

# **Lokaal gezondheidsbeleid**

**Gemeente Naarden**

**2007 – 2011**

## Samenvatting

Op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) zijn de gemeenten in Nederland vanaf 1 juli 2003 verplicht om iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen. De gemeente Naarden heeft voor de periode 2003-2007 een notitie Lokaal gezondheidsbeleid opgesteld. Inmiddels is het vier jaar later en is nu het actualiseren ofwel het opstellen van een nota lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2007 – 2011 aan de orde.

Iedere gemeente is conform de Wcpv verplicht een gezondheidsdienst te faciliteren om de taken op het gebied van de algemene gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg uit te voeren. Naarden onderhoudt een GGD samen met de andere gemeenten in de regio middels een gemeenschappelijke regeling. De GGD Gooi- en Vechtstreek is voor de gemeente Naarden dé uitvoeringsinstantie op het gebied van de lokale gezondheidszorg.

De GGD heeft in samenwerking met de regiogemeenten, op basis van de gezondheidssituatie van de regio, twee regionale notities gezondheidsbeleid opgesteld. Voor de komende vier jaar is het regionale gezondheidsbeleid vastgelegd in een aantal speerpunten. Deze speerpunten zijn goedgekeurd door het portefeuillehoudersoverleg Gezondheidszorg en door het college van Naarden en vormen daarmee ook het beleid van Naarden. Een aantal van deze speerpunten verdient volgens de gemeente Naarden bijzondere aandacht. Tevens heeft de gemeente naast het GGD-beleid ook nog twee aanvullende speerpunten voor nieuw beleid toegevoegd.

Hieronder is het overzicht weergegeven van de regionale speerpunten, waarvan Naarden het belangrijk vindt dat ze in het bijzonder aandacht verdienen, en de specifieke lokale speerpunten:

Regionale speerpunten met betrekking tot volwassenen en ouderen:

1. Preventieve diabetes

Regionale speerpunten met betrekking tot jeugd:

2. Riskant genotmiddelengebruik (accent op alcohol, aandacht voor roken)
3. Overgewicht bewegingsarmoede
4. Psychosociale problemen

Aanvullende lokale speerpunten Naarden:

5. Jeugdzorg: een Centrum voor Jeugd en Gezin
6. Eerstelijnszorg Bussum-Naarden: een visie op eerstelijnszorg

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	4
<b>Hoofdstuk 1 Kaders</b>	6
Visie op lokaal gezondheidsbeleid	6
Wettelijke kaders	6
Rijksbeleid	8
Regionaal beleid	8
<b>Hoofdstuk 2 Algemene beleidsuitgangspunten Naarden</b>	10
Speerpunten van de tweede rijksnota	10
Speerpunten van het regionale beleid	11
Aandachtspunten Naarden binnen speerpunten regionaal beleid	11
Lokale aanvullingen op het gezondheidsbeleid	13
<b>Hoofdstuk 3 Evaluatie</b>	17
<b>Hoofdstuk 4 Financiën</b>	18
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1: Regionale nota Openbare Gezondheidszorg Regionaal beleid Gooi en Vechtstreek 2006-2010, deel 1: Volwassenen en Ouderen.	
Bijlage 2: Regionale nota Openbare Gezondheidszorg Regionaal beleid Gooi en Vechtstreek 2006-2010, deel 2: Jeugd.	
Bijlage 3: Aanpalende wet- en regelgeving	
Bijlage 4: Gezondheidssituatie Naarden	
Bijlage 5: Vier opties organisatie eerstelijnsgezondheidszorg	

## Inleiding

Op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) zijn de gemeenten in Nederland vanaf 1 juli 2003 verplicht om iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen. De gemeente Naarden heeft voor de periode 2003-2007 een notitie Lokaal gezondheidsbeleid opgesteld. Inmiddels is het vier jaar later en is nu het actualiseren ofwel het opstellen van een nota lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2007 – 2011 aan de orde.

Conform de Wcpv is ook iedere gemeente verplicht een gezondheidsdienst te faciliteren om de taken op het gebied van de algemene gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg uit te voeren. Naarden onderhoudt een GGD samen met de andere gemeenten in de regio middels een gemeenschappelijke regeling. Dit is de GGD Gooi- en Vechtstreek. De GGD is hiermee eigenlijk voor de gemeente Naarden dé uitvoeringsinstantie van de lokale gezondheidszorg. Het regionaal gezondheidsbeleid, dat vastgesteld is in samenspraak met alle regiogemeenten via het algemeen bestuur en het dagelijks bestuur van het Gewest en portefeuillehoudersoverleg Gezondheidszorg, is kaderstellend voor de GGD. De monitoring van het GGD-beleid vindt plaats in het portefeuillehoudersoverleg Gezondheidszorg. Het college van Naarden heeft invloed op het regionaal beleid door een afvaardiging in het portefeuillehoudersoverleg. Het is echter niet zo dat het gemeentelijk lokaal gezondheidsbeleid kaderstellend is voor het GGD-beleidsplan gezondheidszorg.

Deze tweede nota Lokaal Gezondheidsbeleid van de gemeente Naarden is voortgekomen uit de startnotitie Lokaal Gezondheidsbeleid Naarden 2007-2011. Het college heeft deze geaccordeerd op 24 april 2007 en ter bespreking voorgelegd aan de raad tijdens de voorronde van 19 mei 2007. Hierbij is afgesproken dat we voornamelijk focussen op de speerpunten die regionaal zijn afgesproken, aangevuld met een paar lokale aandachtspunten. Op verzoek van de raad zijn de lokale cijfers bijgevoegd over de gezondheidstoestand in Naarden.

De invloed van de gemeenteraad op het terrein van de lokale gezondheidszorg is binnen de geschetste context beperkt, tenzij er extra middelen worden uitgetrokken voor een additionele lokale invulling. Dit is in aansluiting bij wat in de voorronde is besproken, niet de insteek van de raad. In deze nota is dan ook in beperkte mate nieuw beleid terug te vinden, wel geeft het een duidelijk beeld van de gezondheids situatie en het gezondheidsbeleid van Naarden en de speerpunten die er gelden op het terrein van de gezondheidszorg. Hieronder treft u per hoofdstuk de inhoud van deze nota aan.

In hoofdstuk 1 treft u de visie van Naarden op lokaal gezondheidsbeleid aan. Dit is feitelijk de bril waarmee naar gezondheidsbeleid in brede zin wordt gekeken en ook de link met andere beleidsterreinen wordt gezocht. Ook wordt in dit hoofdstuk kort stil gestaan bij het wettelijk kader en dan in het bijzonder de Wcpv. In hoofdstuk 2 treft u een korte weergave aan van de beleidspeerpunten van de GGD, gekozen in samenwerking met de regiogemeenten, op basis van de gezondheidssituatie van de regio, waar Naarden onderdeel van is. Deze speerpunten zijn goedgekeurd door het portefeuillehoudersoverleg Gezondheidszorg en door het college van Naarden en vormen daarmee ook het beleid van Naarden. De speerpunten zijn uitgewerkt in de bijgevoegde regionale nota's Openbare Gezondheidszorg Regionaal beleid Gooi en Vechtstreek 2006-2010 deel 1: volwassenen en ouderen en Openbare Gezondheidszorg Regionaal beleid Gooi

en Vechtstreek 2006-2010 deel 2: jeugd (zie bijlagen 1 en 2). De gemeente Naarden hecht in het bijzonder waarde aan een viertal van deze speerpunten. Deze vier punten zijn ook kort uitgewerkt in de nota. Aansluitend op het regionaal beleid hebben wij voor Naarden ook nog enkele aanvullende speerpunten voor nieuw beleid opgenomen die u ook in dit hoofdstuk aantreft. Tenslotte wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op de evaluatie en in hoofdstuk 4 op de financiën.

# Hoofdstuk 1 Kaders

## Visie op lokaal gezondheidsbeleid

Volgens de World Health Organisation (WHO) is gezondheid 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken'. Het schetst dus geen ideale situatie. Het is dan ook belangrijk dat mensen keuzes kunnen maken die hun gedrag positief beïnvloeden en daarbij invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en dat ze, indien nodig, gepaste, betaalbare zorg ontvangen. Voor de burger zelf is gezondheid vaak geen doel op zich, maar een voorwaarde tot geluk, mobiliteit en werk. Iemand met een handicap of chronische aandoening kan zichzelf best gezond voelen. Deze 'gezondheidsbeleving' wordt ook vaak als maat voor gezondheid genomen. Op bevolkingsniveau wordt de gezondheidstoestand meer gemeten op basis van levensverwachting en het vóórkomen van ziekte, ziekteverzuim en dergelijke.

Deze definitie van gezondheidszorg sluit aan bij de manier waarop Naarden tegen gezondheid aankijkt. In onze visie beperkt het beleid rond gezondheid zich niet tot de voorzieningen in de gezondheidszorg en de financiering hiervan, maar oefent gezondheidsbeleid invloed uit op alle factoren van gezondheid (behalve de biologische factoren). Deze factoren zijn behalve toegang tot het zorgaanbod ook de fysieke- en sociale omgeving en leefstijl van de inwoners van Naarden.

Hieruit blijkt wel dat gezondheid niet alleen te beïnvloeden is via het veld volksgezondheid. Ook maatregelen en gedrag op het terrein van bijvoorbeeld verkeer, veiligheid, ruimtelijke ordening, sociaal beleid, milieu en onderwijs, kunnen impliciet de gezondheid beïnvloeden. Gezondheid komt ook in meer of mindere mate om de hoek kijken bij de nog in ontwikkeling zijnde nota Jeugd en Onderwijs, de nota Wmo en de nota Sport. Echter voor inhoudelijke informatie hierover verwijzen we naar betreffende nota's.

Gezondheidsbeleid is dan ook per definitie integraal beleid. Samenwerking staat hierbij centraal: binnen de gemeente, tussen gemeenten en met regionale instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties en financiers. Naast uitvoerder van gezondheidsbeleid werpt de gemeente zich, indien noodzakelijk, zo steeds meer op als regisseur van gezondheidsbeleid. In die functie bevordert de gemeente verschillende vormen van zorg en de afstemming daartussen. Dit uit zich in de rol die de gemeente heeft in het WWZ- overleg en de verschillende regionale overleggen zoals Platform Jeugd en het Madi-overleg en de rol die de gemeente heeft in het kader van de Wmo.

## Wettelijke kaders

De gemeente heeft op grond van een aantal wetten een verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de burgers. Sommige wetten geven gemeenten een algemene verantwoordelijkheid, een soort morele verplichting om zich te bemoeien met de gezondheid van burgers. Andere wetten geven een omschrijving van specifieke, nader omschreven uitvoerende verantwoordelijkheden. Uit de combinatie van algemene en specifieke verantwoordelijkheden vloeien verschillende taken voort. Een viertal wetten vormt de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de burgers: de Grondwet, de Wcpv, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Wet op de Jeugdzorg. Deze nota komt tot stand als uitvloeisel van de uitvoering van de Wcpv. De Wcpv wordt hierna ook kort toegelicht. Een toelichting op de andere hiervoor genoemde wetten en de relatie tot het beleid voortkomend uit de Wcpv treft u aan in bijlage 3

## **Wcpv**

De Wcpv is een belangrijke wet op grond waarvan gemeenten een aantal taken hebben op het gebied van gezondheidsbeleid. De Wcpv maakt de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van collectief-preventieve taken. De gemeente moet daarbij zorgdragen voor continuïteit, samenhang en afstemming, binnen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg. Zij stemt de collectieve preventie natuurlijk ook af met het gemeentelijk beleid op andere terreinen. Verder werkt zij samen met andere organisaties. Samenwerking over de grenzen van de verschillende deelterreinen van de gemeentelijke gezondheidszorg en sociale zorg vormt de kern van de Wcpv. Daarnaast wijst de Wcpv expliciet taken aan die de gemeente zelf moet uitvoeren: infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg.

De Wcpv verplicht de gemeente om voor Wcpv-taken een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden met voldoende deskundigheid om die taken te behartigen.

Uit de Wet Collectieve Preventie Gezondheidszorg vloeit een aantal taken voort:

- het verzamelen en analyseren van gegevens omtrent de gezondheidssituatie van de bevolking;
- het bijdragen aan de opzet en uitvoering van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting- en opvoeding;
- het bevorderen van medisch-milieukundige zorg: bijvoorbeeld het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's bij (dreiging van) rampen, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;
- het bevorderen van technische hygiënezorg: bijvoorbeeld het adviseren van instellingen als kindercentra en basisscholen op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten, met het oog op de verkleining van gezondheidsrisico's
- de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg;
- het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg: het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
- de uitvoering van de infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, tuberculosebestrijding, en het geven van voorlichting hierover;
- uitvoering van de jeugdgezondheidszorg voor de groep 0 tot 19-jarigen: monitoring en signalering, vaccinatie en voorlichting.

### De Gewestelijke Gezondheidsdienst Gooi en Vechtstreek (GGD)

Zoals hierboven vermeld, verplicht de Wcpv gemeenten om een gezondheidsdienst te faciliteren om de wettelijke taken op het gebied van de algemene gezondheidszorg en de jeugdgezondheidszorg uit te voeren. De Gewestelijke Gezondheidsdienst Gooi en Vechtstreek is het uitvoeringorgaan van de regio gemeenten Gooi en Vechtstreek, waaronder de gemeente Naarden.

De aansturing van de GGD vindt plaats via het algemeen en dagelijks bestuur van het Gewest en via het portefeuillehoudersoverleg Gezondheidszorg. Via dit portefeuillehoudersoverleg gezondheidszorg (PHOGZ) hebben de wethouders van de individuele gemeenten invloed op het gezondheidsbeleid. Het portefeuillehoudersoverleg is een onderdeel van het Gewest Gooi en Vechtstreek. Dit gewest is een samenwerkingsverband op basis van een gemeenschappelijke

regeling in de regio Gooi en Vechtstreek. Deze regeling, op basis van de Wet gemeenschappelijke regelingen, vormt het wettelijk kader om vanuit te opereren. De gemeenschappelijke regeling Gewest Gooi en Vechtstreek is vastgesteld door de gemeenteraden van de afzonderlijke gemeenten, voor het eerst in 1974 en in 1986 aangepast aan de nieuwe Wet gemeenschappelijke regelingen.

Behalve via de bestuurlijk gemeentelijke vertegenwoordiging in het portefeuillehoudersoverleg, zijn de regiogemeenten ook bestuurlijk in het algemeen bestuur van het gewest vertegenwoordigd via een bepaalde verdeelsleutel (1 afgevaardigde per 10.000 inwoners met een minimum van 2 afgevaardigden). Op deze manier bepaalt ook Naarden het beleid dat in regionaal verband wordt uitgevoerd. De (beleids)stukken die in het PHOGZ worden vastgesteld, zijn in een eerder stadium vastgesteld door de individuele colleges van de regio gemeenten, zo ook in Naarden. De afgevaardigde wethouder vertegenwoordigt het standpunt van de betreffende gemeente. Het sturingmechanisme van de gemeenteraad is de jaarlijkse begroting- rekeningcyclus van het Gewest met als onderdeel daarbinnen de begroting van de GGD. Tijdens de behandeling van hiervan komen aan de hand van deze begroting ook de beleidsthema's aan de orde. Een uitgebreide beschrijving van de taken van de GGD is te vinden in regionale beleidsnota's van de GGD: *Openbare Gezondheidszorg Regionaal beleid Gooi en Vechtstreek 2006-2010 deel 1: volwassenen en ouderen en deel 2: jeugd.* (als bijlagen bijgevoegd):

## **Rijksbeleid**

Ingevolge artikel 7 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) stelt de minister van VWS met ingang van 2002 elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast in de vorm van een beleidsnota. In oktober 2003 bracht de minister van VWS de eerste preventienota 'Langer gezond leven' uit. Veel gemeenten hebben in aansluiting hierop lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd en uitgevoerd. In het najaar van 2006 is de tweede rijksnota verschenen 'Kiezen voor gezond leven'. VWS verwacht van de gemeente dat zij de speerpunten uit deze nota overneemt. De aangegeven prioriteiten vloeien voort uit de gegevens over de gezondheid van de Nederlandse bevolking (Zorg voor gezondheid, VTV 2006, RIVM),

## **Regionaal beleid**

Het regionale gezondheidsbeleid geeft aan welke gezondheidsonderwerpen aandacht vragen op basis van de landelijke en de regionale gezondheidssituatie. Bij de aanpak van regionaal beleid wordt gestreefd naar een integrale aanpak waarbij verschillende sectoren worden betrokken en waarbij sprake is van een combinatie van voorlichting, facilitering, wet- en regelgeving, enzovoort. In de Gooi en Vechtstreek wordt de aanpak van een gezondheidsprobleem door GGD, gemeenten en collega-instellingen gezamenlijk uitgewerkt. Hierdoor ontstaat een verbinding tussen verschillende beleidsterreinen enerzijds en tussen het regionale en lokale niveau anderzijds. Juist door deze onderwerpen in samenwerking met de gemeenten in de regio aan te pakken, ontstaat een krachtige benadering, dan wanneer elke gemeente dat afzonderlijk zou doen. Vanuit dit oogpunt heeft de GGD een tweetal regionale notities Openbare Gezondheidszorg geschreven. Naarden onderschrijft de regionale notities. Deze twee regionale nota's verschaffen daarmee de kapstok voor de lokale nota gezondheidsbeleid van Naarden. Het gaat hier ten eerste om de GGD notitie: *Openbare Gezondheidszorg Regionaal beleid Gooi en Vechtstreek 2006-2010 deel 1: volwassenen en ouderen.* Deze notitie is via de afzonderlijke colleges vastgesteld in het portefeuillehoudersoverleg van 11 mei 2006. De tweede GGD notitie is: *Openbare*



*Gezondheidszorg Regionaal beleid Gooi en Vechtstreek 2006-2010 deel 2: jeugd.* Deze notitie is via de afzonderlijke colleges vastgesteld in het portefeuillehoudersoverleg van 23 november 2006.

## Hoofdstuk 2 uitgangspunten gemeente Naarden

De uitgangspunten voor het lokaal gezondheidsbeleid worden gevormd door de gezondheidssituatie van de gemeente Naarden (zie bijlage 4: gezondheidssituatie Naarden) en de speerpunten van de tweede rijksnota. Op basis van deze twee informatiebronnen heeft de GGD de regionale speerpunten ontwikkeld. Voor Naarden geldt dat wij onder andere op basis van deze speerpunten ook de belangrijkste uitgangspunten voor het lokaal gezondheidsbeleid kiezen. In dit hoofdstuk worden eerst de speerpunten van de tweede rijksnota weergegeven. Vervolgens zijn de regionale speerpunten, zoals uitgewerkt door de GGD, weergegeven. Naarden hecht in het bijzonder waarde aan enkele van deze speerpunten. De keuze voor deze speerpunten is mede tot stand gekomen op basis van de voorronde van de Naardense gemeenteraad van 22 mei 2007. De speerpunten worden kort toegelicht. De gemeente Naarden zal de uitvoering van deze speerpunten door de GGD nauwlettend volgen. Tenslotte zijn er nog enkele aanvullingen op het lokaal gezondheidsbeleid, die ook in dit hoofdstuk worden uitgewerkt.

### Speerpunten van de tweede rijksnota

Het rijksbeleid voor de komende vier jaar is vastgelegd in een aantal speerpunten. Deze speerpunten hebben elk een andere 'historie' in het preventiebeleid. Voor de meer klassieke preventiethema's zijn uitgewerkte en gekwantificeerde doelstellingen gegeven, voor een relatief nieuw speerpunt als depressie is dat minder eenvoudig. De landelijke doelstellingen per speerpunt zijn:

- *Roken*: in 2010 zijn er nog 20 procent rokers (nu: 28 procent);
- *Schadelijk alcoholgebruik*: het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992; minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.
- *Overgewicht*: het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005); het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).
- *Diabetes*: het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen; daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.
- *Depressie*: meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

De eerste rijksnota 'Langer gezond leven' richtte zich op de ziekten die met leefstijl te maken hebben en risicofactoren die leiden tot een grote ziektelast. De nota bepleitte maatregelen in de wijk, op het werk, in de zorg en op school met betrekking tot drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. Langer gezond leven moest vooral onderwerpen agenderen en heeft ook zo gewerkt. De meeste aangekondigde beleidsvoornemens zijn uitgevoerd. Het voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht (voeding en bewegen) levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. Daarom zijn deze leefstijlfactoren speerpunt in de tweede rijksnota. Naast de drie leefstijlfactoren worden in de nota ook twee ziekten tot speerpunt benoemd: diabetes en depressie. Diabetes is deels erfelijk bepaald (type 1) of een verouderingsziekte (type 2), maar het al op jonge leeftijd ontwikkelen van diabetes type 2 kan voor een aanzienlijk deel voorkómen worden met een gezonde leefstijl. Ook

vroegsignalering en goede ketenzorg leveren gezondheidswinst op. Deze aanpak op het grensvlak van preventie en zorg is daarmee een voorbeeld voor andere chronische ziekten. Depressie is één van de belangrijkste psychische stoornissen waar met preventie gezondheidswinst te boeken is. Mensen met een depressie roken en drinken relatief vaak en zijn vaker te zwaar. Ook bij depressie kan vroegsignalering en tijdige interventie een flink deel van de ziektelast voorkómen.

## **Speerpunten van het regionale beleid**

Bij de keuze van de regionale speerpunten is gekeken naar de omvang en ernst van de problemen, of het probleem landelijk als prioriteit is aangewerkt, of het beïnvloedbaar is, of het burgers aanspreekt en of preventieve inzet ook kostenbesparend zou kunnen werken. In samenspraak met gemeenten en ketenpartners, zoals Symfora, Jellinek, Versa en de Ter Gooi ziekenhuizen, zijn de volgende inhoudelijke speerpunten regionaal vastgesteld: Voor een uitgebreide beschrijving verwijzen we naar de regionale notitie. (zie bijlage 1 deel 1: Volwassenen en Ouderen en bijlage 2: Jeugd)

Met betrekking tot volwassenen en ouderen:

1. Vitaal ouder worden:
  - a. Preventie eenzaamheid en depressie
  - b. Valpreventie
2. Versterking OGGZ
3. Preventieve diabetes

Met betrekking tot jeugd:

4. Riskant genotmiddelengebruik (accent op alcohol, aandacht voor roken)
5. Overgewicht bewegingsarmoede
6. Pesten
7. Psychosociale problemen

Deze speerpunten zijn goedgekeurd door het portefeuillehoudersoverleg Gezondheidszorg en door het college van Naarden en vormen daarmee ook het beleid van Naarden. De GGD stelt per speerpunt een projectplan op.

## **Aandachtspunten Naarden binnen speerpunten regionaal beleid**

Op basis van de gezondheidssituatie in Naarden en de voorronde van de gemeenteraad op 22 mei 2007 over lokaal gezondheidsbeleid vindt Naarden dat 4 van de 7 regionale speerpunten in het bijzonder aandacht verdienen. De gemeente zal dan ook extra aandacht hebben voor de uitvoering van deze speerpunten door de GGD. Waar mogelijk zal de gemeente ook een actieve rol vervullen bijvoorbeeld bij de organisatie van voorlichtingsavonden.

### **Preventie diabetes**

Diabetes type 2 komt steeds vaker en op steeds jongere leeftijd voor. Inmiddels hebben ruim 500.000 mensen in Nederland deze ernstige chronische aandoening. Daarnaast zijn er 150.000 tot 250.000 mensen met 'onbekende diabetes', bij wie de ziekte nog niet is gediagnosticeerd. Bovendien zijn er zo'n 750.000 mensen die, gezien de aanwezigheid van een combinatie van risicofactoren, een hoog risico lopen om op korte termijn diabetes type 2 te ontwikkelen. Een verhoogd risico op het krijgen van diabetes hebben mensen tussen 45 – 70 jaar met

overgewicht, mensen met een lage SES (sociaal economische status) en enkele allochtone groepen (Turken, Marokkanen en Hindoestanen). Preventie van diabetes is een speerpunt voor het ministerie van VWS en een aantal landelijke organisaties hebben eind 2005 een intentieverklaring ondertekend voor de gezamenlijke aanpak van dit probleem.

In 2006 is een landelijke campagne gestart, gericht op opsporing en preventie van diabetes. Ook zijn er landelijk voorlichtingsmaterialen, draaiboeken en interventies ontwikkeld.

In de regio Gooi en Vechtstreek wordt vanuit de eerstelijns – en specifiek vanuit de Thuiszorg – en de ziekenhuizen aandacht geschonken aan voorlichting en behandeling bij diabetes. Een verbreding van de keten van interventies, met name ook op het terrein van vroegsignalering van risicogroepen in combinatie met leefstijlprogramma's is echter wenselijk.

GGD heeft aangegeven de ontwikkelingen vanuit de landelijke campagne actief te volgen. In 2008-2009 zal in overleg met andere betrokken partijen gezocht worden naar financieringsmogelijkheden om de aanpak van preventie van diabetes verder vorm te geven.

### **Risikant genotmiddelen gebruik**

Uit landelijke cijfers, en regionale cijfers blijkt het alcoholgebruik door de jeugd relatief hoog en veelvuldig (te jong, te vaak, te veel). Alcoholgebruik, zeker voor jongeren onder de 16 jaar, brengt verschillende gezondheidsrisico's en maatschappelijke problemen met zich mee, zowel op korte als op lange termijn. Voorbeelden zijn verkeersongelukken, agressie, ongeplande zwangerschappen, vergrote kans op hersenschade en verhoogde kans op alcoholverslaving op latere leeftijd.

Het project heeft als doel alcoholmatiging van jongeren integraal aan te pakken. Dit houdt in dat er in settings waar jongeren regelmatig zijn - thuis, school, sportvereniging, uitgaansgelegenheden - activiteiten plaatsvinden. Hierbij worden zowel jongeren als volwassenen (onder andere ouders, docenten, sportkantinemedewerkers, barmedewerkers, politieagenten, beleidsmedewerkers, wethouders) aangesproken op hun verantwoordelijkheid. De kracht van het project ligt in de brede aanpak. Ook de combinatie van regelgeving, handhaving en voorlichting is belangrijk voor een effectieve aanpak.

### **Overgewicht: 'Project In Beweging'**

Overgewicht is een van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland van dit moment. Hier is Naarden geen uitzondering in. Het percentage overgewicht op de leeftijd van 11 jaar is 0,8%. Het percentage overgewicht op de leeftijd van ongeveer 13 jaar is 7,4 %. Dat is in twee levensjaren een enorme steiging.

Overgewicht kan ernstige gevolgen hebben voor iemands gezondheid. Bijna de helft van de inwoners van de regio lijdt in meer of mindere mate aan overgewicht. Als we daar niet op gaan letten, is dit percentage over twintig jaar verdubbeld. Dit is dan ook de aanleiding om hier aandacht aan te besteden in het Lokaal Gezondheidsbeleid Naarden. Het accent ligt primair op de jeugd en hun opvoeders, immers bij de jeugd is de meeste gezondheidswinst te behalen. Het streven is om met inzet van beperkte middelen een zo groot mogelijk resultaat te behalen. Daar waar mogelijk zetten we in op regionale samenwerking. Een nadere uitwerking van dit thema vindt plaats in de nota's jeugd en onderwijs en de sportnota.

### **Psychosociale problemen bij jongeren**

Uit landelijke en regionale onderzoeksgegevens blijkt dat psychosociale problematiek van kinderen en jongeren veel voorkomt. Dit is niet nieuw en ook de afgelopen jaren vormde de preventie van

psychosociale problemen een belangrijk aandachtspunt. Ook voor dit thema is dus sprake van beleid dat verder ontwikkeld wordt. Tegelijkertijd is psycho-sociale problematiek een verzamelnaam voor een breed scala aan problemen, dat zich op zeer verschillende manieren manifesteert. Zo is in EMOVO (2006) gevraagd naar zenuwachtigheid, onrustige gevoelens, neerslachtigheid, zich ongelukkig voelen en in de put zitten. Zodoende weten we dat meisjes vaker in de categorie 'psychisch ongezond' vallen dan jongens (21% versus 10%) en vmbo-leerlingen vaker dan havo/vwoleerlingen (20% versus 13%). Het verschil tussen meisjes en jongens is beduidend groter dan het verschil tussen lager en hoger middelbaar onderwijs. Eenzelfde verschil in sekse is te zien bij mishandeling en suïcidegedachten, echter niet bij het onderwerp pesten. Verder is regelmatig sprake van een relatie met de gezins- en opvoedingssituatie. Juist daarom vraagt het thema preventie van psychosociale problematiek om een brede aanpak, waarin met name de voorwaarden gerealiseerd worden voor een tijdige signalering van dreigende problemen en het waarborgen van een adequate opvolging van een signaal.

### **Lokale aanvullingen op het gezondheidsbeleid**

Het uitvoeren van gezondheidsbeleid vraagt om het maken van keuzes. Het is niet reëel aan te nemen dat Naarden aan alle mogelijke onderwerpen op het terrein van de preventieve gezondheidszorg extra aandacht kan besteden. Zoals al in hoofdstuk 1 is aangegeven, wil Naarden voortbouwen op de ingeslagen weg en daarbij zo veel mogelijk aansluiten bij de landelijke en regionale speerpunten. Samenwerking met buurgemeenten of met andere gemeenten is zowel om inhoudelijke redenen als om redenen van efficiency noodzakelijk. Naarden oriënteert zich hierbij vooral op de gemeente Bussum, Muiden en Weesp.

Er is weinig gemeentelijk beleid dat niet op de één of andere manier een bijdrage levert aan de gezondheid van burgers. Lokaal beleid waarbij gezondheid een nevendoeel is of een impliciet doel, zoals het beleid op het terrein van huisvesting, verkeer en groenbeheer, milieu, komt in andere nota's en besluiten aan de orde en laten wij hier buiten beschouwing. Hierna besteden wij aandacht aan beleid dat meer specifiek voor Naarden is als aanvulling op het reguliere gezondheidsbeleid.

Het betreft:

- Jeugdzorg: Centrum voor Jeugd en Gezin
- Eerstelijnszorg Bussum-Naarden: een visie op eerstelijnszorg

### **Jeugdzorg: Centrum voor Jeugd en Gezin**

De minister voor Jeugd en Gezin adviseert om de taken op het gebied van opvoeding en preventieve gezondheidszorg te bundelen in een laagdrempelig eerstelijnscentrum voor alle jeugdigen en ouders: een CJG in de directe nabijheid. Het CJG richt zich op kinderen in leeftijd van min 9 maanden tot 23 jaar en hun ouders/opvoeders. Het CJG wordt naast de reguliere taken op het terrein van de jeugdgezondheidszorg, verantwoordelijk voor alle gemeentelijke taken uit de wet op de jeugdzorg: informatie, signalering, toeleiding tot hulp, lichte hulpverlening, en zorgcoördinatie. Dit komt neer op:

- Preventieve gezondheidszorg: advies en informatie, screening, risicotaxatie,
- Opvoedingsondersteuning: licht ambulante hulp, opvoedcursussen, gezinsondersteuning, schoolmaatschappelijk werk,
- Bescherming: consultatie, meldpunt en screening kindermishandeling, nazorg gestrafte jongeren,
- Informatie: beheer van het elektronisch kinddossier met verwijsindex. Van elke jeugdige in het werkgebied worden gegevens vastgelegd in dit dossier,

- Indicatiestelling: geïntegreerde indicatiestelling voor onderwijs, vervoer, jeugdzorg en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten),
- Toeleiding: warme overdracht naar vormen van gespecialiseerde zorg en /of speciaal onderwijs,
- Signalering en zorgcoördinatie: flexibel casusoverleg als signalen over problemen van een kind daar aanleiding toe geven (casusoverleg op afroep, centraal meldpunt); aansturing zorgstructuur rondom het onderwijs (in brede scholen),
- Deskundigheidsbevordering.

De belangrijkste reden voor deze bundeling van krachten is dat de toegankelijkheid van de zorg voor ouders/opvoeders wordt bevorderd, dat er sprake is van integrale kennis over situatie kind/gezin, dat indicatiestelling veel sneller kan plaatsvinden en dat het aantal overdrachtmomenten tussen instellingen vermindert. Een belangrijke bijdrage in de informatieontsluiting wordt gevormd door het Elektronisch Kinddossier EKD en de Verwijsindex.

De regiogemeenten zullen samen met de betrokken partijen bij jeugdbeleid en jeugdzorg de komende periode richting geven aan het opzetten van een CJG. Hierbij wordt in overweging genomen de JGZ 0-19 jaar, de verloskundigen en kraamverzorgenden (vanaf - 9 maanden), Bureau jeugdzorg, onderwijsinstellingen en alle overige instellingen betrokken bij opvoedingsondersteuning en bemoeizorg (o.a. Centraal Meldpunt) samen te laten werken. Ofwel in een fysieke eenheid ofwel in organisatorisch verband. Er is daarbij een directe lijn naar alle signaleringsnetwerken (zorgadviesteams van het voortgezet onderwijs en basis onderwijs, alsmede buurtsignaleringsnetwerken).

De verdere inhoudelijke ontwikkeling over de in te slagen richting voor CJG's moet nog plaats vinden. Hiervoor is onder de regie van het regionale platform jeugd een subsidie aangevraagd bij de provincie Noord-Holland (de aangevraagde subsidie is inmiddels toegekend) en er is een werkgroep in het leven geroepen. Op dit moment is er nog geen verdere tijdsplanning bekend.

Naarden hecht veel belang aan de totstandkoming van een CJG. Er is veel behoefte aan opvoedingsondersteuning (zie ook bijlage 4: gezondheidssituatie Naarden). Het CJG moet een herkenbaar en laagdrempelig eerstelijnscentrum worden waar opvoeders dan ook makkelijk terecht komen. Bovendien streeft Naarden er naar dat met het centrum voor Jeugd en Gezien ook zoveel mogelijk de afstemmingsproblematiek in de keten voor hulp aan en begeleiding van jongeren wordt opgelost. Naarden zal dan ook een actieve bijdrage leveren in het platform jeugd dat zich bezig gaat houden met de verdere uitwerking van de CJG's.

## **Eerstelijnszorg Bussum en Naarden**

### *Samenwerking in de eerstelijns zorg*

De gemeenten Bussum en Naarden voeren sinds 2002 beleid op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg waarbij het oppakken van de regierol een belangrijk sturingsinstrument is. De aanleiding was de zorg voor de continuïteit van de eerstelijnszorg. De gemeente heeft echter voor het realiseren van deze regierol op het terrein van de eerstelijnszorg weinig sturingsmiddelen. De gemeente heeft geen zeggenschap over de eerstelijns en beschikt niet over structurele financiële middelen om partijen tot samenwerking te bewegen. De gemeente kan echter wel – namens haar burgers - een visie op het terrein van de eerstelijnszorg voorstellen en deze als uitgangspunt kiezen voor het stimuleren en faciliteren van de ontwikkelingen die binnen dat algemene kader vallen.

Met name huisartsen gaven aan niet gerust te zijn op de opvolging. Om deze opvolging te waarborgen willen beide gemeenten inzetten op het stimuleren en faciliteren van samenwerkingsverbanden tussen eerstelijnszorgverleners. Samenwerking binnen de eerstelijns (maar ook tussen eerstelijns en tweede lijn en tussen eerstelijns en instellingen die actief zijn in de preventieve sfeer) heeft volgens de gemeenten Bussum en Naarden de volgende gevolgen: het komt zowel de kwaliteit van de zorgverlening als de continuïteit ten goede en het waarborgt de nabijheid en beschikbaarheid het beste. Bussum en Naarden ondersteunen de tendens om te komen tot een wijkgerichte geïntegreerde eerstelijnszorg en richten hun beleidsinspanning op de realisatie hiervan. Dit beleid past bij de landelijke trend.

De voorkeur voor een wijkgerichte geïntegreerde gezondheidszorg van de gemeenten Naarden en Bussum is op 1 juni 2006 voorgelegd aan de betrokken eerstelijns zorgverleners. Uitkomst hiervan is dat de betrokkenen de richting van de gemeenten in grote lijnen onderschrijven, maar aangeven dat wat hen betreft ook andere wijze van organiseren van de eerstelijnszorg waardevol zijn en een kans moeten krijgen.

#### Meerdere opties

Op grond van de opmerkingen van de betrokken eerstelijns zorgverleners hebben beide gemeenten meerdere opties onderscheiden (zie bijlage 5). Vervolgens zijn deze opties gerangschikt naar de mate waarin voldaan kan worden aan drie criteria: *continuïteit, kwaliteit en nabijheid*. *Continuïteit* duidt daarbij op het voortduren in de tijd van eerstelijnszorgvoorzieningen, zodanig dat inwoners in voldoende mate de beschikking hebben over eerstelijnsgezondheidszorg voorzieningen. Cruciaal is hierbij de wijze waarop opvolging geregeld wordt. *Kwaliteit* duidt op de mate waarin de zorgverlening voldoet aan hiertoe geëigende kwaliteitsnormen. *Nabijheid* heeft betrekking op de afstand die burgers moeten afleggen om eerstelijns zorgverlening te bereiken. Dit criterium stelt dat de voorzieningen in de gemeente evenwichtig verspreid dienen te zijn.

#### Visie Naarden en Bussum

De eerstelijnszorg krijgt in toenemende mate te maken met een toename van de zorgbehoefte, het complexer worden van de zorgvraag, met dreigende capaciteitstekorten en hogere eisen aan het zorgaanbod. Het gezondheidscentrum wordt door zowel verschillende beroepsorganisaties, de zorgverzekeraar, als de landelijke overheid als de meest veelbelovende optie gezien om een toekomstbestendige eerstelijnszorg te genereren. Naarden en Bussum onderschrijven deze visie en zien het realiseren van een situatie op de behoeften van de burger geïntegreerd, nabije en toegankelijke gezondheidscentra als een richtinggevend ideaal. Naarden en Bussum zullen daarom ontwikkelingen stimuleren die in de richting gaan van de ontwikkeling van dergelijke centra. Bussum en Naarden als kleine, redelijk homogene gemeenten, zullen echter ook uit de voeten kunnen met een situatie van goed samenwerkende beroepsgroepen die vanuit één gebouw zorg verlenen (optie 3 in de bijlage). Binnen deze optie wordt de zorgverlening niet expliciet gericht op de behoeften in de wijk, omdat het om een bundeling van het type zorg gaat (bijvoorbeeld een groep verloskundigen, zij richten zich op een bredere doelgroep dan alleen de bewoners van de wijk waarin het gebouw gevestigd is). In kleine gemeenten, die bovendien geen wijken kennen met een populatie met specifieke zorgbehoeften, is dit geen groot probleem.

Al met al zullen de gemeenten Naarden en Bussum samenwerkingsverbanden in de eerstelijns stimuleren waarbij de eerste voorkeur uitgaat naar integrale gezondheidscentra, die verspreid zijn over Bussum en Naarden. Initiatieven vanuit de beroepsgroepen die passen binnen deze optie worden door de gemeente dan ook gericht ondersteund. Zoals al aangegeven zullen Naarden en Bussum echter niet op voorhand initiatieven afwijzen, ook al vallen deze buiten bovengenoemde opties. Bij het beoordelen van initiatieven zal steeds bezien worden of daarmee een verbetering optreedt ten aanzien van de *continuïteit, kwaliteit en nabijheid* van de zorg.

De ondersteuning van de gemeenten neemt de vorm aan van actief meedenken en zo mogelijk meehelpen in het proces dat moet leiden tot een werkend samenwerkingsverband. Daarnaast kunnen de gemeenten initiatieven vanuit beroepsgroepen als het gaat om vergunningen ter wille zijn. Bijvoorbeeld door medewerking verlenen aan de vrijstelling van het bestemmingsplan, zodat bestaande gebouwen nieuwe functies kunnen krijgen of geschikt gemaakt kunnen worden voor de eerstelijnszorg of door in een bestemmingsplan ruimte voor eerstelijnszorg op te nemen.

#### *Naarden en Bussum en de eerstelijns: een platform voor bespreking en afstemming van beleid en uitvoering*

Zoals al eerder is aangegeven, zijn sturingsmogelijkheden van de gemeenten ten aanzien van de eerstelijns beperkt. Met het neerzetten van een visie op de eerstelijnszorg, bieden Naarden en Bussum vooral een open uitnodiging aan beroepsgroepen voor het aangaan van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns. De gemeenten hanteren de visie verder als basis voor het gericht stimuleren en zo mogelijk faciliteren van gewenste ontwikkelingen in de eerstelijns.

Het vervolg dat gegeven zal worden aan deze stap is in ieder geval dat jaarlijks een moment van overleg tussen de gemeenten en alle eerstelijnszorgverleners wordt georganiseerd. Tijdens dat overleg zal de bespreking en afstemming van beleid en uitvoering ter sprake komen, maar ook nieuwe agendapunten. Zo'n nieuw punt zal in ieder geval zijn de relatie tussen eerstelijnszorg ('cure') en ondersteunende voorzieningen voor burgers ('care'), die met de invoering van de Wmo steeds meer een verantwoordelijkheid van de gemeente wordt.



## **Hoofdstuk 3 Evaluatie**

Van belang is na te gaan of de voorgestelde maatregelen ook effect hebben, met de kanttekening dat niet altijd de effecten van de determinanten van het gezondheidsbeleid kwantitatief meetbaar zijn. Gezondheidseffecten zijn meestal pas op de lange termijn zichtbaar. De gemeente continueert haar beleid om halfjaarlijks de samenwerking tussen gemeente Naarden en GGD te bespreken. Op basis van de projectplannen per onderwerp levert de GGD tenminste eenmaal per jaar voortgangsgegevens aan. Dit kan leiden tot een bijstelling van de projectplannen. De uitkomsten hiervan gaan ter kennisname naar de gemeenteraad.

## Hoofdstuk 4 Financiën

Uitgangspunt bij de activiteiten die voortvloeien uit deze notitie is vooralsnog zoveel mogelijk aan te sluiten bij al lopende – plaatselijke dan wel regionale – initiatieven. Waar mogelijk zal worden meegelift met landelijke PR campagnes en gebruik worden gemaakt van de financiële middelen van de rijksoverheid en/of de provincie.

De activiteiten voor 2007 en 2008 zijn budgettair neutraal beschreven binnen de kaders van bestaand beleid. Dekking van de voorgestelde maatregelen kan daarnaast bereikt worden door:

- implementatie binnen bestaande budgetten;
- door verschuivingen binnen de bestaande budgetten, waarbij steeds duidelijk zal moeten worden afgewogen wat daarvan de consequenties zijn;
- door samenwerking met betrokken partners en cofinanciering;
- door in de subsidieverstrekking hiervoor inspanningen van de subsidiënt te vragen;

De GGD geeft aan dat de uitvoering van de meeste van haar speerpunten passen binnen de bestaande begroting van de GGD. Deze speerpunten zullen derhalve budgettair neutraal uitgevoerd kunnen worden. Daarnaast dient voor een aantal speerpunten nog financiële dekking te worden gevonden, waarbij aansluiting bij Wmo-kaders en/of dekking via de zorgverzekeraars wellicht mogelijkheden biedt. Voor deze onderdelen geldt dat hiervoor in een later stadium uitgewerkte plannen zullen worden gelegd, met separate dekkingsvoorstellen. Daarbij zal ook aan de gemeente bijdragen gevraagd worden. Het betreft hier met name de speerpunten 'Vitaal ouder' worden, 'Preventie van diabetes' en EKD (elektronisch kinddossier). Verwacht wordt dat hierover in de loop van 2008 meer duidelijkheid zal zijn. Duidelijkheid over de omvang van de benodigde bedragen is er bij het opstellen van deze notitie nog niet.

**Bijlage 1: Regionale nota Openbare Gezondheidszorg  
Regionaal beleid Gooi en Vechtstreek 2006-2010, deel 1:  
Volwassenen en Ouderen.**

**Bijlage 2: Regionale nota Openbare Gezondheidszorg  
Regionaal beleid Gooi en Vechtstreek 2006-2010, deel 2:  
Jeugd.**

## Bijlage 3: Aanpalende wet- en regelgeving

### Grondwet

De grondwet benoemt de algemene verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de burgers.

### Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden. De Wmo zorgt ervoor dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en mee doen in de samenleving. De Wmo regelt ondermeer dat mensen die zelf geen hulp kunnen regelen, ondersteuning krijgen. Het streven is dat de cliënt maar één keer hetzelfde ‘verhaal’ hoeft te vertellen. Het gaat om voorzieningen als hulp bij het huishouden, rolstoelen, woningaanpassingen, maar bijvoorbeeld ook om een maaltijdservice. De gemeente zorgt via de Wmo voor afstemming met en tussen organisaties op het gebied van wonen, welzijn, inkomensondersteuning en zorg. Tot 1 januari 2007 waren er verschillende wetten die het mogelijk maakten dat mensen zelfstandig konden blijven meedoen in de samenleving. Dat waren de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), de Welzijnswet en een onderdeel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Nu is dit alles dus samengebracht in de Wmo. De grootste verandering tot nu toe is dat de hulp bij het huishouden bij de gemeente aangevraagd moet worden.

#### De negen prestatievelden uit de WMO

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren die problemen hebben met opgroeien en aan ouders met opvoedproblemen;
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
7. maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.

Bron: Regionale beleidsnota GGD: Openbare Gezondheidszorg Regionaal beleid Gooi en Vechtstreek 2006-2010

Net als in de Wcpv is in de Wmo een notaverplichting opgenomen:

‘De gemeenteraad stelt een of meer plannen vast, die richting geven aan de door de gemeenteraad en het college van b&w te nemen beslissingen betreffende maatschappelijke ondersteuning. Het plan wordt ten hoogste voor vier jaar vastgesteld en dient de hoofdzaken van het door de gemeente te voeren beleid betreffende maatschappelijke ondersteuning te bevatten’.

### **Raakvlakken Wcpv en Wmo**

Kern is dat de gemeente zelf mag bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseert. Hiermee maken we meteen een aantal raakvlakken duidelijk tussen prestatievelden uit de Wmo en taken uit de Wcpv:

- de uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg (Wcpv) en prestatieveld 2 van de Wmo: op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
- gezondheidsvoorlichting (Wcpv) en prestatieveld 3 (Wmo): het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (lokale loketten);
- epidemiologisch onderzoek (Wcpv) levert belangrijke beleidsinformatie op, ook voor de uitvoering van de Wmo;
- bevorderen van afstemming tussen preventie en (curatieve) gezondheidszorg (Wcpv) en de prestatievelden 5 en 6 van de Wmo (zie bijv. de relatie tussen de collectieve GGZ-preventie van de Wmo en de taak vanuit de Wcpv om bij te dragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's).

Het bieden van psychosociale hulp bij rampen wordt niet in de Wmo ondergebracht. Dit desbetreffende deelgebied is daarom expliciet uitgezonderd van het begrip openbare geestelijke gezondheidszorg in de Wmo en blijft vallen onder de Wcpv.

Voor de periode 2007-2011 stellen we zowel een nota Lokaal Gezondheidsbeleid als een beleidsplan Wmo vast. Dit, omdat het beleid voor de Wmo nog niet op alle onderdelen is uitgewerkt. Voor de periode na 2010 zullen we de mogelijkheden onderzoeken voor een gecombineerde nota Wmo/Wcpv.

### **Wet op de Jeugdzorg**

De Wet op de Jeugdzorg is in 2005 in werking getreden en heeft de wet op de jeugdhulpverlening vervangen. De Wet op de jeugdzorg moet de samenhang en toegankelijkheid van de jeugdzorg verbeteren. Dit komt overeen met prestatieveld twee van de Wmo.

Op grond van de Wet op de Jeugdzorg heeft de gemeente taken op 5 functies:

- Informatieverstrekking (bijvoorbeeld informatiepunt over opvoeden);
- Signalering (van vragen van jongeren en opvoeders over voorzieningen als bijvoorbeeld onderwijs en jongerenwerk);
- Toegankelijkheid creëren tot het hulpaanbod;
- Pedagogische hulpverlening (kortdurende begeleiding van jeugdigen; gezinsondersteuning; coaching jongeren);
- Coördinatie van de diverse voorzieningen / gemeentelijke regiefunctie.

### **Overige wetgeving**

Behalve taken op het gebied van preventie, hebben gemeenten ook de verantwoordelijkheid voor de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). In de Wet GHOR is de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen geregeld. De verantwoordelijkheid voor de geneeskundige hulpverlening is in deze wet neergelegd bij het college van burgemeester en wethouders en ondergebracht bij het veiligheidsbeleid.

## Bijlage 4: Gezondheidssituatie Naarden

De gezondheidssituatie van de bevolking in de regio Gooi & Vechtstreek wordt beschreven in regionale nota's die de GGD periodiek verzorgt. Dit biedt een beeld van de regionale en lokale trends. Niet voor alle resultaten is een uitsplitsing gemaakt naar gemeente. Er is echter geen reden om aan te nemen dat Naarden afwijkt van de omliggende gemeenten wat betreft de aard van de gezondheidssituatie. Het gezondheidsonderzoek is er in twee varianten, de volwassenen en ouderen enquête en de jeugd variant. Voor deze nota is gebruik gemaakt van de gegevens uit de nota's 'Gezondheidspeiling 2004 *Het licht op groen voor uw gezondheid*', voor de variant volwassenen en ouderen. Voor de variant jongeren is gebruik gemaakt van gegevens uit de notitie 'EMOVO 2006' (elektronische monitor voortgezet onderwijs). Dit betreffen de meest recente cijfers die beschikbaar zijn. In 2008/2009 komen er pas nieuwe cijfers.

### Bevolkingsopbouw gemeente Naarden in vergelijking met Noord-Holland per 1-1-2005\*

	Naarden		Provincie Noord-Holland		Nederland	
Bevolking	Absoluut	%	Absoluut	%	Absoluut	%
0-4 jr	1193	7,0	162 599	6,2	1 010 626	6,2
5-9 jr	1320	7,7	152 473	6,1	987 916	6,1
10-14 jr	1152	6,7	151 585	6,2	1 010 032	6,2
15-19 jr	835	4,9	143 595	6,0	979 383	6,0
20-24 jr	486	2,8	146 332	5,9	969 352	5,9
25-44 jr	4301	24,1	814 360	29,5	4 806 196	29,5
45-64 jr	4663	27,3	674 384	26,1	4 253 351	26,1
65-79 jr	2179	12,7	259 482	10,5	1 715 097	10,5
80 jaar en ouder	981	5,7	94 293	3,5	573 573	3,5
Totaal	17110		2599 103		16 305 526	

Bron: CBS: Gemeente Op Maat Naarden 2005.

\* om de vergelijking met de provincie en Nederland te kunnen leggen zijn de gegevens van 2005 gebruikt. Meer recente gegevens ontbreken.

### Gezondheidspeiling volwassenen:

De belangrijkste doelen van deze gezondheidsenquête zijn geweest:

1. het verkrijgen van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking om regionaal en lokaal preventief gezondheidsbeleid te kunnen ontwikkelen en/of bij te stellen;
2. het verkrijgen van inzicht in trends in de gezondheid en de leefstijl door het verzamelen van informatie door de jaren heen.

In het najaar van 2004 is bovengenoemde gezondheidsenquête gehouden onder 13.395 inwoners van de negen gemeenten van de regio Gooi en Vechtstreek.

De geënquêteerde personen zijn per toeval gekozen door middel van een steekproef uit het bevolkingsregister. De respons bedroeg 55%. Vanwege een andere methode van ondervragen is het in veel gevallen niet mogelijk een vergelijking te maken met de vorige Gezondheidspeiling uit 1999 die de GGD heeft uitgevoerd.

In het algemeen blijkt dat de Gooi- en Vechtstreek een wat gunstiger beeld vertoont ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Dit hangt waarschijnlijk samen met gemiddeld hogere opleidingen

en hogere sociaal-economische status van de inwoners van de Gooi en Vechtstreek. In het algemeen blijkt dat mensen met een hogere sociaal-economische status gezonder zijn dan mensen met een lagere sociaal-economische status.

Onderstaande gegevens zijn overgenomen uit de Gezondheidspeiling 2004 'Het licht op groen voor uw gezondheid.' van de GGD Gooi- en Vechtstreek. In deze notitie wordt wel een vergelijk gemaakt met landelijke cijfers, daar worden echter geen percentages bij genoemd. Het is daardoor ook niet mogelijk de juiste landelijke percentages te noemen.

#### Opleidingsniveau Regio Gooi- en Vechtstreek naar leeftijd en geslacht september 2004:

	Man	Vrouw	19-54 jr	55-74 jr	75 plus	Totaal Regio	Totaal Naarden
Laag Geen onderwijs + lager onderwijs	5,9%	9,2%	2,3%	11,9%	28,5%	7,6%	5,5%
Midden 1 (lbo + mavo)	25,1%	32,3%	22,9%	40,9%	34,6%	28,9%	31,5%
Midden 2 (mbo + havo/vwo)	30,6%	30,3%	36,1%	20,3%	21,9%	30,4%	29,5%
Hoog (HBO/WO)	38,5%	28,2%	38,6%	26,9%	15,0%	33,1%	27,9%

Bron: Gezondheidspeiling 2004 GGD Gooi en Vechtstreek

#### *Ervaren gezondheid*

Het overgrote deel van de respondenten uit Naarden (88%) ervaart de eigen gezondheid als goed of uitstekend. Dat percentage is hoger dan gemiddeld in Nederland. Mannen, hoog opgeleiden en gehuwden of samenwonenden zijn meer tevreden over hun gezondheid dan respectievelijk vrouwen, laag opgeleiden en alleenstaanden.

#### *Overgewicht*

37% van de respondenten uit Naarden blijkt te zwaar; 7% hiervan heeft ernstig overgewicht (obesitas). De percentages respondenten met overgewicht variëren van 37% in Naarden tot 48% in Weesp. Het gemiddelde percentage in de regio (42%) is lager dan het gemiddelde percentage voor heel Nederland. Gezien het feit dat er in Nederland een duidelijke trend is naar een toename van overgewicht is het belangrijk aan dit onderwerp aandacht te besteden.

#### *Diabetes*

4% van de (volwassen) respondenten uit de regio heeft door een arts vastgestelde diabetes. Diabetes komt meer voor bij lager opgeleiden (6%) dan bij hoog opgeleiden (2%). In Nederland komt diabetes bij 2,8% van de totale bevolking voor. Dat lijkt laag ten opzichte van het cijfer voor de Gooi en Vechtstreek maar dat komt omdat in het landelijke cijfer ook de 0-19 jarigen zijn meegenomen, waar weinig diabetes voorkomt.



### *Roken*

Van de respondenten uit Naarden rookt 24%, regionaal rookt 27% van de respondenten. Dat is minder dan in 1999, toen nog 33% rookte. Dit komt overeen met de algemene trend in Nederland; het aantal rokers is door voorlichting en wet- en regelgeving afgenomen. Mannen roken vaker dan vrouwen (31% respectievelijk 23%). Het percentage rokers neemt af met het toenemen van het opleidingsniveau. Dit geldt echter alleen voor mensen onder de 55 jaar. Boven de 55 jaar roken er evenveel hoog als laag opgeleiden.

### *Alcoholgebruik*

Van de respondenten uit Naarden drinkt 42% méér dan de richtlijn\* voor verantwoord alcoholgebruik aangeeft. Dat is hetzelfde percentage als voor de gehele regio geldt. Regionaal is 12% zelfs een zware drinker (19% van de mannen, 5% van de vrouwen.) Voor Naarden is dit 10%.

\* (Richtlijn voor verantwoord alcoholgebruik: Maximaal vijf drinkdagen per week; voor vrouwen maximaal twee glazen per keer en voor mannen maximaal drie glazen. Zware drinkers gebruiken minimaal één keer per week zes of meer glazen op één dag (mannen), of vier glazen of meer op één dag (vrouwen).

### *Psychische gezondheid algemeen*

De algemene gemoedstoestand is bij 80% van de mensen over het algemeen ‘opgewekt’. Vrouwen, ouderen en lager opgeleiden voelen zich het minst vaak opgewekt. In Naarden valt 79 % van de bevolking in de categorie ‘psychisch gezond’. Eén op de vijf inwoners is dus psychisch ‘licht, matig of ernstig ongezond’. Bijna een kwart van de vrouwen voelt zich psychisch ongezond, evenals een kwart van de 75-plussers. Lager opgeleiden voelen zich vaker psychisch ongezond vergeleken met hoog opgeleiden.

### *Depressie en eenzaamheid*

Van de respondenten uit de regio is 74% niet eenzaam, 20% is gemiddeld eenzaam en 6% voelt zich erg eenzaam. Voor Naarden zijn deze percentages: niet eenzaam 78%, gemiddeld eenzaam: 20% en erg eenzaam 2 %. Eenzaamheid hangt sterk samen met depressiviteit. Onderzoek op landelijk niveau heeft aangetoond dat een kwart van de gevallen met depressie alcohol gerelateerd is.

### *Mantelzorg*

Van alle respondenten uit de regio verleent 17% momenteel zelf mantelzorg. Het betreft vooral personen in de leeftijdsgroep van 55 tot 75 jaar. Bijna een kwart van de mantelzorgers verleent langer dan drie maanden meer dan acht uur per week mantelzorg. Vrouwen verlenen vaker en intensiever mantelzorg dan mannen. Vergeleken met 1999 lijkt de intensiteit van de mantelzorg door 55- plussers toegenomen. 12% van de mantelzorgers voelt zich tamelijk zwaar tot overbelast; 38% is enigszins belast. Deze mate van belasting hangt duidelijk samen met de intensiteit van de verleende mantelzorg.

### *Huiselijk geweld*

12 % van de respondenten uit de regio heeft ‘ooit in het leven’ te maken gehad met huiselijk geweld. Dit geldt ook voor Naarden. Bij 3% van alle respondenten uit de regio is dit geweld recent (minder dan een jaar geleden) voorgevallen. Van de mensen die met geweld te maken hebben gehad, geeft eenderde deel aan dat dit maandelijks, wekelijks of zelfs dagelijks voorkwam gedurende een langere periode. Als slachtoffer wordt vooral de respondent zelf genoemd. Vrouwen

en respondenten uit de jongste leeftijdsgroep (19 t/m 54 jaar) rapporteren vaker slachtoffer te zijn (geweest) van huiselijk geweld.

Er is geen duidelijke relatie tussen het voorkomen van huiselijk geweld en opleidingsniveau. Eenzaamheid en depressie komen bij slachtoffers en plegers van huiselijk geweld méér voor.

#### *Opvoedingsondersteuning*

Van alle respondenten uit de regio heeft 38% kinderen in de leeftijd tot en met 21 jaar. Van hen heeft 53% soms of vaak opvoedingsvragen; 44% soms of vaak opvoedingsproblemen. Vragen komen meer voor bij ouders met jonge kinderen; ouders met kinderen in de puberleeftijd rapporteren meer opvoedingsproblemen.

#### *Valincidenten*

Van alle 55-plussers is bijna een kwart het afgelopen jaar wel eens gevallen. Vooral bij 75-plussers uit de regio komen relatief veel valincidenten voor (35% is in het afgelopen jaar gevallen); van hen vooral de vrouwen. Een val geeft bij ouderen een groot risico op een heupfractuur. Een dergelijk trauma is een belangrijke oorzaak van invaliditeit en sterfte. De regio Gooi en Vechtstreek had in de periode 1991 – 2000 per jaar méér ziekenhuisopnamen op grond van heupfracturen dan landelijk gemiddeld. Ook wanneer wordt gecorrigeerd voor het feit dat in de regio relatief veel ouderen wonen, blijft dit verschil bestaan.

#### *Levensverwachting*

De gemiddelde levensverwachting in de Gooi en Vechtstreek is wat hoger dan het landelijk gemiddelde. Mannen worden gemiddeld 76,5 (NL 75,4) en vrouwen 81,1 (NL 80,6).

#### **Gezondheidspeiling jongeren:**

Onderstaande gegevens zijn overgenomen uit het EMOVO onderzoek van de GGD Gooi- en Vechtstreek. Onderzocht zijn klas twee en klas vier van het voortgezet onderwijs (vo). In verband met de privacy van de scholen zijn op basis van het EMOVO onderzoek alleen regionale percentages beschikbaar.

#### *Ervaren gezondheid*

Gemiddeld noemt 9% van de leerlingen zijn of haar gezondheid matig of slecht: met name meisjes (13%), vierdeklassers vo(10%) en vmbo-leerlingen (14%). Allochtone leerlingen vinden hun gezondheid vaker matig of slecht (13%) vergeleken met autochtone leerlingen (9%). Dit betreft met name Turkse, Marokkaanse en overig niet-westerse leerlingen. Vergeleken met de landelijke cijfers lijken de leerlingen in de regio Gooi en Vechtstreek zich beter te voelen, echter de onderzochte leeftijdscategorieën verschillen.

#### *Tandartsbezoek*

Vier procent van de leerlingen gaat minder dan éénmaal per jaar naar de tandarts en 26% poetst de tanden minder dan tweemaal per dag. Tandartsbezoek en poetsfrequentie liggen lager bij vmbo-leerlingen dan bij havo/vwo-leerlingen. Allochtone leerlingen gaan minder vaak naar de tandarts, maar poetsen wel even vaak als autochtone leerlingen. Ook poetsen jongens minder vaak dan meisjes (68% poetst tweemaal per dag versus 79%) en vierdeklassers minder vaak dan tweedeklassers (71% versus 76%).

### *Chronische aandoeningen*

Bijna vier van de tien leerlingen (38%) geven aan dat zij één of meer ziekten/aandoeningen hebben: allergieën (17%); astma, chronische bronchitis of CARA (9%) en eczeem of andere huidziekte (7%). Meisjes rapporteren meer eczeem en migraine. Eczeem wordt vaker door autochtone leerlingen aangekruist dan door allochtone leerlingen.

### *Medicijngebruik*

Tweederde (66%) van alle leerlingen heeft minimaal één medicijn gebruikt in de voorgaande twee weken, met name pijnstillers. Meestal zijn deze middelen zonder voorschrift van de huisarts gebruikt. Meisjes gebruiken over het algemeen vaker medicijnen dan jongens (79% van de meisjes heeft in de afgelopen twee weken minimaal één medicijn gebruikt, versus 53% van de jongens).

### *Sociaal welbevinden*

Zes procent van de leerlingen vindt het thuis niet zo leuk en 1% vindt het helemaal niet leuk thuis; meest meisjes, vmbo- en allochtone leerlingen.

Vier procent zegt dat ze niet goed met hun ouders of verzorgers kunnen praten, met name meisjes, vierdeklassers, vmbo- en allochtone leerlingen. Twee procent zegt te weinig vrienden te hebben, relatief meer vmbo- en allochtone leerlingen.

Zestien procent geeft aan zich psychisch minder gezond te voelen: 12% voelt zich licht ongezond, 3% matig en 2% ernstig ongezond. Dit betreft voornamelijk meisjes, vmbo- en allochtone leerlingen.

Achttien procent heeft een probleem dat hem of haar dag en nacht bezighoudt, relatief meer meisjes en vmbo- en allochtone leerlingen.

### *Pesten*

Bijna één op de tien leerlingen (9%) wordt regelmatig (een paar keer per maand of vaker) gepest en 13% geeft aan zelf regelmatig mee te doen met pesten. In klas 2 wordt meer gepest dan in klas 4 en ook op het vmbo wordt meer gepest dan op havo/vwo. Jongens pesten vaker dan meisjes.

### *Lichamelijke en geestelijke mishandeling*

Van alle leerlingen geeft 7% aan dat zij ooit lichamenlijk mishandeld zijn (geschopt, geslagen, vastgebonden) en 17% is ooit geestelijk mishandeld (getreiterd, gekleineerd of uitgescholden).

Zowel lichamelijke als geestelijke mishandeling worden op het vmbo meer gerapporteerd dan op havo/vwo. Meisjes zijn vaker slachtoffer van geestelijke mishandeling dan jongens.

Allochtone leerlingen melden vaker lichamelijke mishandeling dan autochtone leerlingen.

### *Ongewenste seksuele ervaring*

Vijf procent van de leerlingen heeft ooit een ongewenste seksuele ervaring gehad, in de meeste gevallen was dit met een leeftijdsgenoot. Een ongewenste seksuele ervaring wordt relatief vaker aangegeven door meisjes, vmbo- en allochtone leerlingen.

### *Suicide-gedachten*

Vijftien procent van alle leerlingen heeft er in het afgelopen jaar wel eens serieus over nagedacht om een einde aan het leven te maken; meest meisjes, tweedeklassers, vmbo- en allochtone leerlingen. Drie procent van alle leerlingen geeft aan daadwerkelijk een poging te

hebben ondernomen; ook hier weer relatief meer meisjes, tweedeklassers, vmbo- en allochtone leerlingen.

### *Beweging*

Ruim driekwart (78%) beweegt onvoldoende (zij voldoet niet aan de norm om zeven dagen per week minimaal één uur per dag lichamelijk actief te zijn), met name meisjes, vierdeklassers en vmbo-leerlingen. Dit lijkt overeen te komen met landelijke cijfers.

Vijf procent heeft minder dan één lesuur gym per week. In totaal komt 7% niet lopend of fietsend naar school, de rest wel. Bijna eenderde (31%) van de leerlingen is géén lid van een sportvereniging of sportclub, relatief meer meisjes, vierdeklassers, vmbo-leerlingen en allochtone leerlingen.

## Bijlage 5: Vier opties organisatie eerstelijnsgezondheidszorg

### Optie 1: solo/duopraktijken

Deze optie houdt in dat niet systematisch naar meer (geïstitutionaliseerde) samenwerking binnen de eerstelijns wordt gezocht, maar dat (dreigende) tekorten worden aangevuld door het bevorderen van/aantrekken van solistisch of in duopraktijken werkzame eerstelijnszorgverleners.

Wanneer solo of duopraktijken goed zijn verspreid over de gemeente, is daarmee de *nabijheid* van de zorgverlening in ieder geval gerealiseerd. Een netwerk van solistisch werkzame eerstelijnszorgverleners maakt het mogelijk nabij de burger zorg te leveren en via constructies als huisartsenposten, weekenddiensten en avondopenstellingen de continue beschikbaarheid van de eerstelijnszorg te garanderen.

Aan deze optie kleven nadelen. Een belangrijk nadeel betreft *de continuïteit*. In Bussum en Naarden bestaan er veel (huisartsen)praktijken aan huis. Overname van zo'n praktijk (plus de woning) met de huidige huisvestingslasten is voor beginnende eerstelijnszorgverleners moeilijk. Bovendien werkt de nieuwe generatie eerstelijnszorgverleners liever in deeltijd en dit is als solist in de regel niet goed mogelijk.

Binnen deze optie is voorts zorg om de *kwaliteit*, omdat er veelal geen sprake is van in werkprocessen ingebouwde collegiale intervisie. Bovendien is bij complexe problematiek geen (snelle) mogelijkheid tot overleg. Daarbij komt nog dat solo of duo huisartsenpraktijken niet kunnen profiteren van voordelen die Hoeden en Gezondheidscentra door de zorgverzekeraar geboden worden in termen van ondersteuning of de mogelijkheid tot extra inkomsten door gespecialiseerde zorg aan te bieden.

Dit neemt niet weg dat de solistisch werkende eerstelijnszorgverlener goede zorg kan verlenen en alle mogelijkheden heeft om een netwerk van collega's op te bouwen voor overleg en samenwerking. Echter, de zorgverzekeraar en ook de (centrale) overheid vragen om dergelijke verbanden te institutionaliseren en aan protocollen te verbinden. Als dit gebeurt, wordt er in feite een vorm van samenwerking gerealiseerd die kenmerkend is voor samenwerking beroepsgroepen (optie 3) of gezondheidscentra (optie 4), met het verschil dat hierbij de huisvesting niet wordt gedeeld.

Als voordeel van een solist, zo wordt ook wel aangevoerd, is dat geen tijd verloren gaat aan overleg over zaken als management e.d. Er zou hierdoor per saldo meer tijd overblijven voor de patiënt.

### Optie 2: onder één dak

Binnen deze optie zoeken zorgverleners elkaar op en betrekken gezamenlijk een pand. Ondersteunende diensten worden zoveel mogelijk gedeeld, maar er wordt niet bij voorbaat gestreefd naar een gezamenlijke visie met daaraan gekoppeld vergaande inhoudelijke samenwerking. De inhoudelijke samenwerking wordt in deze vorm niet vooraf geregeld, maar kan zich binnen het samenwerkingsverband wel verder ontwikkelen.

Doordat zorgverleners gezamenlijk een pand betrekken kan de *continuïteit* van de zorg makkelijker gegarandeerd worden. Bij voorkeur huren zorgverleners binnen deze optie een praktijkruimte, waardoor de praktijk makkelijker kan worden overgedragen aan een opvolger.

Door een goede spreiding van clusters van zorgverleners, kan binnen deze optie de *nabijheid* van de zorgverlening in redelijke mate gerealiseerd worden. Dit geldt ook voor de beschikbaarheid van de zorg: doordat meerdere zorgverleners een pand delen, kunnen makkelijk afspraken gemaakt worden over vervanging bij ziekte of vakantie.

De voordelen van onder een dak zitten, hebben binnen deze optie echter geen directe consequenties voor de *kwaliteit*, omdat samenwerking niet verder wordt geregeld in protocollen e.d. Wel is hiertoe, zoals gezegd, een belangrijke voorwaarde voor aanwezig.

De woningcorporaties in Naarden zijn bereid te investeren om dergelijke ruimten te realiseren.

### **Optie 3: inhoudelijke samenwerking beroepsgroepen**

Onder deze noemer vallen alle samenwerkingsverbanden binnen meer of minder homogene beroepsgroepen, zoals de huisartsenzorg, tandzorg, fysiotherapeuten, of een passende combinatie van verschillende beroepsgroepen (zoals tussen huisarts, apotheek en fysiotherapie), waarbij op grond van een gedeelde visie, inhoudelijk wordt samengewerkt binnen een (voor het publiek herkenbare) locatie. De voordelen binnen deze optie zijn wat betreft *continuïteit* en *nabijheid* gelijk aan voordelen bij de bovengenoemde optie (betere garantie m.b.t. continuïteit, etc).

Er zijn evenwel extra voordelen op het terrein van *kwaliteit*. Samenwerking vraagt om een planmatige aanpak, introduceert vormen van intercollegiale controle en biedt voorts kansen op het terrein van taakdelegatie en taakdifferentiatie, en het inbouwen van specialismen. De zorgverzekeraar stimuleert middels subsidies deze vormen van samenwerking (dit geldt ook voor optie 4).

### **Optie 4: gezondheidscentra**

Een gezondheidscentrum is een samenwerkingsverband tussen verschillende eerstelijnszorgverleners die op basis van een visie en een plan gezamenlijk eerstelijnszorg bieden, gericht op de gezondheidsproblemen in de wijk. Een gezondheidscentrum omvat in de meest uitgebreide vorm huisartsen, een apotheek, maatschappelijk werk (of eerstelijns psychologen), fysiotherapie en/of andere aanvullende paramedische diensten, zoals oefentherapie, logopedie, verloskundigen of diëtisten. In een gezondheidscentrum is voorts alle mogelijk administratieve en ook inhoudelijke ondersteuning (POH Praktijk Ondersteuning Huisartsen (POH), nurse practitioners etc.) ondergebracht. Huisartsen vormen in de regel de spil van gezondheidscentra. Naarden en Bussum tellen samen een kleine 50.000 inwoners. Uitgaande van een adherentiegebied van 10.000 inwoners en een patiëntenaantal van 2350 per deelnemende huisarts, zou dit betekenen dat er in Naarden en Bussum ruimte is voor vijf samenwerkingsverbanden. Indien de gezondheidscentra evenredig verspreid worden over de gemeenten is daarmee de *nabijheid* gewaarborgd. Echter als de nabijheid van optie 4 vergeleken wordt met de nabijheid bij optie 1 (solo/duopraktijken) is de nabijheid bij optie 4 minder goed te realiseren. De praktijk wijst echter uit dat niet alle burgers kiezen voor de huisarts die in de directe omgeving van hun woning is.

Deze constructie levert niet alleen voordelen op wat betreft de *continuïteit*, maar ook wat betreft de *kwaliteit* van de zorgverlening. In de eerste plaats stemt een gezondheidscentrum haar diensten zoveel mogelijk af op de behoeften in de wijk. In de tweede plaats werken in een gezondheidscentrum verschillende eerstelijns disciplines nauw met elkaar samen, zodat een meer integrale zorgverlening plaats kan vinden. Samenwerking tussen arts en apotheek bijvoorbeeld kan

leiden tot doelmatiger medicijngebruik van patiënten en tot taakdelegatie (b.v. ten aanzien van herhaalrecepten). Op termijn zien apotheken voor henzelf een grotere rol weggelegd als het gaat om advisering over medicijngebruik. Dit past goed in een integrale setting. In de derde plaats, biedt een gezondheidscentrum aan zorgverleners de mogelijkheid zich meer aan hun kerntaken te wijden. Administratieve en inhoudelijke ondersteuning kunnen binnen deze constructie makkelijker worden ingekocht (onder meer door subsidies van de zorgverzekeraar). Samenwerking in dit kader biedt ook (net als binnen optie 3) de mogelijkheid specialistische zorg aan te bieden. Ook hiervoor biedt de zorgverzekeraar extra middelen. Deze specialistische zorg kan dan ten goede komen aan specifieke patiëntengroepen: chronisch zieken, mensen met longklachten, of mensen met psychische klachten. In dit kader kunnen ook SPV en/of wijkverpleegkundigen een rol spelen.