding. In het algemeen: de relatie van lokaal gezondheidsbeleid met provinciaal beleid (bijvoorbeeld regiovisies, ondersteuningsproject mantelzorg) moet in 2002 nader verkend worden.

## **7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN**

De werkgroep gezondheidsbeleid (van gemeenten en GGD) biedt na een jaar werken aan gezondheidsbeleid in de regio Midden-Nederland het portefeuillehoudersoverleg de volgende conclusies en aanbevelingen aan:

### **7.1 Conclusies**

- a. missie, doelen en prioriteiten uit deze nota worden breed gedragen in discussies met portefeuillehouders, ambtenaren, raadscommissieleden, GGD en vertegenwoordigers van instellingen, beroepsgroepen, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties.
- b. alle betrokkenen erkennen het belang van het cliëntenperspectief in het gezondheidsbeleid.
- c. alle betrokkenen pleiten voor lokale uitwerking en toespitsing.
- d. deze nota is al te gebruiken als een deel van de tekst van de lokale visienota, die in elke gemeente zal worden voorbereid.

### **7.2 Aanbevelingen**

1. instemmen met het opnemen van de prioriteit informatievoorziening voor de inwoners als nieuw thema naast de door de gemeenten gekozen acht thema's voor gezondheidsbeleid.
2. deze regionale nota als kader nemen voor de lokale uitwerking.
3. de lokale uitwerking vanaf begin 2002 stimuleren met behulp van de lokale handreiking en daar in elke gemeente ambtelijke capaciteit voor vrijmaken.
4. bij de uitwerking tot lokale visienota de inhoudsopgave uit de lokale handreiking in principe als leidraad nemen.
5. bevorderen dat in elk collegeprogramma na de raadsverkiezingen in 2002 de voorbereiding van de nota volksgezondheid (vierjarenplan van de gemeente) als actiepunten voor 2002 wordt opgenomen, met vaststelling uiterlijk in 2003 en uitvoering in de periode 2002-2006 (nieuwe raadsperiode).



## BIJLAGE 2: DE GGD-TAKEN PER THEMA VOOR GEZONDHEIDSBELEID

De GGD richt zich bij de 9 thema's voor gezondheidsbeleid vooral op de eerste 4 thema's, met betrekking tot leefwijzen, en op het 9e thema, informatievoorziening aan de inwoner.

Bij de andere thema's zijn er raakvlakken met de reguliere taken van de GGD bij de thema's leefomgeving: fysieke overlast en samenhang in de professionele zorg. Bij de overige thema's, leefomgeving als kader voor samenleven en versterking niet-professionele zorg, is er geen rechtstreeks verband met de huidige GGD-taken.

Hier is een kort overzicht per thema opgenomen, ontleend aan het concept Jaarplan 2002.

Dit kan benut worden om in de lokale voorbereiding per gemeente een overzicht te maken van de activiteiten, die al uitgevoerd worden of gepland zijn voor 2002 om de gezondheid te bevorderen.

De GGD-basistaken gelden voor alle gemeenten in de regio.

De beschrijving is beperkt tot:

- activiteiten per taak
- aanduiding of het een basistaak of keuzetaak is
- eventueel: in welke gemeente(n) de taak wordt uitgevoerd in 2002

Voor volledige informatie per taak wordt verwezen naar het Jaarplan 2002.

### 1. **Genotmiddelen**

Project "Stuff op maat" basistaak

- inventarisatie van gebruik en regelgeving op 2 VMBO-scholen.
- uitwerken projectvoorstel "Stuff op maat".
- uitvoering ondersteunen van de preventieprogramma's

"Actieve leerlingen" en "No Deal" van het Trimbosinstituut.

Gezonde School en genotmiddelen.

- uitlenen en up to date houden van leskist basistaak
- geven van ouderavonden basistaak
- klassikale voorlichting in het basisonderwijs in Zeist, Veenendaal, Wijk bij Duurstede, Leersum, Maarn, Woerden en Maarssen (evt. ook andere gemeenten) keuzetaak
- klassikale voorlichting in het voortgezet onderwijs in Zeist en keuzetaak Wijk bij Duurstede en Maarn

Roken: basistaak

- uitwerken van een standaardactiviteit voor de jeugd in verband met de actie "Tegengif".
- evalueren van de Actie Ruggesteun en in voorjaar 2002 in maximaal 5 gemeenten themabijeenkomsten met evaluatie i.h.k.v. Actie Ruggesteun.
- projectvoorstel voor speerpuntactiviteiten voor lage SES-groepen.
- website, pakketten op aanvraag voor volwassenen.
- basisonderwijs en VO, jaarlijks contact met andere organisaties in de regio, informatiepakketten op aanvraag uit het publiek en eventuele doorverwijzing.

### 2. **Gezonde voeding basistaak**

- bevorderen van regionaal dekkend aanbod van preventieactiviteiten
- in verband met overgewicht.
- voortzetten van het project "Gezond eten, niet vergeten!" voor het basisonderwijs.
- pilotproject "Schoolkantineproject" voor het VO.
- aandacht schenken aan gezonde voeding en lengte/gewicht
- elk PGO/PVO (periodiek onderzoek van het individuele kind door JGZ)

### 3. **Bewegen en sporten basistaak**

- het project "Sportief wandelen" in de regio coördineren, verder introduceren binnen de gemeenten (doelgroepen: leerlingen bas, VO, volwassenen, ouderen) en evalueren.
- aanbieden en uitvoeren van dit project in het VO in de rayons Midden en Oost (voor gemeenten Bunnik, De Bilt, Doorn, Driebergen, Zeist, Amerongen, Maarn, Leersum, Renswoude, Rhenen, Veenendaal, Wijk bij Duurstede).
- uitvoeren van dit project op basisscholen in IJsselstein.
- aandacht schenken aan bewegen en sporten tijdens elk PGO/PVO van JGZ.

#### **4. Psychosociale problematiek**

Alleen vermeld zijn activiteiten, speciaal gericht op deze problematiek.

In andere GGD-activiteiten is ook aandacht voor deze problematiek, maar vormt dat een onderdeel van een bredere activiteit, zoals periodiek onderzoek van individuele jeugdigen door de JGZ (de PGO's op alle scholen in de regio).

##### OGGZ algemeen. basistaak

- Ontwikkelen van GGD-beleid OGGZ, en stimuleren van de regiogemeenten tot OGGZ-beleid in samenhang met de provinciale regiovisie OGGZ.
- Functioneren als coördinatiepunt voor meldingen van ernstige woningvervuiling en andere OGGZ-problematiek in bredere zin in de regiogemeenten.
- Stimuleren en ondersteunen van gemeenten bij het meldpunt
- Bemoeizorg in Nieuwegein.
- Uitbreiden en opzetten van zorgnetwerken in Woerden, Maarssen, Nieuwegein en Wijk bij Duurstede.
- Ontwikkelen publieksfolder woningvervuiling en OGGZ-onderdeel op de GGD-website.
- Preventieplan "Eenzaamheid" ontwikkelen op basis van de seniorenenquête 2001/2002 in de regio.
- Preventieplan "Jeugd" ontwikkelen op basis van het scholierenonderzoek 2001/2002.
- Bijstellen van het project "Stop de pestkop" (uitleen leskist aan 10 scholen).
- Deelnemen aan het project "Angst en depressie voor volwassenen" in Wijk bij Duurstede.

##### Jeugd OGGZ basistaak

- bevorderen sociaal-emotionele ontwikkeling van jeugdigen door onderzoek, voorlichting, beleidsondersteuning en crisisopvang (door pedagoog van de GGD, onlangs gestart, in 2002 nader in te vullen).
- opsporen van psychosociale problematiek tijdens elke PGP/PVO van de Jeugdgezondheidszorg.

##### Pedagogisch bureau 0-12 jaar keuzetaak

- ouders ondersteunen bij opvoedingsproblematiek, voor jeugd van 6-12 jaar in De Ronde Venen, en 0-12 jaar in Vianen.

##### Buurtnetwerken en zorgteams basistaak

- deelname aan buurtnetwerken om de individuele hulpverlening af te stemmen in Woerden, De Ronde Venen, Rhenen, Veenendaal, Zeist, Amerongen, Driebergen en Leersum.
- coördinatie van buurtnetwerken in IJsselstein en Maarssen.
- deelname aan netwerk 12+ in Vianen, Zeist, Veenendaal en Houten.
- deelname aan schoolondersteuningsteams op scholen in de regio.
- deelname aan Overleg Jeugd en Zedenpolitie Zeist en Maarssen.
- deelname aan Regionaal Meld- en Coördinatiepunten (RMC's) Zuid-West Utrecht en Zeist e.o.
- op afroep deelname aan Provinciale Klachtencommissie Seksuele intimidatie.

##### Lang leve de liefde basistaak

- werving en ondersteuning van scholen bij het project voor jongeren over seksualiteit, relaties, geboorteregeling, geslachtsziekten en aids.
- organiseren en uitvoeren van docententrainingen.

##### Rouwverwerking basistaak

- uitlenen van leskisten en verspreiden van de brochure "Dood op of rond de school", op aanvraag.
- begeleiden van leerkrachten.

##### "Als een vis in het water" basistaak

- coördineren en evalueren van het project over sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen van 4-12 jaar in bao en speciaal onderwijs, voor leerkrachten, ouders en verzorgers.
- uitvoeren van het project o.a. cursus leerkrachten, ouderavonden.
- aanbieden en uitvoeren cursus "Opvoeden zo".
- ontwikkelen van vervolgaanbod.

#### Project "Kom op voor je zelf" deels basistaak, deels keuzetaak

- aanbieden en organiseren van de uitvoering van een project sociale weerbaarheid van leerlingen van groep 7 en 8 in het bao.
- uitvoering van het project in - in elk geval - de gemeente Rhenen.

#### Project "Geweld" basistaak

- pilotproject op 3 bao-scholen in Zeist over geweld, criminaliteit, vandalisme en sociale weerbaarheid.
- na evaluatie ontwikkelen van aanbod voor alle scholen in Zeist
- uitleen van leskist "Geweld"

#### Je bent jong en je vraagt wat basistaak

- uitreiken van het boekje "Je bent jong en je vraagt wat" in het periodiek onderzoek van de JGZ in klas 1 en 2 van het VO in de rayons Midden en Oost.

### **5. Leefomgeving: fysieke overlast**

#### Medische milieukunde basistaak

- beoordelen van gezondheidsrisico's bij milieuverontreinigingen en behandelen van meldingen van ziekteclusters.
- verrichten van metingen naar kwaliteit van binnenmilieu.
- beantwoorden vragen van (medische)professie, klachtenbehandeling van algemene publiek, advisering aan gemeenten.
- onderzoek ziekteclusters met rapportage aan verontruste bewoners.
- ontwikkelen beleidsplan metingen en PR-beleid over milieu en gezondheid.

### **6. Leefomgeving als kader voor samenleven**

De GGD voert op dit terrein geen specifieke activiteiten uit.

### **7. Versterking niet-professionele zorg**

De GGD voert op dit terrein eveneens geen specifieke activiteiten uit.

### **8. Samenhang in de professionele zorg**

Bij de vorige thema's wordt steeds gestreefd naar samenwerking met de gemeenten en relevante andere organisaties in en buiten de gezondheidszorg. In het Jaarplan 2002 worden deze samenwerkingsrelaties per GGD-taak gespecificeerd.

### **9. Informatievoorziening aan de inwoners**

Bij de vorige thema's is informatievoorziening aan de doelgroepen bij die taak een vast onderdeel van het werk. Aanvullen wordt hier de algemene informatievoorziening van de GGD genoemd.

#### Multimedia basistaak

- GGD-website voor het publiek (en samenwerkingspartners van de GGD) op internet ([www.ggdmn.nl](http://www.ggdmn.nl)) over de GGD, gezondheid en activiteiten op het gebied van gezondheid in de regio.

#### Documentatie basistaak

- verschaffen van informatie en materialen over gezondheidsonderwerpen, onder andere voor het algemene publiek, via uitleen van materialen, samenstellen van informatiepakketten over de meest gevraagde onderwerpen, beantwoorden en doorverwijzen bij publieksvragen, informatie zoeken via internet en inrichten en bemensen van informatiestands.
- aansluiting bij het provinciale project Kennisring.

#### PR basistaak

- actief onderhouden van contacten met de pers en verzorgen van persberichten
- uitgeven van een publiekskrant
- uitgeven van een nieuwsbrief voor scholen
- zorgen voor een goede informatievoorziening naar het publiek en andere relatiegroepen o.a. via internet

## BIJLAGE 3: LITERATUUR

### ***Beleidsmatig en wettelijk kader***

Ministerie van VWS. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Staatsblad 1990.  
Ministerie van VWS. Wijziging van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid van 25-10-2001  
Tweede Kamer-stukken, oktober 2001.  
VNG. Gezondheid en zorg, dichtbij gemeenten. VNG, Den Haag, september 1999.  
Platform Openbare Gezondheidszorg. Spelen op de winst. Den Haag, januari 2000.  
Stuurgroep Nationaal Contract OGZ. Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg 2001-2003.  
Den Haag, februari 2001.

### ***Visie op gezondheid regio Midden-Nederland***

Aalst, A. van der. Gezondheid in beeld: verslag van de gezondheidsenquête 1998 (deel I : regionale resultaten) GGD Zuid-Oost Utrecht, Zeist, november 1998.  
Aalst, A. van der. Gezondheid in beeld: verslag van de gezondheidsenquête 1998 (deel II: resultaten per gemeente). GGD Zuid-Oost Utrecht, Zeist, augustus 1999.  
Mulder, A. Gedrag & gezondheid van derdeklassers in de regio Zuid-Oost Utrecht. GGD Zuid-Oost Utrecht, Zeist, mei 2000.  
Pötgens, N. Gezondheidsatlas Regio West-Utrecht. GGD West-Utrecht, Nieuwegein, september 1999.  
Pötgens, N. Peilstationsonderzoek 1999 Regio West-Utrecht (scholieren 10-18 jaar) GGD West-Utrecht, Nieuwegein, oktober 2000  
Pötgens, N. e.a. Sterfte in kaart. (rapportage van de 4 GGD'en in de provincie Utrecht) Utrecht, juni 2000.  
Heijder, R. Gezondheidsbeleid: in gesprek over visie. GGD Midden-Nederland, Zeist, februari 2001.  
Heijder, R. Gezondheidsbeleid: visie in de groei. GGD Midden-Nederland, Zeist, maart 2001.  
Heijder, R. Bouwen aan gezond beleid. GGD Midden-Nederland, Zeist, juni 2001.  
Gezondheidsbeleid breed gedragen. GGD Midden-Nederland, Zeist, september 2001.

## BIJLAGE 4      VERSLAG VAN DE CONFERENTIE

### Verslag conferentie volksgezondheidsbeleid gemeente Loenen 18 september 2002

#### 1.      INLEIDINGEN

##### **Welkom door W. Soede, wethouder, voorzitter**

Dhr. Soede heet de aanwezigen welkom en is verheugd over de grote opkomst. Bij de start van het ontwikkelen van jeugdbeleid en vrijwilligersbeleid is voor een vergelijkbare opzet gekozen: aan het begin van het traject vertegenwoordigers van uiteenlopende disciplines om de tafel brengen en in kaart brengen wat er speelt. Het Rijk schrijft voor dat wij een nota volksgezondheidsbeleid moeten opstellen. Hij hoopt dat deze bijeenkomst hiertoe een goede aanzet kan zijn.

##### **Inleiding F.I. Nieuwesteeg, beleidsambtenaar**

Nieuwesteeg: "Gezondheid", zo blijkt uit veel onderzoeken, wordt door de meeste mensen als één van de belangrijkste zaken in het leven ervaren. Het is een misvatting om te denken dat iedereen op dit punt dan ook goed voor zichzelf zorgt (denk aan te weinig bewegen, verkeerde voeding). Betrekken we daarbij de ergernissen over bijvoorbeeld de wachtlijsten in de zorg, dan is de conclusie dat er nog heel veel te doen is op dit terrein. Het is een illusie om te denken dat wij dit vanavond gaan oplossen.

Gezondheidsbeleid: wat kan de gemeente daarmee? Vaak komt niet verder dan "de GGD". Die doet inderdaad heel veel voor ons. Niet zelden zegt men: het gezondheidsbeleid van de gemeente is de GGD.

De GGD speelt inderdaad een belangrijke rol op dit gebied, maar daar zijn we er niet mee.

Even dieper nadenkend blijkt dat de gemeente op veel meer terreinen op een of andere wijze met gezondheidszorg te maken heeft. Bijvoorbeeld: zorg voor de riolering, sportvoorzieningen (bewegen), peuterspeelzalen (vroegsignalering), milieumaatregelen. Er zijn talloze raakvlakken met andere beleidsterreinen.

Het volgende voorbeeld bevestigt dit. Recent is iemand gepromoveerd op het onderwerp gezondheidsbeleid van gemeenten. Het beeld dat bij velen leeft dat de gemeente er "weinig" aan doet en dat het waarschijnlijk niet veel voorstelt blijkt niet overeen te stemmen met de werkelijkheid. Kortom: "gezondheid" is veel meer dan de GGD en zit 'm vaak ook in indirecte dingen.

De gemeente is er nog niet toe gekomen om gericht beleid te formuleren op dit gebied. Wel hebben we al de nodige taken op het gebied van de gezondheidszorg, geregeld o.a in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

En dan nu verplicht, daartoe aangezet door het Rijk, zoals wel vaker gebeurt. Meestal zet het Rijk er een zak geld naast, als lokkertje, die na verloop van jaren weer wordt weggehaald.

In dit geval ontbreekt de zak geld. Alles wat verzonnen en ontwikkeld wordt moet de gemeente zelf betalen of samen met andere partners.....

We zijn blij met de opzet van de regionale nota, waarin een keuze is gemaakt voor negen thema's. Hiermee kunnen we het lastige begrip "gezondheid" meer handen en voeten geven. Samenhang in de professionele zorg houdt u kennelijk het meeste bezig, gelet op de aanmeldingen. Maar ook de thema's versterking niet-professionele zorg, psychosociale problematiek, en informatievoorziening voor de inwoners hebben uw interesse. Iets minder animo was er voor "bewegen", maar nog net voldoende om er een groep van te maken.

Het is onmogelijk om alle negen thema's vanavond aan bod te laten komen. Het is ook niet reëel om te veronderstellen dat wij als gemeente de komende jaren intensief met die 9 thema's aan de slag kunnen gaan.

We gaan straks in twee sessies met drie groepen discussiëren over in totaal 5 thema's

Ik hoop dat iedereen een zinvolle avond beleeft en dat de gemeente een deel van het antwoord op de volgende vragen krijgt: wat speelt er op het gebied van de thema's, welke ontwikkelingen en problemen zijn er, wat ontbreekt er in onze gemeente, aan welke oplossingen kunnen we denken en wat kan met name de gemeente daaraan bijdragen?

Veelal komen mensen naar conferenties en dat soort bijeenkomsten om "iets te halen".

Ik hoop dat u dat vanavond lukt en dat we kunnen terugkijken op een zinvolle avond.

Ook hoop ik dat u vanavond iets wil "brengen". Wij willen bouwstenen aangereikt krijgen voor onze beleidsnota. Ik daag u uit over uw eigen heg heen te kijken en te proberen mee te denken over de gekozen thema's en te bezien in hoeverre hierover iets gemeenschappelijks valt te zeggen.

Deze conferentie zien we als een startpunt, misschien vinden we het nodig om aanvullend nog een schriftelijke enquête te houden. Daarna gaat de gemeente zich buigen over "de visie" die wij op "gezondheid" hebben. Dit zal uitmonden in een beleidsplan, bij voorkeur een kort, overzichtelijk en helder

verhaal. De gemeenteraad geeft hiervoor, indachtig het dualisme, de beleidskaders aan. Jaarlijks werken we dit uit in de vorm van actieprogramma's.

We blijven in dit hele traject steeds een beroep doen op de partners in de gezondheidszorg. Om dit te onderstrepen willen wij met een klein groepje mensen een "denktank" vormen.

Die moet eigenlijk al snel na vanavond aan de slag, omdat de tijd dringt. Mochten er nu al mensen zijn daar iets voor voelen, dan horen wij dat graag....

We houden u van de voortgang van het te ontwikkelen beleid op de hoogte, onder andere via een verslag van deze avond.

## **2. BESPREKING VAN DE THEMA'S IN GROEPEN**

### **1<sup>e</sup> ronde**

#### **Thema: Samenhang in de professionele zorg**

Seniorenraad: ketenbenadering bij ontslag uit ziekenhuis is vaak onvoldoende. Een contactpersoon die zorgt dat voorzieningen goed op elkaar aansluiten kan uitkomst bieden.

Tandarts: er is weinig contact tussen werkers in de professionele zorg: regulier professioneel overleg is zinvol, ter bespreking van probleemgevallen. Logistiek te regelen door de gemeente.

Binnen de gemeente is onvoldoende ruimte voor het onderbrengen van meerdere disciplines. Oplossing: gezondheidscentrum, mogelijk in meerdere kernen van de gemeente. "Centrum voor gezondheid en preventie"?

De ruimte van Weidesticht wordt nu niet rendabel gebruikt. Weidesticht zelf wordt gezien als "een log apparaat". (dit zal binnen de OR van Weidesticht worden besproken). Kanttekening van logopediste: kleinschaligheid van Loenen maakt rendabel gebruik lastiger.

Vraag: is er voldoende zorg aanwezig in de gemeente Loenen?

Reacties:

- Thuiszorg beschikt over onvoldoende werknemers
- Klussendienst zou wenselijk zijn
- Bij de bouw van seniorenwoningen is "een goede indeling" heel belangrijk
- Er is een tekort aan tandartsen
- Een ergotherapeut zou een goede aanvulling op het bestaande aanbod zijn (bijv. een ambulante dienst vanuit het ziekenhuis).

Jeugdgezondheidszorg: consultatiebureau arts doet veel aan preventie (uitleg over gezonde voeding en voldoende beweging). Vanuit de GGD: integratie jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar) krijgt een plaats in de gemeentelijke nota.

Thuishulpcentrale: hiervoor is geen locatie in Loenen aanwezig; in andere gemeenten biedt een kantoor van Weidesticht nog al eens ruimte; in Loenen is die ruimte er niet meer.

#### **Thema Psychosociale problematiek**

Doelgroep jonge oudere; de mobiele oudere: deze groep ondervindt moeilijkheden bij het zoeken van leuke activiteiten. Zij voelen zich niet aangesproken tot het spelen van bingo, maar willen actieve, leuke dingen doen. Ze willen de vrijheid voelen om wel of niet mee te doen en niet verplicht elke woensdagavond achter een tafeltje te moeten zitten.

In onze gemeente zijn er te weinig activiteiten op deze doelgroep gericht, wat eenzaamheid tot gevolg kan hebben. De oudere wordt vanzelf immobieler omdat hij/zij toch niets kan ondernemen.

Doelgroep ouderen: voor deze doelgroep is een groot aanbod aan activiteiten. Probleem bij deze groep is dat zij vaak niet op de hoogte zijn van alle mogelijkheden. De Seniorengids is zoek, de bekende activiteiten zijn vergeten.... Ouderen willen graag direct uitgenodigd worden.

De Zonnebloem wil graag inzicht in: alle activiteiten die er zijn voor ouderen en wat ouderen willen. Verder wil men graag publicatiemogelijkheden via gemeentekanalen. Zij geven aan dat ouderen de krant vaak ongelezen weggooien, maar wel belang hechten aan het lezen van de gemeenterubriek.

De SWOL bereikt de doelgroep door hun blad de Praatpaal. Zij zouden graag een professionele kracht willen gebruiken voor het nalopen van de teksten.

Algemeen: de ouderenadviseur wordt in onze gemeente beperkt geraadpleegd. In Loenen komen mensen vaak pas aan het goede adres als de klacht te erg is geworden. Dit kan komen door schaamte, burenhulp, men helpt elkaar, slechte verwijzing.

Het signaal dat de 1<sup>e</sup> lijnszorg niet goed van de grond komt wordt door veel aanwezigen herkend. Veel klachten of vragen komen bij de huisartsen terecht. Deze zou veel van deze vragen direct door kunnen verwijzen. Maar men ervaart dat de samenwerking met huisartsen wordt afgehouden.

Jeugd: voor de groep vanaf 14 jaar is te weinig te doen. Dit is de groep die buiten de boot valt na het in clubverband sporten. Ook op andere gebieden dan sport is weinig te beleven voor deze jongeren.

Problemen van kinderen kunnen vooral op school worden herkend maar ook behandeld. De aanwezigen stellen voor op school een sociale vaardigheidstraining te geven. De GGD kan hiervoor een cursus aanbieden ('Als een vis het water'). Dit programma leert kinderen normen en waarden en manieren hoe zich te gedragen in allerlei situaties. Het programma wordt niet als 'therapie' gegeven, maar loopt gewoon door de lessen heen.

Hulp vragen bij de opvoeding blijkt moeilijk.

Ouders hebben vaak geen tijd om zich te verdiepen in de problemen of om een cursus te volgen. Ook schaamte speelt een rol.

Als via school aandacht wordt besteed aan de problemen zijn ouders sneller geneigd tijd vrij te maken. Een schoolmaatschappelijk werker lijkt dan ook essentieel. Daarnaast kan een remedial teacher aangesteld worden die de kinderen individueel extra aandacht geeft.

De rol van de gemeente zal dan financieel ondersteunend kunnen zijn.

### **Thema: bewegen**

Vraag: leidt het nieuwe kabinetsbeleid nu al tot bijv. het schrappen van een van de thema's?

Antwoord: gemeente krijgt geen extra geld van het Rijk voor gezondheidsbeleid. Nieuwe zaken moet de gemeente zelf betalen. Op voorhand dingen schrappen is niet aan de orde.

Hoe is de stand van zaken m.b.t. de binnensportaccommodatie?

Antwoord: er is een positieve insteek, een werkgroep zoekt het een en ander uit.

Aandacht voor bewegen als zodanig. Trimgroep op De Heul met een vrijwilliger die dit al 25 jaar doet. Kan de gemeente dit in de toekomst eventueel overnemen?

Antwoord: het zou zonde zijn als dit stukje ongeorganiseerde sport verdwijnt. Aandachtspunt, mogelijk ook voor andere kernen

Doelgroepenbenadering? SWOL: promotie van activiteiten door de gemeente wordt op prijs gesteld.

Tieners: haken vaak af bij sporten: ingang via jongerenwerk; ideeën over sport- en spelactiviteiten; skatebaan; onderzoek speelvoorzieningen; trendgevoelige bezigheden, nu bijv. veel dance-achtige activiteiten; spelen vaak op "verkeerde" plekken; gebouw (sporthal) is wenselijk als basis voor het kanaliseren van zaken: bijv. een avond gratis mogelijkheid bieden te sporten.

Ouderen zijn vaak bang om te bewegen. Er is een drempel. Stimuleren is een gezamenlijke verantwoordelijkheid: fysio, huisarts, SWOL, gemeente enz.

Voorbeeld uit de praktijk: bewegingslessen waar jong en heel oud door elkaar gaan, werkt heel stimulerend.

Een school: een speellokaal is noodgedwongen in gebruik als klaslokaal waardoor de kleuters nogal eens moeten uitwijken naar de gymzaal. Uitbreiding van een lokaal is nodig. Vroeg bewegen is heel belangrijk.

Er was een plan om in de klassen 3 en 6 kinderen te testen op hun motoriek. Ging uiteindelijk niet door.

Motoriek goed bekijken, de zwakkeren eruit halen en stimuleren iets te gaan doen. Is ook een geldkwestie.

Bezuiniging op vakleerkrachten is een slechte zaak. Hoe bewegingsonderwijs wordt gegeven hangt af van deskundigheid en interesse van de leerkracht. Leerkrachten zouden door deskundigen instructie kunnen krijgen om bepaalde zaken te kunnen waarnemen.

## **2<sup>e</sup> ronde**

### **Thema: versterking van de niet-professionele zorg**

Vrijwillige terminale zorg: hulpvraag komt vaak (te) laat. Informatieverstrekking is belangrijk.

Geldt ook bijv. voor ouderenadviseur. Bij ouderenadviseur, loket mantelzorg en thuishulpcentrale komen weinig aanmeldingen, vaak dan complexe gevallen.

Oorzaken: niet de goede publiciteit? VAR als goed medium zou huis-aan-huis moeten komen.

Gemeentegids en Ouderengids die pakt men pas als men ze nodig heeft.

Ander vormen zoeken?! In ieder geval door alle betrokkenen, continue en op uiteenlopende manieren de publiciteit zoeken.

Mantelzorgpunt: lastig bereikbaar: sommige mensen moeten een taxi bellen om er te komen. Telefonische bereikbaarheid laat te wensen over.

VTZ: verwijzing via drie kanalen, organisatie samen met Abcoude.

Vrijwilligersorganisaties zouden meer (informatie en bijv. vrijwilligers) moeten uitwisselen. Goed voorbeeld is vrijwilligersberaad in Maarssen (2x per jaar). Loenen is een stuk kleiner. Wellicht in BAL-verband op te pakken.

Een vast aanspreekpunt ontbreekt in de gemeente. Voorheen bijv. de wijkverpleging: uitleen, hulpverlening én signalering van problemen. Het kruisgebouw wordt helaas maar ten dele gebruikt.

Bijv. Breukelen en Abcoude hebben een dienstencentrum met inloopfunctie, met beroepskracht. Dat werkt. Loenen heeft 5 kernen. Mogelijk bijv. 1 uur per week ergens een inloopplek creëren.

Aan de ene kant is er wel degelijk een tekort aan vrijwilligers (op heel veel gebieden). Aan de andere kant lijkt het er op of zij op sommige gebieden te weinig "werk" is om hen bezig te houden.

Werven van vrijwilligers: uitwisseling is belangrijk, vrijwilligersmarkt is goed, al dan niet in 't Web (meningen zijn verdeeld).

Klussendienst kan iets zijn: voorbeelden elders bekijken (Abcoude).

### **Thema Informatievoorziening**

De eerste vraag die boven komt is of informatievoorziening wel een gemeentelijke taak is. Volgens de wet wel. De vraag is natuurlijk in hoeverre en op welk gebied.

Welke manieren van voorlichting zijn er nu:

In de gemeentegids is veel informatie te vinden. Daar staan vrijwel alle adressen vermeld waar meer informatie gehaald kan worden.

Senioren-gids: Een project vanuit de provincie waarbij alle 65 + ers een senioren-gids met allerlei nummers en activiteiten voor deze doelgroep ontvangen. Probleem is dat de doelgroep het gidsje kwijt raakt of het niet goed weet te gebruiken.

De Vreelandpost verzorgt elke 2 weken een rubriekje, speciaal voor ouderen, waarin elke keer dezelfde informatie staat, zodat de doelgroep er elke keer aan herinnerd wordt.

Praatpaal, blad van de SWOL, verzorgt 3 keer per jaar een uitgave met voorlichting aan ouderen.

Vechtstroom: elke 2 weken verschijnt hier de gemeentelijke rubriek. Deze krant wordt slecht bezorgd maar de rubriek wordt wel goed gelezen door veel doelgroepen.

Gemeentelijke website: nog niet algeheel bekend, ook niet voor iedereen toegankelijk. Voordeel van een website is dat er veel meer informatie op gezet kan worden dan in de krant.

### **Opmerkingen**

- Organisaties zouden er bij gebaat zijn als zij hun activiteiten aan kunnen kondigen in de gemeenterubriek.
- Folders moeten daar neergelegd worden waar mensen er voor openstaan. Hele rekken vol schrikt mensen af.
- Een directe benadering werkt beter dan afwachten op reacties.
- Mensen die geïnteresseerd in iets zijn weten hun informatie meestal wel te verkrijgen. De vraag is juist hoe je de doelgroep bereikt die niet al iets weet.
- Stichtingen en organisaties zijn vooral zelf verantwoordelijk voor de bekendheid van hun activiteiten. Zij moeten 'reclame' maken.
- Informatie moet begrijpelijk zijn. Uit onderzoek blijkt dat veel mensen voorlichtingsteksten niet goed begrijpen of al snel afhaken door lastig taalgebruik.
- Voorlichting moet ook aantrekkelijk gemaakt worden door foto's, plaatjes ed.
- Stichtingen en organisaties zouden geholpen zijn met deskundige tekstschrijvers.

### **Thema: Samenhang in de professionele zorg**

Opmerking (vanuit homeopathiepraktijk): er is behoefte aan overleg met de huisartsen, vanuit en met meerdere disciplines.

Vanuit fysiotherapie: overleg over patiënten moeten de beroepsbeoefenaren zelf regelen. Voor overleg over beleid is de gemeente aan zet.

De ouderenadviseur meldt meer contact met andere partijen te willen.

Vanuit de kerk maakt iemand de opmerking dat er meer bekendheid gegeven moet worden aan "de zorg", bijvoorbeeld via de VAR of de gemeentegids.

Een vertegenwoordiger van Weidesticht spreekt irritatie uit vanwege de afwezigheid van de huisartsen vanavond.

Door STAG wordt het meer en beter benutten van gebouwen voor de gezondheidszorg bepleit. De gemeente kan een voorbeeldfunctie vervullen, bijvoorbeeld bij de vestiging van huisartsen.

De ouderenadviseur doet een suggestie: het creëren van een "oppas"-centrale voor ouderen.



Algemene opmerkingen:

- scholen zouden meer betrokken moeten worden bij de problemen die kinderen ondervinden
- meer overleg tussen verschillende instellingen vinden de aanwezigen belangrijk
- het realiseren van een gezondheidscentrum moet zeker onderzocht worden
- het dorp Nigtevecht is veelal niet in beeld: in meerdere opzichten telt alleen Loenen a/d Vecht

### **3. AFSLUITING DOOR DE VOORZITTER**

De heer Soede dankt de aanwezigen voor hun inbreng. De levendige discussies in de werkgroepen leveren zeker bouwstenen op voor het te ontwikkelen beleid.

Een korte samenvatting vanuit de verschillende werkgroepen volgt.

Bewegen:

- het belang van een binnensportaccommodatie
- ook aandacht voor niet-georganiseerde sport
- aandacht voor bepaalde doelgroepen is nodig
- zo jong mogelijk beginnen met onderkennen van problemen

Versterking in de niet-professionele zorg

- informatievoorziening is heel belangrijk
- er moet meer worden samengewerkt en gebruik gemaakt van elkaars capaciteiten
- er is een toenemend tekort aan vrijwilligers
- bereikbaarheid van voorzieningen, één vast aanspreekpunt voor problemen is gewenst

Samenhang in de professionele zorg

- meer overleg tussen disciplines is gewenst
- het ontbreken van de huisartsen (vanavond) wordt als gemis ervaren
- realiseren gezondheidscentrum nader onderzoeken

Informatievoorziening aan de inwoners

- ouderen hebben behoefte aan herhaalde duidelijke informatie.
- één (aanspreek)punt waar alle informatie/publicaties samen komen, en waar hulp geboden kan worden bij het op de juiste wijze onder de aandacht brengen van een activiteit.

Psychosociale problematiek

- Gebrek aan tijd van ouders speelt een grote rol in de opvoeding, wat psychosociale problematiek bij kinderen te weeg kan brengen of verergeren. De school kan een rol spelen in het voorkomen hiervan.
- Informatievoorziening is voor alle leeftijdscategorieën erg belangrijk. Waar vind ik de juiste informatie?
- De 1<sup>e</sup> lijnszorg stagneert bij het doorverwijzen van cliënten naar de juiste (vrijwillige) instanties.

De voorzitter nodigt de aanwezigen uit om onder het genot van een drankje nog even informeel na te praten.

**BIJLAGE: PRESENTIELIJST CONFERENTIE VOLKSGEZONDHEIDSBELEID  
GEMEENTE LOENEN 18 SEPTEMBER 2002**

Dhr. P.M. Bakker	St. Aanvullende Gezondheidszorg Gemeente Loenen (STAG)
Dhr. W.J. Grim	St. Aanvullende Gezondheidszorg Gemeente Loenen (STAG)
Dhr. F. Savelkouls	fysiotherapeut
Mw. J.R. Duintjer	oefentherapeute
Mw. K. Stokhuizen	St. Peuterspeelzaal Het Hummeltjeshonk
Mw. A. Toonen	St. Peuterspeelzaal Het Hummeltjeshonk
Mw. A. Westland	St. Vrienden van de Hartstichting
Dhr. E. Van den Berge	St. Vrienden van de Hartstichting
Dhr. F. Jagt	St. Welzijnsbevordering Ouderen Loenen (SWOL)
Mw. G. Helling	raadslid gemeente Loenen
Dhr. J.P. Toonen	raadslid gemeente Loenen
Mw. T.J. Van Wageningen	Stichting Seniorenraad Loenen
Mw. R. Kooperberg	Stichting Seniorenraad Loenen
Mw. J.C. Van Essen	logopediste
Dhr. M. Bakker	fysiotherapeut
Mw. Y. Sieben	St. Thuishulpcentrale
Dhr. R. Heijder	GGD Midden Nederland
Mw. C.A. Griffioen	Samen Op Weg Kerk Vreeland
Mw. D. Griffioen	Gereformeerde Kerk Vrijgemaakt
Mw. E.A.T.J. Korse	homeopathe
Mw. C. Van der Heijde	ouderenadviseur
Mw. C. Zehenpfenning	De Zonnebloem
Mw. C. Van der Kleij	De Zonnebloem
Dhr. J. Van den Brink	Vrijwillige Terminale Zog (VTZ), Werkgroep Thuis Sterven
Mw. T. Zunnenveld	Weidesticht, jeugdgezondheidszorg
Mw. H. Van Velzen	Weidesticht, jeugdgezondheidszorg
Mw. J.H. Lucardie	tandarts
Mw. Bakker	tandarts
Dhr. W. Soede	wethouder gemeente Loenen
Mw. E.L. Bon	beleidsambtenaar gemeente Loenen
Dhr. F.I. Nieuwesteeg	beleidsambtenaar gemeente Loenen

## BIJLAGE 5      VERSLAG GESPREK HUISARTSEN

Bijeenkomst met de huisartsen inzake gemeentelijk gezondheidsbeleid, 11 november 2002

Aanwezig: Dhr. Gerhards, Mevr. Geelink, Mevr. Lucassen, Mevr. Wynia, Dhr. Klever,  
Dhr. Soede, Dhr. Nieuwesteeg, Mevr. Bon.  
Dhr. Jansen afwezig met bericht.

Dhr. Soede geeft aan dat deze bijeenkomst georganiseerd is omdat tijdens de conferentie de huisartsen afwezig waren. Ook hebben zij niet gereageerd op de enquête. Nu vinden wij juist de mening van deze eerstelijns hulpverleners bij uitstek belangrijk bij het invullen van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. We hebben er voor gekozen alle huisartsen uit te nodigen vanwege de verdeeldheid over de kernen en daardoor de deelname aan verschillende weekend- en avonddiensten.

Het doel van deze bijeenkomst is om te horen aan welke thema's uit de startnotitie de huisartsen prioriteit willen geven. Echter blijkt al snel dat de huisartsen de thema's buiten hun gezichtsveld vinden vallen. In hun dagelijks werk komen zij niet zodanig met de thema's in aanraking dat ze er invulling aan kunnen geven. Dhr. Gerhards geeft aan dat hij ook benaderd is door Schakels die in opdracht van de provincie interviews af nam met zeer concrete vragen waarmee het provinciale gezondheidsbeleid ingevuld gaat worden. Dit wordt als prettiger ervaren dan het moeten denken in thema's die niet aansluiten.

De huisartsen vinden het vreemd dat zij geconfronteerd worden met 9 thema's waar zij zich niet in kunnen vinden. Veel liever hadden zij in een eerder stadium meegedacht over de invulling van gezondheidsbeleid. Nu wil het feit dat de gemeenten een standaard indeling van de GGD op regionaal gebied heeft gekregen. We kozen er voor hiermee te gaan werken.

Er wordt een poging gedaan om toch de thema's langs te gaan.

### *Samenhang in de professionele zorg:*

Men geeft aan dat er samenhang is. Er bestaat een brede overlegstructuur waar naast huisartsen ook fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en dergelijke aan deelnemen. In de toekomst ziet Dhr. Gerhards wel het ontstaan van gezondheidscentra waar alle zorg in een gebouw bijeen zit. De huisarts met een solopraktijk aan huis ziet hij verdwijnen.

Welke plek de huisarts inneemt binnen het circuit van de gemeente blijkt volgens dhr. Klever uit het basistakenpakket van de huisarts. De gemeente moet er zorg voor dragen dat het werk van huisartsen gecontinueerd kan worden. Hij ziet voor de gemeente een rol bij bijvoorbeeld de thuiszorg en (uitbreiding van) het verzorgingshuis.

### **Genotmiddelen**

Dhr. Gerhards geeft aan dat er meer drugs gebruikt en verhandeld wordt in de gemeente Loenen dan wij weten. Hij benoemt ook fysiek geweld. Mevr. Wynia geeft aan dat zij in haar praktijk niet geconfronteerd wordt met het druggebruik maar wel weet dat er wordt gebruikt. Politie is ook op de hoogte. Er is geen overleg tussen politie en huisartsen vanwege beroepsgeheim van huisartsen.

Weer geven de huisartsen aan dat de thema's wel spelen maar op een heel ander niveau. Zij maken op microniveau bijvoorbeeld wel mee dat iemand niet gezond eet maar vinden het te abstract om op macroniveau te praten over het thema gezonde voeding.

Een huisarts constateert wel maatschappelijke problemen die landelijk gelden. Bijvoorbeeld de opvang van ouderen. De huisarts staat aan het begin van de zorgketen. Daarom lijkt het de gemeente juist zo belangrijk dat de huisarts weet heeft van alle stappen die na dit begin gezet kunnen worden. Bijvoorbeeld ook van de mogelijkheden van vrijwillige hulpverleners.

Op het gebied van seniorenproblematiek wordt de huisarts geconfronteerd met een wachtlijst voor opname. Nieuwesteeg wijst op de mogelijkheid om bij dat soort vraagstukken de ouderenadviseur in te schakelen om informatie te vragen. Wellicht kan zij vertellen dat in de tussentijd voor opname een beroep gedaan kan worden op een vrijwilligersorganisatie

Niet alle artsen kennen de ouderenadviseur. De mogelijkheden die zij heeft vinden de huisartsen beperkt. In een aantal gevallen geven zij er de voorkeur aan de problematiek in eigen hand te houden en niet door te verwijzen.

Dhr. Soede rondt af. Hij bedankt de huisartsen voor hun aanwezigheid en inbreng. Het gesprek heeft wat hem betreft toch enige aanknopingspunten opgeleverd.

Dhr. Nieuwesteeg geeft aan dat er een klankbordgroep is die zijn mening geeft gedurende de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid en vraagt of een van de aanwezigen zich hierbij aan wil sluiten. Dhr. Klever geeft aan dit wel te willen.

Verdere afspraken:

- Gemeente neemt contact op met Schakels om te kijken op welke wijze het provinciale gezondheidsbeleid ingevuld wordt.
- Dhr. Gerhards stuurt het basistakenpakket van huisartsen op. Als we daar vragen over hebben kunnen we hem benaderen.

EB 14/11/02

## BIJLAGE 6 SAMENVATTING UITKOMSTEN ENQUÊTE

Oktober 2002 is een enquête gehouden onder alle instellingen die "iets" met gezondheid in brede zin te maken hebben. Van de 84 verzonden enquêtes werden er 11 ingevuld retour ontvangen, wat een respons van 13% betekent.

Respondenten konden per thema van gezondheidszorg enige vragen beantwoorden. Onderstaand aan samenvatting van de belangrijkste opmerkingen, per thema.

Thema	Opmerkingen/aandachtspunten/knelpunten
Bewegen	jaarlijkse avondvierdaagse voor niet sporters wandel-/fietsroutes in de eigen kernen sporthal voor méér sporten gebrek aan technische begeleiding inactiviteit treedt op bij 14-15 jarigen
Genotmiddelen	ouders- verkeerde voorbeelden- aanspreken hardere aanpak overmatig gebruik sportkantine: te makkelijk drank te krijgen
Gezonde voeding	voorbeeldfunctie ouders (ook via GGD info aan ouders verstrekken) toename fastfood gebruik
Versterking niet-professionele zorg	toenemende druk op vrijwilligers, toename problematiek (o.a. bij thuishulpcentrale), belang van professionele ondersteuning goede informatievoorziening voor vrijwilligers en hulpvragers samenwerking stimuleren (ook met 1 <sup>e</sup> lijn en in de regio) vrijwilligers en mantelzorgers beter waarderen jeugd en mensen zonder werk proberen te interesseren
Informatievoorziening	verspreiding gids voor ouderen en gemeentepagina belangrijke informatiebronnen
Psychosociale problematiek	kerken zijn op div. terreinen actief opvoeding 0-4 jarigen is buiten beeld, gedeeltelijk door onmacht ouders vroegtijdige signalering en lichte interventie nodig goede afstemming/samenwerking van alle betrokken partijen (met tijdige link naar BJZ) te weinig bekend over aanbod opvoedingsondersteuning; dit meer benutten waarden en normen stimuleren maatwerkdeel jeugdzorg 0-4 jaar goed benutten
Samenleving als kader voor samenleven	hangplek, soosruimte voor de jeugd ontbreekt wijkbeheer staten voor veiligere buurt meer politie (bureau meer open) peuterspeelzaal uitbreiden en meer betaalbaar maken huizenaanbod alleenstaanden verbeteren geld en individualisme zijn knelpunten seniorenbeleid in overleg met alle participanten vorm geven (door gemeente); ook verdergaande samenwerking in ouderenzorg stimuleren
Samenhang in de professionele zorg	onvoldoende deskundigheid om te signaleren duidelijke verwijzingsstructuur naar BJZ is gewenst
Toegankelijkheid van de zorg	stimuleren personeelsvoorziening in de zorg

## BIJLAGE 7 DE GGD IN HET GEZONDHEIDSBELEID VAN DE GEMEENTE

### **De WCPV en de GGD**

Het lokaal gezondheidsbeleid is meer dan het beleid van de gemeente voor de GGD.

De aangepaste Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) vereist per 1-1-2003 wel dat de gemeente in de nota volksgezondheid opneemt hoe zij er voor zorgt dat de GGD wettelijke taken uitvoert. Ook de instandhouding van de GGD en de adviesrol voor gemeentebestuur zijn volgens de WCPV wettelijk geregeld.

De in de WCPV genoemde GGD-taken worden reeds uitgevoerd in onze regio door de GGD Midden-Nederland. De gemeente besluit met vaststelling van deze lokale nota expliciet dat deze taken worden voortgezet op de wijze, zoals ze nu worden uitgevoerd door de GGD. Wanneer in de planperiode van 4 jaar van de kant van de gemeente of de GGD behoefte ontstaat aan nadere invulling of wijziging van taken gebeurt dat in overleg tussen GGD en gemeente. Besluiten daarover passen binnen de wettelijke WCPV-eisen en vergen instemming van het GGD-bestuur.

Om de WCPV-eisen aan GGD-taken te specificeren zijn in de bijlage de belangrijkste bepalingen uit de WCPV weergegeven.

Verder wordt verwezen naar de uitvoeringsbesluiten bij de WCPV, van 5-11-2002, over infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg.

De gemeente neemt deel aan de gemeenschappelijke regeling GGD Midden-Nederland en houdt op die wijze de GGD in stand.

De gemeente is volgens de WCPV verplicht voortaan belangrijke besluiten met gevolgen voor collectieve preventie eerst voor advies voor te leggen aan de GGD.

De gemeente moet aangeven hoe dit zal worden uitgevoerd.

De gemeente heeft deze lokale nota volksgezondheid voor advies aan de GGD voorgelegd en zal de GGD ook bij volgende vierjaren-nota's om advies vragen. Voorzover met jaarplannen wordt gewerkt bij de lokale nota worden die ook jaarlijks voor advies aan de GGD voorgelegd.

Bij andere belangrijke gemeentelijke beleidsvoornemens, die van belang kunnen zijn voor de GGD, en niet te voorzien zijn in een meerjarennota of een jaarplan, zal tijdig contact worden gezocht met de GGD om af te wegen wanneer GGD-advies zinvol is. Dit kan ook acute zaken betreffen zoals een milieuprobleem of een rampgeval.

In het algemeen neemt de gemeente zich voor de GGD actief te betrekken bij de ontwikkeling van plannen voor de volksgezondheid of facetbeleid, dat de relatie van volksgezondheid met andere beleidsterreinen betreft. Dit gaat verder dan het voorleggen van concept nota's voor een eindadvies.

Bij jeugdgezondheidszorg is actueel de integratie JGZ 0-19-jarigen. De gemeente werkt daarvoor samen met de andere regiogemeenten om tot een gezamenlijke visie te komen in 2003.

Op grond daarvan worden besluiten genomen over uitvoering van de JGZ, die nu door GGD en thuiszorg wordt uitgevoerd. De GGD voert nu de zorg voor 4-19 jaar uit.

De gemeente zal ook rekening houden met de landelijke vierjaarlijkse prioriteitennota voor collectieve preventie. Als vervolg op het Nationaal Contract 2001 zou deze nota al eind 2002 zijn verschenen, maar door de val van het kabinet in 2002 is het aan een nieuwe minister van volksgezondheid om hiervoor koers en termijn te bepalen. In deze lokale nota is al rekening gehouden met voorlopige landelijke prioriteiten uit het Nationaal Contract.

### **GGD-beleid en gemeentebestuur**

De gemeente zal in de planperiode niet alleen de formele WCPV-eisen voor de GGD volgen, maar ook rekening houden met het beleid en de ontwikkelingen bij de GGD Midden-Nederland.

Voorzover al niet in deze lokale nota verwerkt zal dat in de planperiode verder vorm krijgen door overleg met de GGD over de uitwerking van het GGD-beleidsplan 2003-2006 en lopende onderzoeken en werkgroepen. Hieronder is al een eerste specificatie opgenomen.

Het GGD-beleidsplan 2003-2006 is in december 2002 vastgesteld door het AB van de GGD, bestaande uit vertegenwoordigers van de gemeenten (portefeuillehouders volksgezondheid en soms raadsleden). Als prioriteiten voor de GGD zijn senioren en OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) gekozen. Voor OGGZ is, als vervolg op de regiovisie van de Provincie en op verzoek van de regiogemeenten, een klankbordgroep ingesteld van GGD, gemeenten en instellingen. De klankbordgroep, met de GGD als coördinator, zal nadere adviezen ontwikkelen om de wettelijk verplichte regietaak van de gemeente voor de OGGZ en het thema psychosociale problematiek uit de regionale nota van de gemeenten inhoud te geven. Dit zal een geleidelijk proces zijn, zodat niet voor 1-7-2003 eindadviezen zijn te verwachten. Daarom zal de gemeente voor de hele planperiode een koppeling maken met deze advisering. De GGD-prioriteiten senioren en OGGZ zullen ook in de loop van 4 jaar geleidelijk worden uitgewerkt. De gemeente zal voor beide prioriteiten een koppeling voor 4 jaar met het lokale beleid maken. Actueel voor 2003 is dat de GGD per gemeente een rapportage van een regionaal seniorenonderzoek beschikbaar heeft. Voorts is in 2003 ook de rapportage van een regionaal scholierenonderzoek in het Voortgezet Onderwijs gereed. Voor OGGZ, senioren en scholierenonderzoek wil de GGD in samenspraak met de gemeenten beleid ontwikkelen. Daartoe worden alle gemeenten bezocht. De gemeente gebruikt de resultaten van dit onderzoek en dit overleg in de lokale nota volksgezondheid en in de nadere invulling daarvan.

### **Bijlage 1: De tekst van de WCPV**

De voor de lokale nota meest relevante passages uit de wet zijn (zie voor volledige tekst de wet zelf, niet apart vermeld is, dat op onderdelen nadere maatregelen van bestuur kunnen worden gesteld).

#### **Artikel 2**

1. De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:
  - a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie.
  - b. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.
  - c. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.
  - d. het bevorderen van medisch milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek.
  - e. het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen, waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden, waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting.
  - f. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ.

#### **Artikel 3**

1. De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektenbestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektenbestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding.

#### Artikel 3a

1. De gemeenteraad draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:
  - a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheids-toestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren.
  - b. het ramen van de behoefte aan zorg.
  - c. het vroegtijdig opsporen en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van de perinatale PKU, CHT en AGS-screeningen, en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma.
  - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
  - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

#### Artikel 3b

De gemeenteraad stelt voor 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk Gezondheidsbeleid vast, waarin hij tenminste aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 3 en 3a genoemde taken en de in artikel 5 genoemde verplichting.

#### Artikel 5

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de gemeenteraden zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.
2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

#### Artikel 5a

Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels staat het de gemeenteraad vrij om de taken of onderdelen van taken, als bedoeld in artikel 3a, te laten uitvoeren Door de instellingen voor zorg aan ouder en kind, als bedoeld in artikel 26a van het Besluit Zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.  
(toelichting van de gemeente: dit betreft in de praktijk de thuiszorginstellingen met hun consultatiebureaus voor 0-4 jaar).

-----



## BIJLAGE 8 OVERZICHT ZORGAANBOD IN DE GEMEENTE LOENEN

Apotheek (dependance)  
Huisartsen (3 praktijken, waarvan 2 apotheekhoudend)  
Tandartsen (4 praktijken)

Fysiotherapeuten (5 praktijken, waaronder 1 kinderyfiotherapie)  
Oefentherapie Mensendieck  
Oefentherapie Cesar  
Ergotherapie  
Creatieve therapie  
EHBO Loenen a/d Vecht  
Vrienden van de Hartstichting, afd. Vreeland  
Rode Kruis, Afd. Vechtstreek  
Zonnebloem  
Steunpunt Mantelzorg

Psychotherapeut

Logopedie

Homeopatie

Pedicures (4 x)

Verloskundige praktijken (3)

GGD Midden Nederland  
- jeugdgezondheidszorg  
- infectieziektebestrijding  
- reizigersvaccinaties  
- hygiënische controles  
- bevolkingsonderzoeken  
- gezondheidsvoorlichting  
- sociaal medische advisering

WeideSticht  
- consultatiebureau  
- thuiszorg  
- algemeen maatschappelijk werk  
- zwangerschapsbegeleiding  
- diëtist  
- cursussen  
Altrecht (geestelijke gezondheidszorg)

Indicatieorgaan (RIOWU)

Woonzorgcentrum

Ouderenadviseur

Centrale Post Ambulancevervoer