

CONCEPT

Lokaal gezondheidsbeleid 2005-2009

Volksgezondheid

t.b.v. commissie IZ d.d. 15 februari 2005 en gemeenteraad d.d. 3 maart 2005

Boxmeer

Versie 18 januari 2005

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1 Gemeente en gezondheidsbeleid	6
1.1 Versterking lokaal gezondheidsbeleid.....	6
1.2 Eisen aan de nota gezondheidsbeleid	6
1.3 Visie op lokaal gezondheidsbeleid	6
1.4 Visie raad Boxmeer.....	7
2 Beleidsontwikkelingen en gezondheidsvoorzieningen	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Maatschappelijke ontwikkelingen	9
2.3 Beleidsontwikkelingen	12
2.4 Instellingen gezondheidszorg	16
3 De gezondheidssituatie in de gemeente Boxmeer	22
3.1 Inleiding	22
3.2 Lichamelijke en geestelijke gezondheid.....	23
3.3 Gezondheidsbeleving	24
3.4 Leefstijl en gedrag.....	25
3.5 Fysieke en psychosociale omgeving.....	28
3.6 Zorgsysteem	31
4 Aandachtspunten en prioriteiten	32
4.1 Waar schort het bij de gezondheid van onze burgers aan?.....	33
5 Van discussienota naar beleidsplan: de voortgangprocedure.....	36
5.1 De inspraakavond.....	36
6 Actie overzicht lokaal gezondheidsbeleid	46
6.1 Meerjaren begroting Lokaal gezondheidsbeleid.....	48
7 Bijlage 1: Overzicht van relevante wetgeving op het gebied van de volksgezondheid	50
8 Bijlage 2: Tabellen met onderzoeksresultaten Jeugd, Volwassen en Ouderen.	56
9 Bijlage 3: Overzicht directe kosten gezondheidszorg 2004.....	62
10 Bijlage 4: Jeugdgezondheidszorg basis- en voortgezet onderwijs in de gemeente Boxmeer 2004.....	63
11 Bijlage 5: Lijst van geraadpleegde stukken	66
12 Bijlage 6: Gebruikte afkortingen	68

Voorwoord

Voor u ligt de nota “Lokaal gezondheidsbeleid Boxmeer”. Deze nota is interactief tot stand gekomen en geeft een antwoord op waarom er een gezondheidsbeleid moet zijn en wat er aan dat beleid verbeterd kan worden. Gezondheidsbeleid is zeer breed en eigenlijk alles omvattend. Immers alles wat een gemeente doet heeft indirect gevolgen voor de veiligheid en het welzijn van haar burgers en daarmee dus ook indirect op de gezondheidsbeleving van die burger.

Burgers moeten natuurlijk aanspraak kunnen maken op goede en toegankelijke zorg. Maar voor een goede gezondheid is meer nodig. Een gezonde leefstijl en leefomgeving leveren minstens zoveel gezondheidswinst op als verbeteringen in de zorg. Gezonde voeding, voldoende beweging en ontspanning, goed en toegankelijk onderwijs, veilige arbeidsomstandigheden, goede woningen en een gezond en veilig milieu zijn factoren die een goede gezondheid helpen behouden en bevorderen. Preventie is de basis voor een goede gezondheid en vormt een belangrijke aanvulling op zorg. Doen we niets aan preventie dan blijven we dweilen met de kraan open. Voorkomen van gezondheidsklachten en het verbeteren van de gezondheid bij de bevolking, daar richt het gezondheidsbeleid zich op. Maar gezondheidswinst is ook maatschappelijke winst. Winst op diverse aspecten:

Veiligheid

Gezondheidsbeleid draagt bij aan een veiligere samenleving. Denk aan opsporing en bestrijding van infectieziekten, de voorbereiding op mogelijke gezondheidscrisis en het terugdringen van ongevallen. Maar ook het voorkomen dat mensen psychisch in de problemen raken draagt bij aan de veiligheid. Een slechte geestelijke gezondheid kan grote gevolgen hebben voor de mensen zelf en hun omgeving. Denk aan depressie en verwaarlozing, agressie en geweld, verslaving en criminaliteit, dak- en thuisloosheid. De gevolgen zijn soms zichtbaar op straat en veroorzaken vervolgens ook bij andere burgers (gevoelens van) onveiligheid.

Economisch belang

De preventie van (psychische) gezondheidsklachten behoudt mensen voor het arbeidsproces en leidt uiteindelijk tot een grotere productiviteit. Verbetering van de volksgezondheid heeft dan ook een belangrijk economische effect.

Participatie

Goede gezondheid is een voorwaarde voor maatschappelijke deelname. Gezondheid draagt bij aan de zelfredzaamheid, het goed kunnen functioneren in de thuissituatie, op school en in alle soorten werksituaties.

Terugdringen van overbelasting van de zorg

Hulpverleners in met name de eerstelijns gezondheidszorg klagen er steeds meer over dat er onterecht een beroep wordt gedaan op de gezondheidszorg. Mensen komen met vragen die eigenlijk niet voor deze categorie hulpverleners bestemd zijn. Men wijt deze onterechte zorgvragen aan het toenemende ‘consumentisme’ (men wenst onmiddellijk geholpen te worden) en aan ‘medicalisering’ (men gaat ook met levensvragen naar de dokter). Ondanks de informatiestromen via de media, internet e.d. bestaat er nog bij veel mensen weinig of onjuiste kennis over gezondheid.

Het voorzien in toegankelijke en juiste informatie kan mogelijk bijdragen aan de vermindering van de druk op de eerstelijnszorg.

Normen voor gezondheid

De roep om herstel van normen en waarden lijkt ook noodzakelijk als het gaat om gezondheidsnormen. Veel gewoontegedrag is verdwenen. Onze moderne samenleving lijkt weer behoefte te hebben aan algemeen geaccepteerde – zij het eigentijdse – gezondheidsnormen, bijvoorbeeld op het gebied van hygiëne, veiligheid, gebruik van genotmiddelen, voeding en beweging.

Voor al deze aspecten is een goed lokaal gezondheidsbeleid noodzakelijk. Deze nota gaat voornamelijk uit van een facetbeleid. Dat wil zeggen dat elk beleidsterrein vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid kijkt naar gezondheid en gezondheidsbeleving. De nota is niet uitputtend op die gebieden die een duidelijk eigen beleidskader en wettelijke regels hebben met betrekking tot de gezondheid van burgers. Denk daarbij aan milieubeleid, politietaken, brandweer, handhaving etc. Deze zijn wel betrokken geweest bij de totstandkoming van deze nota, maar een gedetailleerde beschrijving hiervan zou te ver voeren. De nota richt zich vooral op die terreinen waarmee we het gedrag van de burger kunnen beïnvloeden namelijk op zorg en welzijn. Het geeft een richting aan zodat de gezonde keuze de makkelijke keuze wordt.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 bevat korte informatie over de wetgeving, de gemeentelijke taken, de eisen die aan de nota gesteld worden en een visie op gezondheid en gezondheidsbeleid. Vervolgens komen in hoofdstuk 2 de belangrijkste beleidsontwikkelingen en gezondheidsvoorzieningen aan bod. In hoofdstuk 3 worden gegevens over de gemeentelijke gezondheidssituatie gepresenteerd. Deze gegevens resulteren in aandachtspunten en prioriteiten in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de inspraakavond geschetst, waarna in hoofdstuk 6 alle actiepunten op een rijtje zijn gezet met een begroting.

Tenzij anders vermeld, komen percentages en cijfers van de GGD Hart voor Brabant en zijn terug te vinden in bijlage 2 van deze nota.

1 Gemeente en gezondheidsbeleid

1.1 Versterking lokaal gezondheidsbeleid

Op 1 januari 2003 is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) aangescherpt, waardoor de politiek een grotere betrokkenheid bij preventief gezondheidsbeleid krijgt toegewezen. De gemeente krijgt in de vernieuwde WCPV een aantal expliciete taken toegewezen, waaronder het vierjaarlijks uitbrengen van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid.

Wij verwachten met het uitvoeren van de in deze nota vermelde actiepunten bij te dragen aan een verbetering van de openbare gezondheidszorg. De van rijkswege verlangde regiefunctie wordt verstevigd en een aantal uitvoeringstaken wordt geïntensiveerd, met name op het gebied van de collectieve preventie, de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor risicogroepen.

1.2 Eisen aan de nota gezondheidsbeleid

De WCPV legt de basis voor een regierol van de gemeente. De nota gezondheidsbeleid is daarbij een hulpmiddel en heeft de volgende doelstellingen:

- samenhang brengen in preventie;
- samenhang brengen tussen preventie en curatie;
- het uitvoeren van de verplichte basistaken;
- het bewaken van de gezondheidsaspecten in bestuursbeslissingen en daarbij de GGD om advies vragen.

De inhoud van de nota dient:

- inzicht te geven in de gezondheidstoestand van de bevolking;
- doelen te stellen op populatieniveau;
- verbanden aan te geven met andere gemeentelijke terreinen;
- voorstellen te bevatten over de communicatie over het beleid;
- aan te geven wat gemeentete overstijgend gebeurt;
- een plan van aanpak te bevatten.

1.3 Visie op lokaal gezondheidsbeleid

Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid is vereist om met alle betrokken partijen gezamenlijk een richting te bepalen voor het verder ontwikkelen en implementeren van gezondheidsbeleid. Daarbij gaat het om doelstellingen en ambities, de betrokkenheid van de burgers, de verwachtingen van de gemeente richting andere partijen en de interne afstemming tussen de verschillende diensten van de gemeente en extern met het gezondheidszorgveld.

Een gemeentelijke visie op gezondheid en gezondheidsbeleid is nodig om keuzen te kunnen maken, samenwerkingspartners te kunnen kiezen en doelen te formuleren.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is gezondheid een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken. Deze situatie van evenwicht wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen om zich – al dan niet met behulp van anderen - te verweren tegen verstoringen.

Bij het maken van beleid op het gebied van gezondheid is inzicht nodig in de manier waarop de gezondheid van mensen is te beïnvloeden. Het gaat hierbij om vier factoren (het zogenaamde model van Lalonde) die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

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

De eerste groep factoren, biologische factoren, is niet beïnvloedbaar door de lokale overheid. Wel zal in het beleid met deze factoren rekening gehouden moeten worden, te denken valt aan chronisch zieken en gehandicapten. De overige drie groepen factoren zijn door de overheid beïnvloedbaar en kunnen behulpzaam zijn bij het denken over oorzaken van gezondheidsproblemen en oplossingen daarvoor.

In deze nota schetsen we de gezondheidstoestand van onze bevolking, we geven aan waar en op welke wijze er wordt gewerkt aan de gezondheidsbevordering vanuit allerlei disciplines. Ook geven we aan waar naar ons idee in eerste instantie de prioriteiten liggen.

1.4 Visie raad Boxmeer.

In de Commissie Inwonerszaken is op 30 november 2004 de kaderstelling van deze nota aan de orde geweest. Dit heeft plaats gevonden aan de hand van de conceptversie van deze nota en een kaderstellende notitie, die in wezen een samenvatting was van de conceptnota. Dit heeft geresulteerd in de onderstaande, gehanteerde visie voor deze nota.

De gemeente Boxmeer neemt de brede definitie als uitgangspunt. Zij ziet het volksgezondheidsbeleid breder dan de afwezigheid van ziekte, zij betreft ook welzijn en welbevinden daarbij. De gemeente gaat uit van een integrale benadering, in samenspraak met burgers en (zorg)instellingen. In haar beleid kiest zij ervoor om, in aansluiting op het landelijk beleid, in haar lokaal gezondheidsbeleid het bevorderen van een gezonde leefstijl als (kern)doelstelling op te nemen. Waar mogelijk maakt zij daarbij gebruik van landelijke preventieprogramma's en subsidiemogelijkheden zoals b.v. de stimuleringsregeling Buurt-Onderwijs en Sport (BOS) impuls. Echter, zij zal pas overgaan tot een subsidieaanvraag als er concrete plannen liggen. De acties rond de speerpunten moeten zich vooral richten op jongeren en eventuele risicogroepen zoals gehandicapten, ouderen en mensen met een lage opleiding. De gemeente maakt duidelijk welke rol zij heeft in welke situatie. Waar nodig zal zij sturen, steunen of stimuleren naar gelang de situatie. Het lokaal gezondheidsbeleid is, naast de wettelijk taken, voornamelijk een facetbeleid. Zij zal dus sturen op gezondheid op de diverse beleidsterreinen. Actiepunten en speerpunten worden geformuleerd op basis van epidemiologische gegevens

(GGD, waarbij de gemeente sturend is) en op wat de bevolking zelf aangeeft bij inspraakavonden.

Doelstellingen komende 4 jaar

De gemeente kiest ervoor de volgende doelstellingen in het tijdsbestek van de komende 4 jaar van de nota uit te voeren:

- Oriëntatie op afstemming gezondheidsbeleid en zorgbeleid i.v.m. ontwikkelingen rond de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de wens collectieve preventie een duidelijke plaats te geven in het zorgbeleid of de ontwikkeling van zorgketens.
- in het afdelingsplan 2005 en 2006 actief uitvoering geven aan preventieprogramma's jeugd in samenhang met het lokaal jeugdbeleid
- Op basis van de gezondheidsmonitor Ouderen 2004 in het afdelingsplan 2005 aandacht besteden aan implementatie van de resultaten, bespreking met betrokken lokale en regionale organisaties en vertegenwoordigers uit de doelgroep en integratie in het lokale ouderenbeleid. Het ligt voor de hand dit traject in regionaal verband op te pakken.
- Nader onderzoek entameren naar de omvang van sociaal economische gezondheidsverschillen (binnen basistakenpakket van GGD) in de gemeente en de mogelijkheden om aan deze problematiek in het kader van het achterstandenbeleid aandacht te besteden.

Gezien de mogelijkheden van de gemeente kiest de gemeente ervoor een laag ambitieniveau te hanteren. Dit betekent voornamelijk aanhaken op wat er is of zich aandient en een niet een zeer pro-actief beleid.

Budgetmogelijkheden.

De gemeente trekt in beginsel geen extra geld uit specifiek voor het gezondheidsbeleid. Wel wil zij hiervoor de vrij in te zetten capaciteit van de GGD oormerken. Vanuit de gedachte van het facetbeleid, moet echter de dekking van actiepunten voor een specifiek beleidsterrein of doelgroep opgenomen worden in de reguliere begrotingscyclus op dat beleidsterrein. Voorstellen daarvoor worden via de cyclus door de raad goedgekeurd. Verder zal gekeken worden welke acties nu al reeds binnen het bestaand beleid (bij voorkeur) budgettair neutraal kunnen worden uitgevoerd.

2 Beleidsontwikkelingen en gezondheidsvoorzieningen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen geschetst, die van belang zijn voor het lokaal gezondheidsbeleid. Niet alleen biologische factoren, sociale en fysieke omgeving, leefstijl en gedrag en het zorgsysteem beïnvloeden de gezondheidssituatie van de inwoners van Boxmeer. Ook demografische, sociaal-culturele, fysieke en economische ontwikkelingen hebben hierop hun uitwerking. Deze ontwikkelingen kan men met lokaal beleid niet of nauwelijks beïnvloeden. Maar men moet ze wel kennen voor een op de toekomst gericht beleid.

In paragraaf 2.2 beschrijven we de belangrijkste ontwikkelingen. In paragraaf 2.3 gaan we in op de landelijke en regionale ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheid.

Dit hoofdstuk sluiten we af met een opsomming van algemene, geestelijke en openbare gezondheidszorg instellingen die in of voor onze gemeente werkzaam zijn.

2.2 Maatschappelijke ontwikkelingen

Deze kunnen we onderverdelen in demografische, sociaal-culturele, economische en fysieke ontwikkelingen.

2.2.1 Demografische ontwikkelingen

De belangrijkste demografische ontwikkeling die zich gedurende de tweede helft van de twintigste eeuw in Nederland heeft voltrokken, is een toename van de bevolking van 10 miljoen in 1950 naar 16 miljoen in 2001. Daarbij tekent zich een ‘dubbele vergrijzing’ af. Dat wil zeggen dat er meer ouderen komen en dat deze ouderen ook een hogere leeftijd bereiken. De levensverwachting voor mannen is op dit moment 74,6 jaar, en voor vrouwen 80,3 jaar. Verwacht wordt dat het percentage ouderen boven de 65 jaar zal stijgen van 13,3% in 2001 naar 19,1% in 2015.

Het aantal toegevoegde levensjaren wordt vaak in matige gezondheid doorgebracht.

Voor vrouwen geldt dat de gezonde levensverwachting maar 60,3 jaar is. Mannen hebben een gezonde levensverwachting die even lang is als die van vrouwen: 60,2 jaar. Vergrijzing heeft daarmee directe gevolgen voor het lokale gezondheidsbeleid, het ouderenbeleid en het huisvestingsbeleid.

De bevolkingsopbouw op 1 januari 2003 in de gemeente Boxmeer ziet er als volgt uit:

Leeftijdsklasse	Aantal	Percentage
0 -19 jaar	7.630	26%
20-64 jaar	18.003	61%
65+	3.701	13%
Totaal	29.334	100%

Bron: CBS - statline © voorburg heerlen 17/6/2003

De meeste inwoners zitten qua leeftijdsklasse in de groep 20- tot 65-jarigen. Van hen zijn 5.472 personen 50 jaar en ouder (30,3%). 13% Van de Boxmeerse bevolking (3.701 personen) is 65 jaar of ouder.

De gemeente Boxmeer kent op dit moment nog een redelijk evenwichtige bevolkingsopbouw. Maar de ontgroening en vergrijzing van de Boxmeerse bevolking, de toename van het aantal 65-plussers, is nu al van jaar tot jaar merkbaar. In 2020 zal 19% van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar. Daarmee behoort het Land van Cuijk tot een van de sterkst vergrijzende regio's van Nederland. Dit vraagt om extra voorzieningen. De gemeenten hebben dit onderkend en actie ondernomen door het aanstellen van een regionale beleidsmedewerker ouderenbeleid en het opzetten van diverse projecten (bijvoorbeeld 'Tussen ontgroening en vergrijzing'). Door de komst van de WMO zal echter het portefeuilleoverleg Ouderen vervallen en de gemeenten kiezen daarmee niet langer voor het aanhouden van deze coördinatorfunctie.

2.2.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Belangrijke sociaal-culturele ontwikkelingen zijn de toename van het aantal alleenstaanden, echtscheidingen, eenoudergezinnen en tweeverdieners. Deze ontwikkelingen en de toenemende individualisering, hebben onder andere gevolgen voor de mogelijke inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Als laatste sociaal-culturele ontwikkeling is te noemen een (beperkte) toename van het aantal verslaafden, ex-psychiatrische cliënten en zorgwekkende zorgmijders. In het kader van deze ontwikkeling is de netwerkvorming binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) van belang.

In de gemeente Boxmeer is het aandeel van de groep allochtonen¹ normaal, het gaat om 11,2% van de bevolking. Echter indien er gesproken wordt over niet westerse allochtonen², is dat aantal een stuk minder, namelijk 1.105 personen of te wel 3,8%. 24% van hen is afkomstig uit Turkije, 15 % uit Marokko. Veel kleiner in aantal zijn degenen die afkomstig zijn uit Suriname, China en Somalië. Indien er gekeken wordt naar de westerse allochtonen, vallen vooral de allochtonen uit voormalig Joegoslavië op. Deze worden als aparte groep binnen het allochtonenbeleid van de Gemeente Boxmeer benoemd. Voor het gezondheidsbeleid betekent dit dat we rekening moeten houden met een andere vraag naar zorg. Verkend zal moeten worden, welke andere zorg deze doelgroep exact zal vragen. Vast staat dat de zorg moet interculturaliseren. In het project "een

¹ Om allochtoon genoemd te worden moet ten minste 1 ouder in het buitenland geboren zijn. Daarbij is onderscheid tussen mensen die zelf in het buitenland geboren zijn (de eerste generatie) en mensen die in Nederland geboren zijn (de tweede generatie) De herkomst groepering is bepaald aan de hand van het geboorteland van de persoon zelf (eerste generatie) of van de moeder. Tenzij de moeder in Nederland is geboren. In dat geval telt het geboorteland van de vader.

² Tot de categorie 'niet-westers' behoren allochtonen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië met uitzondering van Indonesië en Japan. Op grond van hun sociaal-economische en -culturele positie worden allochtonen uit deze twee landen tot de westerse allochtonen gerekend. Het gaat vooral om mensen die in voormalig Nederlands Indië zijn geboren en werknemers van Japanse bedrijven met hun gezin.

kleurrijk krachtenspel” worden daartoe de eerste aanzetten gegeven, in een samenwerkingsverband tussen de allochtone zelforganisaties en de diverse zorgaanbieders.

2.2.3 Economische ontwikkelingen

Aandachtspunt van gezondheidsbeleid zijn de gezondheidsverschillen als gevolg van de sociaal-economische status. De CBS-gegevens over de inkomenspositie van de inwoners van de gemeente Boxmeer geven aan dat het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner iets lager ligt dan het landelijk gemiddelde. Was het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner in 2000 voor heel Nederland € 11.000, in Boxmeer was dat € 10.500 (bron: CBS, Gemeente op maat 2002, Gemeente Boxmeer).

Recent onderzoek wijst uit dat er aanzienlijke verschillen in gezondheid naar sociaal-economische status (SES) bestaan. Mensen met een lage SES leven gemiddeld 3,5 jaar korter dan mensen met een hoge SES. Het verschil in jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is zelfs 15 jaar. Risicogroepen voor sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn eenoudergezinnen, werklozen en arbeidsongeschikten, mensen met een lage opleiding en sommige groepen allochtonen. De gemeente zal dus ook extra inspanning moeten doen op het inkomens- en werkgelegenheidsbeleid, omdat deze factoren een rechtstreekse invloed hebben op de volksgezondheid. Via de Nota Minimabeleid en de Task force economische zaken kan de gemeente dit oppakken. Een kenmerkend voorbeeld van het facetbeleid.

2.2.4 Fysieke ontwikkelingen

Vanuit het perspectief van gezondheidsbeleid is het wonen en het woonklimaat in de gemeente een belangrijke factor als het om fysieke ontwikkelingen gaat. De meeste mensen zijn tevreden met hun woning, zo blijkt uit GGD-onderzoek in de gemeente Boxmeer. Toch is er een relatief groot aantal (22%) dat in het afgelopen jaar een of meer klachten over de woning gehad. Van de ouderen was 10% ontevreden over de woning. Er is reeds een project geweest “onbenutte rechten” om mensen te wijzen op mogelijkheden voor woonaanpassing d.m.v. WVG indien de woning fysiek niet meer toereikend is. Dit werkt natuurlijk niet voor klachten als vochtproblemen en schimmelvorming.

Regionaal is er een afnemende behoefte aan woningen voor gezinnen en een toenemende behoefte aan woningen voor ouderen, jongeren en voor mensen met een (lichamelijke) functiebeperking.

Klachten over de leefomgeving in Boxmeer hebben vooral betrekking op lawaaioverlast (21%) en in mindere mate stankoverlast (6%). Dit zijn percentages die onder het regionale gemiddelde liggen en niet direct actie behoeven vanuit het gezondheidsbeleid. Natuurlijk hebben deze aspecten wel de aandacht in het milieu beleid bij de terugdringen van deze overlast. (zie 3.5.2.)

2.3 Beleidsontwikkelingen

Hieronder worden belangrijke landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen geschetst.

2.3.1 Landelijke ontwikkelingen gezondheidsbeleid

2.3.1.1 Toekomstverkenningen Volksgezondheid

Om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid worden er periodiek toekomstverkenningen gepubliceerd. Deze geven een overzicht van de huidige stand van zaken. Uit de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002 blijkt dat de Nederlandse bevolking steeds langer leeft en steeds langer in goede gezondheid. Binnen de Europese Unie raakt Nederland echter achterop. Er zijn geen aanwijzingen dat de gezondheidsverschillen tussen arm en rijk de afgelopen vijf jaar zijn afgenomen. De stagnerende gezondheid wordt vooral verklaard door ongezond gedrag. Er zijn geen aanwijzingen dat de stagnatie van de levensverwachting samenhangt met de knelpunten in de zorg.

Door de groei en het ouder worden van de bevolking zal in de toekomst het aantal ziektegevallen aanzienlijk toenemen, vooral van chronische aandoeningen. Daarom is verandering in het zorgaanbod nodig. Het gaat dan niet alleen over meer zorg, maar ook over kwalitatief goede zorg: zorg die effectief is, veilig en toegankelijk voor iedereen.

Er is aanzienlijke gezondheidswinst te boeken met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag. Voorkómen is niet alleen beter, maar vaak ook goedkoper. Investeren in preventie loont, vooral op de langere termijn.

Voor de gemeente betekenen deze bevindingen het volgende. Er is behoefte aan een lokaal preventiebeleid met gemeenschappelijke lokale prioriteiten en beleidsdoelen. Via dit beleid kan de gemeente stimuleren dat er lokaal nieuwe maatregelen worden ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd. Bovendien kan de implementatie van effectieve maatregelen (aangepast aan de lokale omstandigheden) worden bevorderd.

Er moeten meer lokale vormen van intersectorale samenwerking komen. En de lokale partijen zullen gezamenlijk na moeten gaan hoe effectieve preventieve maatregelen binnen de zorg opgenomen kunnen worden in het basisaanbod van de zorgverleners. Er zal gezamenlijk moeten worden geïnvesteerd in communicatie tussen overheid en burger, met verwijzing naar de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Met name consumenten- en patiëntenorganisaties kunnen in belangrijke mate bijdragen aan een benadering van risico's en risicoperceptie.

2.3.1.2 Landelijke nota preventie beleid

Eén van de rijkstaken die voortvloeit uit de vernieuwde WCPV is het regelmatig (iedere 4 jaar) doen verschijnen van een landelijke nota gezondheidsbeleid. Najaar 2003 verscheen de landelijke preventienota "Langer gezond leven: ook een kwestie van gedrag", waarin de rijksoverheid haar prioriteiten voor de periode 2004-2007 beschrijft. De centrale doelstellingen van het de rijksoverheid zijn het verlengen van gezonde levensjaren en het terugdringen van gezondheidsverschillen. In de nota ligt de nadruk op de bevordering van gezond gedrag, omdat vooral daarmee nog gezondheidswinst valt te behalen. Het uitgangspunt hierbij is dat gezond gedrag in de eerste plaats een zaak van de burgers zelf is, maar dat andere partijen, zoals de overheid, burgers moeten ondersteunen een gezonde keus te maken (making the healthy choice, the easy choice). Dit betekent dat naast voorlichting (b.v. over voeding en beweging in het

onderwijs) ook aandacht gegeven wordt aan het creëren van randvoorwaarden om een gezonde leefstijl te bevorderen. Hierbij kan gedacht worden aan een gezond aanbod in schoolkantines, subsidiering schoolzwemmen, alcoholbeperking in sportclubs, handhaving rookverbod in openbare gebouwen, toegankelijkheid gezondheidsvoorzieningen. De lokale overheid is bij uitstek geschikt deze randvoorwaarden te realiseren.

Roken, overgewicht en diabetes zijn tot speerpunten van dit beleid benoemd. Daarbij is diabetes gekozen als een van zes prioritaire aandoeningen (naast hart- en vaatziekten, kanker, astma en chronische longziekten, klachten van het bewegingsapparaat en psychische klachten, waaronder alcoholverslaving).

De acties rond de speerpunten moeten zich vooral richten op jongeren, ouderen en mensen met een lage opleiding.

2.3.1.3 Vermaatschappelijking van de zorg en extramuralisering

De afgelopen jaren is er landelijk gezien op het terrein van de volksgezondheid veel veranderd. De nadruk wordt steeds meer gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van burgers en het bevorderen van maatschappelijke participatie, het versterken van de positie van het lokale bestuur en de vermaatschappelijking van de zorg. Met deze laatste ontwikkeling wordt de zorg niet meer binnen de muren van de instelling verleend, maar steeds meer in de normale woonomgeving (extramuralisering). Deze ontwikkeling komt tegemoet aan de wens van veel bewoners van instellingen om weer in een normale woonomgeving te wonen en aan de wens van (toekomstige) zorgvragers om in hun huidige woning/woonomgeving te kunnen blijven wonen.

Als gevolg van deze ontwikkeling zullen er in iedere wijk steeds meer bewoners zijn die voorheen in een instelling woonden en nu in de wijk een beroep doen op de algemene voorzieningen van de gemeente op het terrein van welzijn, zorg, recreatie en educatie. Deze voorzieningen zullen dus ook voor ouderen en gehandicapten toegankelijk moeten zijn. Voor bijvoorbeeld de huisartsen en andere zorgverleners betekent de vermaatschappelijking ook een verzwaring van het patiëntenbestand, zowel kwalitatief als kwantitatief.

Dit heeft vaak direct gevolgen voor het gemeentelijk beleid. De gemeente krijgt steeds meer de functie van 'spin in het web' voor de openbare gezondheidszorg door de rijksoverheid toebedeeld, maar krijgt voor de uitvoering van deze functie niet de benodigde financiële middelen. Mede hierdoor wordt de gemeente min of meer gedwongen keuzes te maken en prioriteiten te stellen.

2.3.1.4 Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Het kabinet heeft besloten tot een nieuw stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Een nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zal de lichtere vormen van hulp en ondersteuning door gemeenten laten organiseren. De AWBZ komt straks pas in beeld als 'zware zorg' is vereist: professionele zorg en verpleging.

Daarnaast vindt het kabinet dat mensen zolang mogelijk zelfstandig moeten kunnen functioneren. Daarvoor is het belangrijk dat de verschillende zorg- en ondersteuningsvoorzieningen samenhang vertonen en in de directe omgeving van mensen te krijgen zijn. Ook als er als gevolg van de vergrijzing meer mensen een beroep doen op zorg, moet de kwaliteit behouden blijven. De overheid moet dit streven zien te rijmen met oplossingen voor de sterk groeiende uitgaven in de zorg en een druk op de arbeidsmarkt in de zorgsector.

De belangrijkste reden voor de stelselherziening is om een einde te maken aan de onduidelijkheid voor de burger. Door een veelvoud aan loketten, bureaucratie en een onduidelijke rolverdeling

tussen gemeente en het rijk is het voor de burger niet altijd duidelijk waar hij moet aankloppen voor hulp.

Het kabinet maakt vanaf 2006 met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning een strikt onderscheid tussen 'zorg' en 'maatschappelijke ondersteuning'. Zorg valt na invoering van de WMO onder de AWBZ en behelst alleen nog de langdurige zorg voor chronisch zieken, gehandicapten, chronisch psychiatrische patiënten en ouderen. Maatschappelijke ondersteuning valt straks onder de nieuwe WMO en gaat over de ondersteuning en begeleiding die het mensen mogelijk moet maken om volwaardig aan de maatschappij deel te nemen. Als de Tweede Kamer akkoord gaat, zal de WMO vanaf 2006 stapsgewijs ingevoerd worden. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de WMO komt bij de gemeenten te liggen.

2.3.2 Regiovisies

De regiovisie is het instrument waarin gemeenten, patiënten- en consumentenorganisaties, aanbieders van zorg en het zorgkantoor richting geven aan het zorgbeleid. Ook de afstemming met andere terreinen, zoals wonen, welzijn, onderwijs en arbeid krijgt daarbij aandacht.

Binnen de provincie Noord-Brabant zijn de volgende regiovisies opgesteld:

- Regiovisie Jeugdzorg
- Regiovisie Geestelijke gezondheidszorg
- Regiovisie Verzorging en verpleging
- Regiovisie Gehandicaptenzorg

In de regiovisies worden knelpunten in de zorg en in de samenwerking aangegeven. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan en een actieprogramma opgesteld. De geconstateerde knelpunten zijn voor gemeenten van direct belang. Bij de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid moet hierop inhoudelijk worden aangesloten. De nadruk in de regiovisies ligt op de ontwikkeling van vraaggericht werken en de vermaatschappelijking van de zorg. Doelstelling van dit beleid is dat mensen met (geestelijke en/of lichamelijke) gezondheidsproblemen niet langer in een instelling worden opgenomen om daar weer uit te vertrekken wanneer zij genezen zijn, maar zolang mogelijk deel van de maatschappij blijven uitmaken en zorg op maat krijgen aangeboden van diverse instanties. In het Land van Cuijk is er een project opgezet om de 3 regiovisies, Geestelijke gezondheidszorg Verzorging en Verpleging en Gehandicaptenzorg te integreren in 1 visie. Hiertoe is een intersectoraal overleg opgezet. Dit is nog sterk in ontwikkeling, maar de eerste activiteit is reeds uitgevoerd. Een succesvolle dag over de rol van de gemeente met betrekking tot de WMO. De dag was druk bezocht door instellingen en de politiek. Het resultaat van die dag is, dat de WMO in het Land van Cuijk regionaal zal worden opgepakt. De gemeente Boxmeer zal als bestuurlijke trekker optreden (wethouder J. de Graaf), de gemeente Cuijk zal de ambtelijke ondersteuning leveren. De regio heeft zich ook aangemeld om als pilot te fungeren voor de WMO.

2.3.3 Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

Naar aanleiding van een aantal recente rampen en calamiteiten wordt zeer kritisch gekeken naar het rampenplan van de gemeente en naar de hulpverlening van politie, brandweer en gezondheidsdiensten. Voor de geneeskundige hulpverlening was in 1995 al een versterkingsproject Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) gestart. De centrale doelstelling van de GHOR is het zoveel mogelijk beperken van de kans op

calamiteiten en rampen, en wanneer deze dreigen of zich voordoen, het optimaal voorbereid zijn. De uitvoering is grotendeels in handen van anderen gelegd, zoals huisartsen, ziekenhuizen, ambulancehulpverlening, GGZ, Rode Kruis, Maatschappelijk Werk en GGD. De financiering van de GHOR geschiedt middels rijks- en gemeentelijke bijdragen. Vanaf 1 januari 2003 is er een gemeenschappelijke regeling regionale hulpverleningsdienst Brabant-Noord. Deze regeling maakt het mogelijk intensiever samen te werken tussen de verschillende hulpdiensten. Deze nieuwe regeling vervangt de gemeenschappelijke regelingen regionale brandweer Noordoost-Noord-Brabant en de geneeskundige hulpverleningsdienst Brabant-Noord.

2.3.4 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (Openbare GGZ)

Openbare GGZ wordt omschreven als: *alle activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid die niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag worden uitgevoerd*. Belangrijk in deze definitie is het ontbreken van een hulpvraag en soms ook van medewerking van personen waarop de activiteiten zijn gericht. De betrokkenheid van de gemeente met de Openbare GGZ is vastgelegd in de WCPV. In de eerste plaats zijn wij verantwoordelijk voor de gezondheid en het welzijn van onze inwoners. In de tweede plaats zijn natuurlijk ook openbare orde en veiligheid gediend met een goed netwerk binnen de Openbare GGZ.

In 1999 is er een landelijk convenant gesloten ‘tot uitvoering van beleid inzake openbare geestelijke gezondheidszorg’. Het belangrijkste doel van dit convenant is om gemeenten, zorgverzekeraars en instellingen te stimuleren om op lokaal niveau te gaan samenwerken en Openbare GGZ-beleid te ontwikkelen. Samenwerking en netwerkontwikkeling worden aangemerkt als kernelementen van dit beleid. De gemeente heeft de regierol in de totstandkoming van die samenwerkingsverbanden.

Ten behoeve van dit samenwerkingsverband hebben de gemeenten in de regio Brabant Noordoost en alle bij de Openbare GGZ betrokken partijen een convenant gesloten en een platform Openbare GGZ in het leven geroepen. De doelstelling van dit platform is om met de betrokken organisaties een gezamenlijke visie, strategie en organisatie te ontwikkelen. Belangrijke partners in dit platform zijn de gemeenten, GGD, GGZ, AMW, Novadic-Kentron, Zorgkantoor, maatschappelijke opvang en het patiënten- en consumenten platform. De uitvoering van het beleid wordt deelregionaal opgezet.

2.3.5 Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

Het jeugdbeleid is de laatste jaren sterk in ontwikkeling. Dat is ook terug te vinden in de jeugdgezondheidszorg. Het beleid van het ministerie van VWS is gericht op het integreren van de gezondheidszorg van 0 tot 4 jarigen (consultatiebureau) door de thuiszorg en de jeugdgezondheidszorg van 4 tot 19 jarigen door de GGD. De verantwoordelijkheid van de JGZ van 0 tot 19 jaar ligt sinds 1 januari 2003 in zijn geheel bij de gemeente.

De middelen voor de uitvoering van de JGZ 0 tot 4 jarigen krijgt de gemeente vanaf 2003 ter beschikking. Het uniforme deel wordt gedurende een periode van drie jaar gefinancierd via een specifieke regeling. Middelen bestemd voor maatwerk (afgestemd op lokale activiteiten) worden bekostigd door een uitkering uit het gemeentefonds. Het maatwerkdeel is voornamelijk bestemd om het bereik te vergroten van de consultatiebureaus: de signalering, begeleiding en verwijzing van kinderen met een (taal)achterstand. Een speerpunt in de JGZ zal zijn de sluitende aanpak 0-tot 6-jarigen. Voor 2005 is een Boxmeerse Nota Jeugdbeleid in voorbereiding.

2.3.6 Technische Hygiëne Zorg

Om het risico te beperken op het ontstaan en de overdracht van infectieziekten controleert de GGD in opdracht van de gemeente om de twee jaar peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en basisscholen op de naleving van de hygiëne en veiligheid. Daarnaast is de gemeente verplicht in het kader van de Waterleidingswet maatregelen te treffen in openbare gebouwen ter voorkoming van legionella. Hieraan is uitvoering gegeven door in een vroeg stadium alle beheerders van openbare gelegenheden met warmwatervoorzieningen te wijzen op de noodzaak van een risico-inventarisatie en het opstellen van een beheersplan. Voor gemeentelijke gebouwen zijn de risico-inventarisaties inmiddels uitgevoerd en zijn of worden er beheersplannen opgesteld.

2.3.7 Medische milieukunde

In de gewijzigde Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) wordt expliciete aandacht gevraagd voor de fysieke omgeving in het lokaal gezondheidsbeleid.

Medische milieukunde houdt zich bezig met de invloed van milieuverontreiniging op de gezondheid. Onder het begrip 'milieu' wordt verstaan de fysieke omgeving van de mens. Deze omgeving wordt beschreven in chemische, biologische of fysieke termen. Wij zijn verantwoordelijk voor het bewaken van gezondheidsaspecten van bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu. De GGD Hart voor Brabant, kan in een samenwerkingsverband met de andere GGD'en in Brabant en Zeeland beschikken over een medisch milieukundige.

2.4 Instellingen gezondheidszorg

De gemeente Boxmeer kent een breed aanbod van instellingen voor gezondheidszorg. De instellingen voor algemene, geestelijke en openbare gezondheidszorg, die veelal regionaal werkzaam zijn, worden kort beschreven.

2.4.1 Algemene gezondheidszorg

2.4.1.1 Eerste lijn

De eerstelijnszorg wordt onder andere gevormd door de huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers en wijkverpleegkundigen. De huisartsen zijn daarbij de poortwachters van de gezondheidszorg. Zij verwijzen naar andere hulpverleners uit de eerste lijn en naar specialisten in de tweede lijn (ziekenhuizen en dergelijke).

De gemeente Boxmeer telt 19 huisartsen, deze werken in 1-arts praktijken: Boxmeer (2x), Rijkevoort (apotheehoudend), Oeffelt, Overloon (apotheehoudend) of in groepspraktijken: Boxmeer (3x), Overloon en Vierlingsbeek. De avond-, nacht- en weekenddiensten worden verzorgd vanuit de Huisartsenpost in het Maasziekenhuis, waaraan de Boxmeerse huisartsen deelnemen. Deze laatste voorziening roept voortdurend vragen op het gebied van de bereikbaarheid en toegankelijkheid op. Daarnaast vraagt de Katholieke Vrouwenorganisatie kring Land van Cuijk aan de gemeentebesturen in het Land van Cuijk naar de mogelijkheid van een apotheekpost bij de huisartsenpost.

Gezien de leeftijd van een aantal huisartsen in Boxmeer moeten we er rekening mee houden dat er op termijn vacatures zullen ontstaan, die niet automatisch worden ingevuld. Om de huisartsenzorg voor de toekomst te kunnen waarborgen zal de gemeente met de huisartsen in overleg treden. Hieruit zal duidelijk moeten worden welke actieve rol de gemeente kan nemen om de randvoorwaarden voor vestiging van nieuwe huisartsen te verbeteren.

2.4.1.2 Tweede lijn

Voor onze inwoners zijn er drie ziekenhuizen in de directe omgeving. Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis en Universitair Medisch Centrum St. Radboud in Nijmegen. Verder is er nog het VieCuri Medisch Centrum Voor Noord Limburg ziekenhuis, met vestigingen in Venray en Venlo.

2.4.2 Geestelijke gezondheidszorg

2.4.2.1 Eerste lijn

De toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt verschaft door de huisarts, door psychologen en door het algemeen maatschappelijk werk van het Regionaal Maatschappelijk Centrum Land van Cuijk. Met name het algemeen maatschappelijk werk is de laatste tijd door de minister van VWS naar voren geschoven als 'poortwachter'. De kerntaak van deze werksoort is hulpverlening op psychosociaal gebied. Het algemeen maatschappelijk werk wordt geheel gefinancierd met gemeentelijke subsidie. Naast het algemeen maatschappelijk werk wordt aandacht besteed aan budgethulpverlening en participeren schoolmaatschappelijk werkers in voortgezet onderwijs.

2.4.2.2 Tweede lijn

De tweede lijn in de geestelijke gezondheidszorg wordt gevormd door het GGZ Centrum Land van Cuijk, welke zich bezig houdt met diagnostiek, behandeling, verpleging en verzorging van mensen met psychische problemen. De instelling heeft een gedifferentieerd hulpverleningsaanbod, te weten: ambulante behandeling, thuiszorg, deeltijdbehandeling, klinische zorg en diverse woonvormen. In het GGZ Centrum Land van Cuijk werken de GGZ Oost Brabant, het Maasziekenhuis Pantein en Pantein Verpleging en Verzorging intensief samen. Daarnaast is er voor deze regio het Psychiatrisch ziekenhuis Huize Padua in Boekel en Coudewater in Rosmalen.

2.4.3 Advies- en Informatiepunt Boxmeer (AIB)

Het Advies- en Informatiepunt Boxmeer is een loket waar inwoners van de gemeente Boxmeer terecht kunnen voor vragen op het gebied van welzijn, inkomensondersteuning, arbeidszaken, zorg, (aangepast) wonen en vele andere zaken waar mensen in het alledaagse leven tegenaan lopen. Het AIB is ondergebracht bij het Regionaal Maatschappelijk Centrum. Uit de inspraakavonden (zie hoofdstuk 5) bleek het AIB als zeer nuttige voorziening werd gezien, maar dat uitbreiding naar een bredere informatie voorziening als wenselijk gezien werd.

2.4.4 Verzorging en verpleging

De indicatiestelling voor de verzorgings- en verpleegsector, dat wil zeggen voor verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg, wordt tot 1-1-2005 verzorgd door de Stichting Regionaal Indicatie Orgaan Brabant Noordoost (RIO). Het RIO is tevens verantwoordelijk voor de indicatiestelling in de gehandicaptensector en voor langdurig zorgafhankelijke cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Per 1-1-2005 zullen deze taken worden overgenomen door het nieuwe CIZ (Centrale Indicatie Zorg). De indicatiestelling van hulpmiddelen en vervoer in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) is ondergebracht bij het Zorgnetwerk Land van Cuijk. In afwachting van de ontwikkelingen rond het nieuwe CIZ blijft deze voorlopig bij het Zorgnetwerk en zal deze niet worden overgeheveld naar de RIO / CIZ.

Stichting Thuiszorg Brabant Noordoost is de belangrijkste thuiszorgaanbieder in deze regio. Zij biedt verpleegkundige, verzorgende en huishoudelijke hulp in de thuissituatie aan. Daarnaast verzorgt de thuiszorg het consultatiebureau voor 0 tot 4 jarigen, opvoedingsondersteuning, preventieve activiteiten, uitleen, verhuur of verkoop van hulpmiddelen en verpleegartikelen. Ook heeft de Thuiszorg een dienst Voeding en Dieet, die deze diensten verleend o.a. in het kader van jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen en op verzoek ook aan het basisonderwijs.

2.4.5 Welzijn Ouderen

De Stichting Welzijn Ouderen Gemeente Boxmeer bevordert door het aanbieden van een aantal diensten en activiteiten dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. SWOGB is een vrijwilligersorganisatie en werkt voor alle ouderen woonachtig in de gemeente Boxmeer. Zij wordt in haar werk ondersteund door Radius stichting welzijn Land van Cuijk. Het ouderenwerk is een onderdeel van het welzijnswerk van Radius. In dit verband ondersteunt zij behalve de SWOGB ook andere groepen ouderen, zoals de seniorenraad en de ouderenbonden. De SWOGB werkt eveneens samen met Stichting Pantein Verpleging en Verzorging, Thuiszorg, Algemeen Maatschappelijk Werk en Geestelijke Gezondheidszorg. Gezamenlijk beogen zij een effectief afgestemd aanbod van zorg, diensten en hulpverlening te kunnen bieden aan ouderen die in meerdere of mindere mate zorgafhankelijk zijn. Tevens bieden zij een op preventie gericht aanbod aan vitale zelfstandige ouderen. Een beleidsnota lokaal ouderen beleid zal in 2005 vastgesteld worden. Hierbij zal een relatie worden gelegd met het regionale beleid, voor een zo veel mogelijk sluitende aanpak.

2.4.6 Verslavingszorg

Novadic-Kentron biedt hulp aan zowel mensen met verslavingsproblemen als aan hun omgeving, met voorzieningen als: behandelingen vanuit de thuiszorgsituatie (ambulant) of binnen een kliniek, preventieactiviteiten zoals de projecten Gezonde school en genotmiddelen. Daarnaast werkt Novadic nauw samen met huisartsen, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang, GGD, politie en justitie. De verslavingszorg wordt volledig door het rijk gefinancierd via de centrumgemeente Oss.

In het dienstencentrum Victor Hugo in de gemeente Cuijk heeft Novadic-Kentron een steunpunt voor hulpverlening aan verslaafden aan alcohol, drugs, medicijnen en gokken. Twee maal in de

week wordt er ook aan heroïneverslaafden methadon verstrekt. Begin 2003 waren er 22 methadongebruikers uit het Land van Cuijk, van wie ongeveer de helft in Boxmeer woonachtig is. In 2004 is Novadic-Kentron begonnen met een spreekuur in Boxmeer in samenwerking met en in de ruimte van de GGZ.

2.4.7 Maatschappelijke opvang

Voor personen en gezinnen die vastgelopen zijn in hun oude omgeving of door andere oorzaken (tijdelijk) dakloos zijn heeft de regio Brabant Noordoost de multifunctionele opvangvoorziening, het Verdihuis in Oss. De Stichting Maatschappelijke Opvang Verdihuis kent de volgende voorzieningen: crisisopvang, passantenverblijf, intensieve jongerenopvang, sociaal pension, opvang in gezinshuizen, begeleid wonen, intensieve thuisbegeleiding en preventieve woonbegeleiding. De totale capaciteit is circa 150 bedden.

In de afgelopen 3 jaren waren er gemiddeld 6 personen vanuit Boxmeer in het Verdihuis opgenomen.

De maatschappelijke opvang wordt door het rijk gefinancierd via de centrumgemeente Oss. Gemeenten leveren vanaf 2003 een aanvullende bijdrage om een voor deze regio adequate voorziening in stand te kunnen houden. Er wordt vanuit gegaan dat vanaf 2005 de rijksbijdrage voldoende is en er geen regionale bijdrage meer benodigd zal zijn. Er is nog wel een verkenning gaande of een eventuele time-out voorziening wenselijk is. In 2005 zal er een nieuw regionaal beleidsplan voor de maatschappelijke opvang worden vastgesteld. Deze nota zal zijn opgesteld en voorbereid door de gemeente Oss in overleg met de regio.

2.4.8 Openbare Gezondheidszorg

Voor de gemeente is de belangrijkste zorgaanbieder op het terrein van de openbare gezondheidszorg de GGD Hart voor Brabant. De gemeente heeft een groot deel van de uitvoering van de volksgezondheidszaken die zij heeft gekregen op grond van de WCPV, ondergebracht bij de GGD. De GGD heeft een uitgebreid takenpakket openbare gezondheidszorg onderverdeeld in Algemene Gezondheidszorg, Jeugdgezondheidszorg, Gezondheidsbevordering en Ambulancezorg.

Algemene Gezondheidszorg:

- Aangiften infectieziekten
- Röntgenonderzoek tuberculose
- Voorlichting SOA/Aids
- Behandeling van klachten inzake milieu en gezondheid
- Technische hygiënezorg
- Lijkschouwingen
- Arrestantenzorg
- Vangnetfunctie: Crisiszorg
- Reizigersvaccinatie

Jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen

- Gezondheidsonderzoeken 5/6 jarigen
- Screeningen en onderzoeken 11-jarigen
- Onderzoek klas 2 voortgezet onderwijs

- Screeningen preventieve logopedie
- (Entree)onderzoeken speciaal onderwijs
- Contacten psycholoog

Gezondheidsbevordering

- Lokaal gezondheidsbeleid: ondersteuning
- Onderzoek: Gezondheidsmonitoring jeugd, volwassenen, ouderen
- Keuzeproducten gezondheidsbevordering jeugd, ouderen, bijzondere groepen
- Informatie en documentatiecentrum, sociale kaart, massamediale informatie.

Ambulancezorg

2.4.9 Jeugd(gezondheids)zorg

Op 1 januari 2004 is de WCPV gewijzigd waardoor gemeenten de bestuurlijke verantwoordelijkheid heeft gekregen voor de jeugdgezondheidszorg voor alle jeugdigen van 0-19 jaar (integrale jeugdgezondheidszorg). Wat betreft de JGZ gold de verantwoordelijkheid reeds voor 4 tot 9 jarige zorg, maar met de wetwijziging geldt hij ook voor de preventieve zorg aan zuigelingen ofwel de ouder- en kindzorg.

Voor de jeugdgezondheidszorg voor de 0 – 4 jarigen (consultatiebureau) werd deze zorg voorheen uit de AWBZ gefinancierd en was de uitvoerende instantie hiervoor de Stichting Thuiszorg Brabant Noordoost. Vanaf 2003 wordt het maatwerkdeel van het basispakket gefinancierd via het gemeentefonds en het uniforme deel via een specifieke regeling (tot 2007)

De nieuwe regierol van de gemeente houdt in dat zij zorg draagt voor:

- Integrale uitvoering van de jeugdgezondheidszorg
- Een goede afstemming en uitvoering van het uniform en maatwerkdeel van het basistakenpakket.
- Het bevorderen van samenhang met andere voorzieningen ten behoeve van de jeugd.

De thuiszorg organisatie en de GGD gaan intensiever samenwerken, onder regie van de gemeente (wat o.a. blijkt uit het aanstellen van één relatiemanager voor beide organisaties samen). De essentie is dat er één integrale jeugdgezondheidszorg komt. In onze regio omvat de integrale jeugdgezondheidszorg nog meer dan wat de WCPV vastlegt.

De jeugdgezondheidszorg begint al voor de geboorte (-9 maanden zorg of te wel de prenatale zorg). Hieronder valt o.a. de voorlichting over de gevolgen van alcohol, roken en drugs tijdens de zwangerschap. Vanaf het eerste levensjaar wordt de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkelingen van kinderen gevolgd. Naast meten, wegen en inenten van het kind, behoort nu ook de ondersteuning van ouders bij de opvoeding tot het aanbod van de jeugdgezondheidszorg. In eerste instantie gaat in de jeugdgezondheidszorg de aandacht uit naar de verticale keten tussen kraamzorg, thuiszorg en GGD. Er worden afspraken gemaakt over de overdacht van gegevens en afstemming van werkwijze. Echter net zo belangrijk is de horizontale keten, dat wil zeggen de samenwerking met andere instanties die zich op jeugdigen richten: onderwijs, jeugd- en jongerenwerk, jeugdzorg en gezondheidszorg behoren tot de horizontale keten. In het kader van lokaal jeugdbeleid zal samenwerking met voorschoolse voorzieningen, scholen, politie en jeugdhulpverlening structureler plaatsvinden. In het kader van gemeentelijke jeugdbeleid, is in begin 2001 door Boxmeer een startsein gegeven voor de ontwikkelingen van

signaleringsnetwerken om vroegtijdig signalen te bespreken bij kinderen en jeugdigen. Hiertoe zijn de 12 min en 12 plus netwerken ontwikkeld. Professionals als o.a. leerkrachten, schoolarts, maatschappelijk werkende en medewerkers van de jeugdzorg bespreken daarin op cliëntniveau kinderen met als doel:

- Vroegtijdige signalering van problemen en risicogedrag bij kinderen
- Het beiden van advies en begeleiding, vroegtijdig en dicht bij huis
- Signalen uit de diverse disciplines kunnen worden gebundeld tot een gerichte aanpak.
- Adviseren met betrekking tot het bieden van adequate hulp en doorverwijzing.
- Signaleren van bedreigende omstandigheden voor gezondheid en welzijn van kinderen.

Het accent in het overleg ligt op samenhang en afstemming. Er worden afspraken gemaakt en stappen gezet om de uitvoering in gang te zetten. Het treffen van concrete maatregelen is en blijft een verantwoordelijkheid van de betreffende instelling. De daadwerkelijke uitwerking van de jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg vindt plaats in het integrale jeugdbeleid. De huidige ontwikkelingen rondom de herstructurering het bureau jeugdzorg door de provincie worden nauwlettend gevolgd.

2.4.10 Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)

Vanaf 2004 krijgen de hulpverleningsregio's Brabant-Noord en Midden- en West-Brabant een apart bestuur voor de geneeskundige hulpverlening en de regionale brandweer. De GGD is daarin een volwaardige partner, die zich richt op de (acute) gezondheidszorg. Bij incidenten en ongevallen met (mogelijke) grootschalige of ernstige risico's wordt de geneeskundige hulpverleningsketen in werking gesteld. De GHOR-besturen kopen de geneeskundige taken in bij de GGD en innen zelf de inwonersbijdrage, die niet meer in de GGD-begroting zit. Ook het Gemeenschappelijke Meldcentrum Brabant-Noord komt onder het GHOR-bestuur. De centrale post ambulancezorg, die deel neemt aan het GMC blijft onderdeel van de Regionale Ambulancevoorziening.

3 De gezondheidssituatie in de gemeente Boxmeer

3.1 Inleiding

De gezondheid van de Nederlander ontwikkelt zich minder goed dan die van andere Europeanen. Dat blijkt uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (november 2002). Onze levensverwachting stijgt wel, maar minder snel dan in andere landen. Vooral bij vrouwen stagneert de toename van de levensverwachting. Bovendien 'investeert' de jeugd op dit moment flink in ongezondheid.

De verschillen in gezondheid tussen sociaal sterkere en zwakkere groepen in Nederland blijken hardnekkig. De eerste groep leeft gemiddeld bijna 4 jaar langer en brengt 10 jaar langer in goede gezondheid door.

Ongezond gedrag lijkt de belangrijkste oorzaak van deze ongunstige trends. Een aanzienlijk deel van de jaarlijkse sterfte hangt samen met gedrag: roken (ongeveer 15% van de totale sterfte), te weinig bewegen (6%), overgewicht (6%), te weinig groenten en fruit (5%) en te veel verzadigd vet (5%).

Daarnaast speelt de psychosociale problematiek een grote rol. Dit vraagt onder andere aandacht voor de openbare geestelijke gezondheidszorg. Thema's die steeds actueler worden zijn agressie op straat en huiselijk geweld, waaronder kindermishandeling.

Het aantal infectieziekten blijft toenemen, mede door de groeiende mobiliteit van de wereldbevolking. Reizigers naar verre landen, de grote groep illegalen maar ook onveilige seksuele contacten beïnvloeden deze trend. Daarnaast leidt de vrees voor infectieziekten onder andere tot preventieactiviteiten, zoals de meningokokkencampagne in 2002.

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de gezondheid van de bevolking van de gemeente Boxmeer. Dit doen we aan de hand van de determinanten van gezondheid; biologische/erfelijke factoren (zoals chronische ziekten, gehandicapten), leefstijl, fysieke en sociale omgeving en gezondheidszorg. Dit beeld van de volksgezondheid in de gemeente Boxmeer vormt een belangrijk uitgangspunt voor het toekomstige gezondheidsbeleid.

De bronnen waarvan we gebruik hebben gemaakt om de gezondheid van de bevolking te beschrijven zijn beleidsstukken van (zorg) organisaties op verschillende beleidsterreinen, met name de GGD-onderzoeken onder ouderen (2001), volwassenen (2002), en jongeren (2003), cijfers omtrent ziekte en sterfte in Hart voor Brabant en gesprekken met sleutelfiguren op het gebied van gezondheidszorg, welzijns-, jeugd-, ouderenorganisaties, basis- en voortgezet onderwijs.

3.2 Lichamelijke en geestelijke gezondheid

3.2.1 Ziekte en sterfte

De regio Hart voor Brabant scoort ongunstig op hart- en vaatziekten en longkanker.

Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland; 38% van de mannen en 41% van de vrouwen overlijdt hieraan. In de regio Hart voor Brabant is de sterfte aan hart- en vaatziekten onder mannen 5% hoger en onder vrouwen 9% hoger dan in Nederland. De tweede doodsoorzaak in Nederland is kanker. Longkanker is de voornaamste vorm van kanker waaraan mensen overlijden. In vergelijking met de rest van Nederland sterven in de regio Hart voor Brabant 14% meer mannen aan longkanker. Bij vrouwen is longkanker echter één van de snelst toenemende vormen van kanker. Nagegaan zou moeten worden of luchtverontreiniging hierin een rol kan spelen.

In Boxmeer is er ten opzichte van Nederland sprake van een oversterfte bij vrouwen voor ziekten van het hartvaatstelsel. Zowel voor mannen (26%) als voor vrouwen (18%) is er sprake van een verhoogd aantal ziekenhuisopnamen. Bovendien is er voor beide geslachten sprake van een verhoogd aantal ziekenhuisopnamen voor 'ziekten van het hartvaatstelsel', 'ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel' en 'ziekten van de ademhalingswegen'. Voor mannen wordt er een verhoogd aantal opnamen gevonden voor ziekten van het spijsverteringsstelsel'. Voor vrouwen wordt er een verhoogd aantal opnamen gevonden voor 'psychische stoornissen' en voor 'ziekten van zenuwstelsel en zintuigen' (Ziekte en sterfte in de regio Hart voor Brabant, GGD Hart voor Brabant, 2000)

3.2.2 Geestelijke gezondheid

Met het merendeel van de jongeren in de regio gaat het goed. Bij 80-85% van hen is er geen sprake van psychosociale problemen. Toch maken veel jongeren (12-19- jarigen) zich zorgen en zitten over veel dingen in (43,5%), voelen zich vaak onzeker (39%), zijn vaak zenuwachtig of gespannen (34,6%).

Bijna een op de drie volwassenen functioneerde in de periode waarin de enquête werd afgenomen minder goed dan gewoonlijk. 14 procent ervaart problemen op minstens vier levensdomeinen, wat op zich lager is dan in de regio. Hiertoe worden gerekend de woon-, werk- en leefsituatie, de financiële situatie, zorgen over de toekomst en onvrede met zichzelf. Maar liefst 10.000 volwassenen (35%) voelen zich eenzaam. (een opmerkelijk aantal dat even hoog is als bij ouderen).

Opvallend is dat veel psychosociale klachten juist bij jonge vrouwen voor komen. De mate waarin deze klachten bij meisjes vanaf 16 jaar voor komen is zelfs verontrustend.

Ruim eenderde van de ouderen heeft psychosociale problemen, die vooral veroorzaakt worden door een of meer van de volgende factoren: zorgen om het ouder worden, veranderingen in de maatschappij, wonen, tijdsbesteding en alcoholgebruik. Gevoelens van angst, depressie, zenuwachtigheid en lichtgeraaktheid, kortom psychisch onwelbevinden, doet zich voor bij 16,6% van de ouderen. Oorzaken: zorgen om de gezondheid, eenzaamheid, zorgen om de kinderen.

3.3 Gezondheidsbeleving

Van de jongeren ervaart een op de acht de eigen gezondheid als matig tot slecht. Meisjes van 15 t/m 17 jaar beoordelen hun gezondheid het slechtst.

Bij de volwassenen is dat een op de tien. Iets groter (14%) is het aantal dat zegt moeite te hebben met de dagelijkse bezigheden vanwege de lichamelijke klachten. Ruim 1.700 volwassenen (6%) worden in het dagelijkse leven ernstig belemmerd door chronische aandoeningen. Het hebben van chronische aandoeningen, het leven van een uitkering en het afkomstig zijn uit een achterstandsland zijn factoren die in belangrijke mate bijdragen aan een slechte gezondheid. Een op de tien volwassenen beoordeelt zijn gezondheid als slecht.

Van de ouderen heeft meer dan de helft gedurende langere tijd last van lichamelijke ongemakken of van een of meer ziekten. Ouderdom komt voor velen dus daadwerkelijk met gebreken. Ruim eenderde (38%) beoordeelt de eigen gezondheid als matig tot slecht. Daarnaast ondervindt 20% van de ouderen ernstige hinder van chronische ziekte.

3.3.1 Huisartsenbezoek

Van de jongeren heeft over een heel jaar bezien 62% contact gehad met een huisarts. Onder volwassenen neemt naarmate de leeftijd vordert het bezoek aan een huisarts toe. Vrouwen gaan vaker naar een huisarts dan mannen. Dat geldt ook voor mensen met een chronische aandoening, mensen met een uitkering en mensen afkomstig uit een achterstandsland. Uit het GGD-onderzoek blijkt dat in de onderzoeksperiode 49% van de volwassenen contact met de huisarts heeft gehad.

3.3.2 Ongevallen

Het aantal sportongevallen is veel groter dan ongevallen in de privé-sfeer, bedrijfsongevallen of verkeersongevallen. Bij sportblessures gaat het om 6% van de bevolking bij de overige om 1 à 2%. Sportblessures komen veel vaker bij de mannen voor dan bij vrouwen en de meeste blessures in de leeftijd van 20-30 jaar (15%). Bij ruim eenderde van sportongevallen wordt er een medische of professionele hulpverlener ingeschakeld. Bij sportongevallen geldt, hoe ouder, hoe minder gevallen.

Het vallen over matjes, losse draden etc. komt geregeld voor bij ouderen. In Boxmeer bij 25% van de ouderen. Bij ouderen hebben deze valongevallen vaker ziekenhuisopname tot gevolg en is er sprake van een langere nasleep, waardoor het bij deze groep om relatief hogere medische kosten gaat. Ook immaterieel worden ouderen hard getroffen door valongevallen. Door ziekenhuisopname en revalidatie zijn zij tijdelijk of zelfs voorgoed minder zelfredzaam. Van belang is daarom onveilige situaties in en om het huis te signaleren en hiervoor maatregelen te treffen om deze situatie op te heffen.

3.4 Leefstijl en gedrag

3.4.1 Voeding

De algemene tendens in Nederland is dat mensen dikker worden en in toenemende mate onregelmatig, eenzijdig en ongezond eten. Met name wordt een spectaculaire toename gezien van het aantal jeugdigen met overgewicht, met bewezen risico's voor de gezondheid.

Uit de jeugdmonitor blijkt dat 8 % van de 12- t/m 17 jarigen uit Boxmeer overgewicht heeft (incl. overgewicht). Dit cijfer wijkt in positieve zin af van de regio Hart voor Brabant (10%).

Opvallend is dat jongeren die op het speciaal onderwijs, VMBO of MBO zitten vaker overgewicht hebben in vergelijking met de groep leerlingen in HAVO/VWO/HBO/WO. Obesitas komt ook vaker voor bij jongeren van wie beide ouders laag zijn opgeleid (drie keer zo vaak).

Mannen hebben meer last van matig tot ernstig overgewicht dan vrouwen, vooral in de leeftijdsgroep 30 tot 50 jaar. Mannen (64%) en vrouwen (55%) in de leeftijdsgroep 50 tot 65 jaar hebben het meest last van matig tot ernstig overgewicht.

Maar liefst 82% van de volwassenen eet volgens de richtlijnen voor goede voeding onvoldoende groente en fruit. Naarmate men ouder wordt, verandert dat in gunstige zin.

Van de Boxmeerse jongeren van 12 t/m 17 jaar blijkt 57% niet dagelijks groente, 79% niet dagelijks fruit te eten en 19% minder dan vijf keer per week te ontbijten.

In verschillende rapporten wordt gesignaleerd dat verzorgers onvoldoende zorg besteden aan gezonde voeding voor hun kinderen. De keuze van voeding is veelal beperkt of te eenzijdig te noemen en steeds meer kinderen komen naar school zonder een goed ontbijt.

3.4.2 Gedragsproblemen

Het aantal jongeren dat kampt met psychosociale problemen en agressief gedrag ligt in het Land van Cuijk lager dan het landelijke gemiddelde. Toch hebben we het over 12 tot 14% van de jongeren, die problematisch gedrag vertonen. Het gaat hierbij enerzijds om problemen die kinderen zelf ervaren zoals emotionele problemen, angsten, depressies en lichamelijke klachten als hoofdpijn, maagpijn, oververmoeidheid etc. En anderzijds om probleemveroorzakend delinquent of agressief gedrag.

3.4.3 Alcohol

Onder jongeren, ook onder de 16 jaar, wordt veel alcohol gedronken. Het drinken van veel alcohol per keer is schadelijk voor de gezondheid, terwijl frequent maar matig alcoholgebruik niet schadelijk hoeft te zijn. Wanneer er meer dan zes glazen alcohol per keer wordt gedronken heeft dit schadelijke gevolgen voor de gezondheid. Van de 12-18 jarigen heeft 60% wel eens alcohol gedronken. Het percentage jeugdige alcoholdrinkers neemt toe met de leeftijd. Iets meer dan 1 op de 10 (11%) jongeren drinkt behalve in het weekend ook doordeweeks alcohol. Onder de 16 – 17 jarigen is 43% in de afgelopen vier weken wel eens donken of aangeschoten geweest.

Verontrustend is dat kinderen steeds vroeger beginnen met het drinken van alcohol. Bekend is dat ook basisschoolleerlingen al mixdrankjes met alcohol (breezers) drinken en dus al vroeg vertrouwd raken met alcoholgebruik. Daarom blijft het van belang dat scholen de kinderen goed voorlichten over de risico's van het gebruik van alcohol, drugs en roken, zoals dat in gang is gezet met het project 'gezonde school en genotmiddelen'.

Het alcoholgebruik onder volwassenen is doorgaans hoog te noemen. Verschillende organisaties op het gebied van de gezondheidszorg geven aan dat het excessief alcoholgebruik, met name bij mannen, toeneemt.

Van excessief gebruik is sprake bij bijna dagelijks gebruik van 4 of 5 glazen alcoholhoudende drank, van zeer excessief gebruik bij bijna dagelijks gebruik van 6 glazen of meer. Er blijkt een aanzienlijk verschil te bestaan tussen mannen en vrouwen wat betreft het (zeer) excessief alcoholgebruik. En dat geldt met name voor de leeftijdsgroep 20-29 jarigen. Een op de vijf volwassenen (21%) gebruikt excessief alcohol. Dat geldt zowel voor de regio Hart voor Brabant als Brabant Noordoost en de gemeente Boxmeer

3.4.4 Roken

Roken is een belangrijke risicofactor voor de gezondheid. Bij mensen boven de 20 jaar kan ongeveer de helft van de totale sterfte aan longkanker, chronische obstructieve longziekten, hartziekten en beroerten aan roken worden toegeschreven.

In onze gemeente rookt 25 % van de bevolking, belangrijk lager dan het landelijk gemiddelde. Bij mannen is het percentage rokers hoger dan bij vrouwen. Het aandeel rokers varieert met de leeftijd en is het hoogst bij de 20-29 jarigen.

Uit de jeugdmonitor van de GGD blijkt dat 91% van de Boxmeerse jongeren van 12 tot 18 jaar niet rook en 5% van hen dagelijks rookt.

3.4.5 Drugs

Het aantal jongeren uit de gemeente Boxmeer dat softdrugs (marihuana of hasj) gebruikt bedraagt 5%. Dit is vergelijkbaar met resultaten uit landelijk onderzoek.

Daarentegen gebruiken ze, relatief gezien, vaker amfetamines en cocaïne of heroïne (0,9% versus 0,2% voor de regio HvB). Hierbij is het natuurlijk van belang om in de gaten te houden dat het absolute aantal natuurlijk nog steeds erg klein is.

Het gebruik van soft/harddrugs onder volwassenen bedraagt voor de gemeente Boxmeer 3% (regionaal gemiddelde). Het aantal heroïneverslaafden in Boxmeer is niet exact bekend. Van hen maken ruim 10 personen gebruik van de methadonverstrekking.

3.4.6 Gokken

Op het aspect van gokgedrag in de gemeente Boxmeer, valt de gemeente niet uit de toon bij het landelijke en regionaal gemiddelde. Onder de jeugd is het iets hoger (6,4 in plaats van 6,0) voor het Land van Cuijk (zie bijlage 2) maar dat is geen significante afwijking. Ook onder volwassenen is het percentage 0,4 hoger (zie bijlage 2) in de gemeente Boxmeer dan in Brabant Noord-Oost, maar ook dat is geen significante afwijking.

3.4.7 Slaap- en kalmeringsmiddelen

Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen neemt naarmate de leeftijd stijgt toe. Met name vrouwen maken gebruik van deze middelen. Onder jongeren is het gebruik ervan bijna 4%, onder volwassenen gemiddeld ruim 7% en onder ouderen 16%.

3.4.8 Sport

Beweging draagt in belangrijke mate bij aan een evenwichtige ontwikkeling van jongeren. Sport en bewegen hebben een positieve invloed op de gezondheid, fitheid en het welbevinden van mensen. Om die reden neemt het bewegingsonderwijs een belangrijke plaats in op de scholen. Bewegingsonderwijs is dus heel belangrijk voor de ontwikkeling van jongeren maar staat de laatste jaren onder druk. Voor het geven van gymnastiek of bewegingsonderwijs zijn op de basisscholen geen gediplomeerde vakleerkrachten meer verplicht. Dit ondermijnt de kwaliteit van het vak lichamelijke opvoeding en ook de beschikbare tijd voor dit vak is nog maar zeer beperkt. Voegen we hier de bewegingsarmoede (televisie en computer) en een afnemende belangstelling voor sport aan toe, dan is het evident dat de lichamelijke ontwikkeling en gesteldheid van basisschoolleerlingen onder druk staat. Onze gemeente beschikt wel over een groot aantal sportvoorzieningen, waarvan veel jongeren gebruik maken. Gekeken kan worden hoe deze sportvoorzieningen binnen een brede school concept of buitenschoolse opvang ingezet kunnen worden om zo de eerder genoemde beperkingen van het bewegingsonderwijs op te vangen. Via de stimuleringsregeling breedtesport wordt, naast aangepast sporten en vrijwillig in beweging dan ook de buitenschoolse sportactiviteiten gesubsidieerd tot en met 2006.

Meer dan de helft van de volwassenen is te weinig in beweging volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. D.w.z. dat men minder dan vijf dagen per week matig intensief gedurende 30 minuten in beweging is. Mannen, en met name 30-40 jarigen, voldoen minder vaak aan de norm dan vrouwen.

Uit de jeugdmonitor 2003 blijkt dat van de Boxmeerse jeugd 80% wekelijks of vaker sport (t.o.v. 78% voor de regio HvB) en 67% lid is van een sportclub of sportschool (t.o.v. 65% voor de regio HvB).

Het bevorderen van sportieve activiteiten is om gezondheidsredenen op zijn plaats.

Door een gestructureerd en zeer divers aanbod van sportieve activiteiten worden ouderen gestimuleerd lichamelijk actief te blijven. In diverse kernen vinden wekelijks sportieve activiteiten onder deskundige begeleiding plaats. Ook voor ouderen met lichamelijke gebreken is er een programma.

3.5 Fysieke en psychosociale omgeving

3.5.1 Wonen

Goede huisvesting en een hoge kwaliteit van de leefomgeving beschermen mensen tegen ongezondheid en bevordert het welbevinden. In onze gemeente is een tekort aan huisvesting voor jongeren, ouderen en mensen met een functiebeperking. Voor wat betreft de ouderen- en gehandicaptenhuisvesting dient het beleid erop gericht te zijn ouderen en mensen met een functiebeperking in staat te stellen om zo lang mogelijk te blijven wonen en functioneren in een door hen zelf gekozen omgeving. Voor de meeste ouderen en mensen met een functiebeperking is dit de omgeving waar ze nu wonen.

Opgemerkt zij dat het Bouwbesluit 2003 strikte regels voorschrijft bij nieuwbouw met betrekking tot aspecten van gezondheid en veiligheid. Ook zijn er initiatieven op het gebied van duurzaam bouwen, aangepast bouwen en WVG. Ook het Inclusief Beleid, door de raad vastgesteld in 2000, is een belangrijk aspect hier. Het Inclusief Beleid heeft als doelstelling dat in 2010 heel Boxmeer Bereikbaar, Toegankelijk en Bruikbaar is voor alle inwoners binnen Boxmeer. Ook minder validen moeten van alle faciliteiten in hun woonomgeving gebruik kunnen maken.

3.5.2 Fysieke omgeving

Opvallend is dat in Boxmeer relatief weinig mensen (21%) klagen over geluidsoverlast blijkens het onderzoek van de GGD onder volwassenen. Dit is significant minder dan in de buurgemeenten en in de regio. De bronnen van overlast blijken te zijn op de eerste plaats het verkeer, gevolgd door straaljagers en vervolgens spelende kinderen en (rondhangende) jongeren. Een ander aspect van geluidsoverlast betreft het geluidsvolume bij disco's en concerten. Het gaat daarbij dan niet zozeer over de geluidsoverlast voor omwonenden, want daarvoor gelden strikte regels waarop sancties staan bij overtreding. Het gaat hierbij om de gehoorschade die kan ontstaan bij langdurige blootstelling aan dit geluidsvolume.

Behalve over geluidsoverlast klagen nogal wat mensen over stankoverlast. Dit percentage is echter aanzienlijk lager, namelijk 6% en komt overeen met het gemiddelde in de regio.

In het kader van reconstructie ligt het op het bordje van de gemeente om het aantal stankgehinderden terug te dringen. Hierbij kan het beste resultaat worden bereikt door intensieve veehouderijen die in of tegen de kern aanliggen te laten stoppen of te verplaatsen. Het beleid van de gemeente zal hierop de komende jaren gericht zijn. Dit zal ook de gezondheid van mensen die nu nog binnen stankcirkels wonen van bestaande bedrijven ten goede komen. In het kaderplan milieu, dat in 2005 herzien zal worden, worden ook diverse milieuaspecten beschreven die te maken hebben met gezondheid. Denk hierbij aan het verlenen van milieuvergunningen. Er moet een bepaalde afstand ten opzichte van woningen van derden in acht worden genomen om een aanvaardbaar leefmilieu te garanderen. Ook worden voorwaarden gesteld aan het geluid dat een bedrijf mag produceren in de avond-, nacht- en dagperiode. Daarnaast geeft de geluidsniveaukaart aan welke geluidsbelasting woningen ondervinden van het wegverkeer.

Daarbij worden maximale normen gesteld. Bij een bouwvergunning dient aangegeven te worden dat een binnenniveau van 35 dB(A) wordt gehaald. Wanneer de gevelbelasting aan de hoge kant is, kan in een aantal gevallen toch gebouwd worden maar dienen verblijfsruimten zoals woon- en slaapkamers aan de geluidsluwe zijde gesitueerd te worden.

3.5.3 Verkeersveiligheid en vervoer

Bij de verkeersveiligheid gaat het vooral om de veiligheid in de omgeving waar kinderen en jeugdigen zich ophouden, maar ook de routes waarlangs men zich met name naar de scholen begeeft. Instelling van 30 km-zones, de inrichting van woonerven, het aanleggen van fietsroutes en verkeersremmende maatregelen dragen bij tot een meer veilige woonomgeving. Hieraan wordt in het GVVP (Gemeentelijk Verkeers en Vervoersplan) de nodige aandacht besteed. De omgeving van scholen vraagt extra zorg in verband met het halen en brengen van de kinderen, in het bijzonder bij slechte weersomstandigheden. Helaas zijn de verzorgers zelf veelvuldig de veroorzakers van problemen die zich kunnen voordoen.

Ook het verkeersgedrag van jeugdigen op weg naar school baart zorgen. 3VO (voorheen Veilig Verkeer Nederland) verzorgt in samenwerking met de politie voorlichtings- en educatietrajecten voor jeugdigen om de theoretische en praktische verkeerskennis te vergroten.

In het collegeprogramma is het uitgangspunt dat de veiligheid van voetgangers en fietsers nummer één staat op de prioriteitenlijst. Het langzaam verkeer krijgt daarom in de Gemeentelijk Verkeers en VervoersPlan (GVVP) een belangrijke rol. Door het optimaliseren van de fietsroutes en goede fietsstallingen wordt getracht het fietsgebruik te bevorderen. In het centrum moet de fietser zo kort mogelijk bij het doel kunnen komen. Ook de kwaliteit van de stallingen moet het gebruik bevorderen.

Signalen over verkeers(on)veiligheid die veelvuldig benoemd worden door mensen met een functiebeperking, ouderen en ouders met kleine kinderen zijn de trottoirs en winkelstraten. De obstakels in de winkelstraten en op het trottoir of het trottoir zelf kunnen de mensen ernstig hinderen. Een lantaarnpaal midden op het trottoir of een in de haast weggezette fiets of reclamebord zijn voor iedereen lastig, maar vormen voor bepaalde mensen een onoverkomelijk probleem. Het Inclusief beleid is hierin een wapen. Dit beleid is er immers op gericht dat alle burgers van Boxmeer, dus ook met een handicap, volledig gebruik kunnen maken van alle voorzieningen en openbare ruimte.

Verder zijn middels enquêtes bij scholen de knelpunten inzake schoolomgevingen en schoolthuisroutes in beeld gebracht. De schoolomgevingen hebben in het GVVP een prominente rol gekregen. Gezamenlijk met de basisscholen heeft Boxmeer zich aangemeld bij het Brabants VerkeersveiligheidsLabel (BVL). Hierbij krijgt verkeer een permanente plaats binnen het basisonderwijs. Van de 18 scholen hebben zich er 10 aangemeld bij BVL.

Bij de evaluatie van de 30/60 kilometers zones, die deel uitmaken van het GVVP, zijn de wijkraden nauw betrokken geweest. Verder wordt aan de hand van de ongevallencijfers verder bekeken wat het effect van de invoering geweest is.

Met de komst van de Taxihopper zijn ook alle dorpskernen met openbaar vervoer bereikbaar. Voor mensen die niet over een vervoermiddel beschikken en afhankelijk zijn van het openbaar vervoer is het doen van boodschappen, het bezoeken van de o.a. huisarts of apotheek mogelijk geworden. Voor diegenen, die niet zonder begeleiding, van huis kunnen bieden de Vrijwillige Hulpdienst begeleid vervoer.

3.5.4 Veiligheidsbeleving

Met name van ouderen is bekend dat een groot aantal (19% in regio Land van Cuijk) zich 's avonds niet veilig voelt in de buurt. Van de volwassenen is 16% ooit slachtoffer geweest van een misdrijf.

Uit de jeugdmonitor 2003 komt naar voren dat 18% van de jongeren in Boxmeer zich wel eens onveilig voelt, 13% een onveilig gevoel op straat in de eigen woonbuurt heeft, en 15% een onveilig gevoel heeft bij uitgaansgelegenheden. De voor de regio Hart voor Brabant vergelijkbare cijfers zijn respectievelijk 24%, 18% en 12%.

Ook laat de jeugdmonitor 2003 zien dat het slachtofferschap onder jeugdigen niet afwijkt van dat van de regio Hart voor Brabant; 28% van de jongeren van 12 t/m 17 jaar is in de periode van 12 maanden voorafgaand aan de monitor slachtoffer geweest van een misdrijf: 10% vernieling van spullen, 7% bestolen van (brom)fiets/scooter en 10% bestolen van andere spullen.

Met de aanpak van de integrale veiligheid, zoals die door het driehoeksoverleg Land van Cuijk wordt vorm gegeven, zal op een systematische en samenhangende manier de lokale veiligheid in al haar facetten worden verbeterd onder regie van het gemeentebestuur.

3.5.5 Sociale netwerken en eenzaamheid

Niet alleen ouderen en gehandicapten, maar ook 37% van de volwassenen kampt met eenzaamheidsproblemen. Vrouwen in de leeftijd vanaf 55 jaar ervaren de eenzaamheid het meest.

Onder jongeren geeft 84% aan genoeg vrienden of vriendinnen te hebben. Dit komt overeen met de regio Hart voor Brabant (83%).

Met het oog op onder andere de afnemende tolerantie jegens elkaar, de toenemende individualisering en de vermaatschappelijking van de zorg is het van belang dat er aandacht wordt besteed aan het bevorderen van sociale cohesie in de gemeente. Via een actief welzijnsbeleid en de individuele benadering van ouderen door middel van huisbezoek wordt getracht een oplossing te bieden voor deze problematiek. Dit zal worden meegenomen in de nota lokaal ouderen beleid.

3.6 Zorgsysteem

3.6.1 Gebouwen

In het kader van de volksgezondheid dienen gebouwen als peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, scholen, sport- en wijkaccommodaties etc. aan de normen van veiligheid, hygiëne en toegankelijkheid te voldoen.

De gemeente voert in deze een actief beleid. De GGD controleert in opdracht van de gemeente een keer in de twee jaar de schoolgebouwen, peuterspeelzalen en kinderdagverblijven. Wat betreft de legionellabestrijding zijn alle verantwoordelijken gewezen zich te houden aan de verplichtingen die de 'Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater' oplegt. Waar wij zelf direct verantwoordelijk zijn voeren wij de vereiste maatregelen uit.

Mensen met een functiebeperking, ouderen en mensen met een kinderwagen kunnen sommige openbare gebouwen moeilijk betreden. Om de toegankelijkheid van gebouwen te waarborgen heeft de raad in de nota Inclusief beleid gesteld heel de Gemeente Boxmeer per 2010 Bereikbaar, toegankelijke en bruikbaar moet zijn voor iedere burger van Boxmeer.

3.6.2 Wachtlijstreductie

Goede en toegankelijke gezondheidszorg is van vitaal belang voor mensen. De grote inspanningen die de laatste jaren zijn verricht om wachtlijsten weg te werken zijn daarom van eminente betekenis. Maar goede gezondheidszorg is geen simpele zaak. Technisch kan er veel, maar alleen al door het langer zelfstandig thuis blijven wonen neemt de druk op de professionele zorg en de mantelzorg(ers) steeds verder toe. Burgers zullen meer dan nu het geval is aanspraak maken op zorg-op-maat en zorg-op-tijd. De zorg staat onder druk en die druk neemt alleen maar toe.

De aandacht voor de individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid voor goede gezondheid is onvermijdelijk. Gezond gedrag en verbeteringen in de levensomstandigheden leveren meer gezondheidswinst op dan verbeteringen in de zorg. Goed onderwijs, gezonde voeding, voldoende beweging en ontspanning, goede arbeidsomstandigheden en goede woningen, verminderen van de sociaal-economische verschillen zijn factoren die gezondheid helpen te bevorderen.

De rol van de gemeente op dit vlak is beperkt. Zij kan alleen door preventieve maatregelen meewerken aan de terugdringen van de wachtlijsten. Voorbeelden hiervoor zijn valpreventie en ondersteuning van de mantelzorg.

4 Aandachtspunten en prioriteiten

In dit hoofdstuk gaan we in op de belangrijkste knelpunten, die tot een aanpak dwingen. Maar voordat we dat doen, geven we eerst aan op welke wijze we aan de vereisten van de nota qua doelstelling en inhoud (zie hoofdstuk 1) menen te voldoen. Deze vereisten zijn:

- inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking,
- verbanden met andere terreinen,
- wat gebeurt gemeenteoverstijgend,
- doelen op populatieniveau,
- plan van aanpak
- voorstellen voor de communicatie over het gezondheidsbeleid.

We hebben de *gezondheidstoestand van onze burgers* beschreven, voor zover dit met onze kennis van dit moment mogelijk is. Overigens verwachten wij bij de verdere discussie over deze nota van de kant van belanghebbende partijen en burgers waardevolle aanvullingen, die in de definitieve nota hun beslag zullen krijgen.

De *verbanden met andere gemeentelijke terreinen* zijn gelegd, doordat we de gezondheid en gezondheidsbeleid in een brede betekenis hebben besproken met aandacht voor de sociaal-economische factoren, fysieke omgeving, wonen, welzijn en zorg etc. Bij tal van bestuurlijke beslissingen wordt het belang van gezondheid meegewogen. Met de kennis van zaken vanuit deze nota kan ook bij bestuurlijke beslissingen de gezondheidsafweging explicieter worden gemaakt.

Veel zaken rond gezondheidsbeleid en gezondheidszorg zijn *gemeente overstijgend*, omdat de gezondheidszorg grootschalig is georganiseerd. Deze schaalgrootte varieert van Land van Cuijk tot het werkgebied van de GGD Hart voor Brabant. De meeste beslissingen worden daarom op basis van consensus genomen. Om die samenwerking en afstemming handen en voeten te geven is er op het terrein van de zorg en welzijn het instrument van regiovisie ontwikkeld. De regiefunctie van de gemeente is veelal een gezamenlijke regievoering.

De *doelen op populatieniveau* vloeien voort uit de (keuze van de) aandachtspunten, waarvan de belangrijkste hierna worden gepresenteerd.

De *aanpak van de aandachtspunten* zal planmatig moeten gebeuren en dit plan moet zorgvuldig worden beschreven (Wat wil je bereiken? Hoe ga je dat doen? Wat heb je daar voor over?)

De *communicatie over beleid* begint wat ons betreft door de nota als discussiestuk voor te leggen aan alle belanghebbenden (commissie- en raadsleden, instellingen, organisaties en burgers). Met een paar sleutelfiguren zijn er in de aanloop van het schrijven van deze nota gesprekken gevoerd. Op basis hiervan is geconcludeerd dat men veel gericht een inbreng kan leveren als men een stuk in handen heeft in de vorm van bijvoorbeeld een beleidskader met concrete informatie, waarop men commentaar kan leveren. Dit heeft geresulteerd in het eerst ontwikkelen van een conceptversie van deze nota. De conceptversie is daarna met een begeleidend stuk aan de

commissie inwonerszaken voorgelegd, alsmede is er een informatieavond belegd, waar ook de (para)medische beroepen waren uitgenodigd. Op deze informatieavond zijn de mensen uitgenodigd om op de nota te reageren en punten in te brengen. Het resultaat daarvan is te lezen in hoofdstuk 6.

4.1 Waar schort het bij de gezondheid van onze burgers aan?

4.1.1 Aandachtspunten en prioriteiten

4.1.1.1 Leefstijl en gedrag

Leefstijl en gedrag bepalen in belangrijke mate de gezonde levensverwachting. De trend dat men steeds verantwoord en gezonder gaat leven lijkt te stagneren. Met name bij de jongeren, mannen in de leeftijd van 30 tot 50 jaar en vrouwen in de leeftijd van 50 tot 65 jaar laten gezond gedrag en gezonde leefstijl te wensen over. Voeding, roken, alcoholgebruik, voldoende beweging en lichamelijke inspanning vragen extra aandacht al was het maar om met relatief geringe kosten veel gezondheidswinst te behalen.

De middelen die de gemeente ter beschikking staan om gedrag en leefstijl te beïnvloeden zijn beperkt. Het gaat immers op de eerste plaats om de eigen verantwoordelijkheid. De gemeente zal zich wel inspannen om preventieprogramma's uit te laten voeren en gezondheidsbevorderende condities te scheppen.

Voor de bevordering van gezonde leefstijl en gedrag sluiten wij aan bij de informatieverstrekking door diverse gezondheidsinstellingen en de rijksoverheid.

Daarnaast zetten wij in:

- wat betreft roken op het instrueren van besturen en beheerders van gemeenschapsaccommodaties e.d. over het naleven van de voorschriften uit de Tabakswet;
- wat betreft verslaving en het gebruik van alcohol, drugs, gokken e.d. op de inbedding van het preventieprogramma Gezonde scholen en genotmiddelen in het reguliere onderwijsprogramma van basis en voortgezet onderwijs;
- wat betreft overmatig alcoholgebruik op het naleven van het convenant met de horeca;
- wat betreft sporten door ouderen op het zeer gevarieerde en professioneel begeleid sportprogramma. (via SWOGB)

4.1.1.2 Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Ook al beoordeelt van alle volwassenen 'slechts' een op de tien de gezondheid als slecht, waarbij Boxmeer gunstig scoort in de regio, rechtvaardigt dit niet dat we aan sommige groepen geen extra aandacht moeten besteden. Niet alleen chronisch zieken, maar ook mensen met een uitkering, zeker als zij afkomstig zijn uit een achterstandsland vormen een kwetsbare groep als het om gezondheid gaat. Vier zaken hebben wij hierbij voor ogen,

1. Aanvullend op het bestaand aanbod van voorlichting en informatie over gezond gedrag en leefstijl maken wij binnen ons keuzepakket van de GGD gebruik van de voorlichting in de eigen taal voor degenen, die nu nog alleen Turks of Arabische spreken. (bestaand beleid)
2. Het contact tussen met name degenen die alleen Turks of Arabisch spreken en de gezondheidszorgaanbieders verloopt vaak erg moeizaam. Onbegrip, frustratie, mogelijk ook vragen aan het verkeerde adres zijn het gevolg. Wij willen met de huisartsen en zorgverzekeraars onderzoeken of het inzetten van een zorgbemiddelaar zinvol is. Een voorstel om een experiment in deze zin op te zetten willen wij met de GGD in het kader van het keuzepakket nader uitwerken. Dit zal in het verlengde zijn van het project “een kleurrijk krachtenspel” (bestaand beleid)
3. Evaluatie van het spreekuur van het algemeen maatschappelijk werk in het internationale vrouwencentrum. (bestaand beleid)
4. Door opname van voorwaarden in de budgetbeschikkingen van sociaal culturele en welzijnsinstellingen de deelname van deze kwetsbare groepen te bevorderen.

4.1.1.3 Huisartsenzorg

Het is niet langer een vanzelfsprekendheid dat vrijkomende plaatsen in de huisartsenpraktijk worden opgevuld. Ook de huisartsen in onze gemeente hebben hiervoor de aandacht van het gemeentebestuur gevraagd. Om de huisartsenzorg voor de toekomst te waarborgen gaan wij met de huisartsen in overleg. Eventuele voorstellen die hieruit voort vloeien zullen in een apart besluitvormingstraject worden afgehandeld.

Vragen over het functioneren van de huisartsenpost voor avond- en weekenddiensten en de medicijnverstrekking daarbij zullen wij in het overleg met de huisartsen aan de orde stellen.

Voor ons geldt de huisartsenpost ter ontlasting van de individuele huisartsenpraktijken in de avonden en weekenden zoals die nu functioneert als een gegeven. Onze rol in deze is niet meer dan een bemiddelende ter verbetering van het functioneren van deze dienst, mocht dat aan de orde zijn. Hiernaast kan de gemeente Boxtmeer kijken wat er mogelijk is om de huisvesting van huisartsen te bevorderen. Vooral deze kostenposten is voor beginnende huisartsen een onneembare drempel. Mogelijkheden voor een (a)hoed (apothek/Huisartsen Onder Een Dak) zullen bekeken worden.

4.1.1.4 Eenzaamheid

Niet alleen onder ouderen, zoals inmiddels algemeen bekend is, maar ook onder volwassenen blijkt eenzaamheid een ernstig probleem te zijn. Maar liefst 35% voelt zich eenzaam.

Wij zullen in het activiteitenplan Regionaal Platform Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en de werkgroep Preventie van de regiovisie Geestelijke Gezondheidszorg expliciet aandacht vragen voor deze problematiek.

4.1.1.5 Gemeentelijke regierol

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid legt de basis voor een gemeentelijke regierol met o.a. als doelstelling het brengen van samenhang binnen preventie en tussen preventie en curatie.

Hiervoor is een goede structuur van overleg, samenwerking en afstemming vereist. Tussen de instellingen die preventie in hun takenpakket hebben en de gemeente vindt regelmatig

gestructureerd overleg plaats. Voorbeelden zijn het Platform Openbare geestelijke gezondheidszorg Brabant Noordoost met een deelregionale werkstructuur en de Stuurgroep integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen. Gestructureerd overleg met de curatieve sector ontbreekt. Om de regierol op dit punt waar te maken zullen wij de eerstelijns gezondheidszorg uitnodigen tot afstemmingsoverleg.

5 Van discussienota naar beleidsplan: de voortgangprocedure

Een eerste plan van aanpak, dat medio 2002 door het college werd goedgekeurd, voorzag in een gezamenlijke aanpak van de vijf gemeenten van het Land van Cuijk in het opstellen van een nota lokaal gezondheidsbeleid. Om een aantal redenen stagneerde de samenwerking met als gevolg dat eind februari 2003 in goed overleg werd besloten tot een eigen voortgangstraject. In de samenwerkingsperiode hebben er enkele gesprekken plaats gevonden met sleutelfiguren van instellingen en organisaties als het ouderenwerk, jongerenwerk, Vizeer en de contactpersoon van de huisartsen in het Land van Cuijk. Het rendement van deze gesprekken zonder een uitgewerkt beleidskader blijkt achteraf gering. Vandaar dat wij voor Boxmeer voor de volgende voortgangprocedure hebben gekozen. Na deze nota en de daaruit voortkomende visie voorgelegd te hebben aan de commissie inwonerszaken, is er een inspraakavond geweest voor burgers en de aan zorg gerelateerde instellingen. Op deze inspraakavond zijn aspecten naar voren gekomen, die volgens de bevolking en instellingen extra aandacht behoeven.

5.1 De inspraakavond

Op 7 december 2004 is er een inspraakavond geweest over het lokaal gezondheidsbeleid. De avond had een goede opkomst met ongeveer 40 tot 50 personen uit alle lagen van de bevolking en de nodige instellingen (zowel vrijwilligersorganisaties als KBO's en de SWOGB, als professionele vertegenwoordigers van o.a. scholen, Radius en fysiotherapiepraktijken). De deelnemers werden opgesplitst in 3 groepen op basis van de thema's ouderen, jeugd en voorzieningen in Boxmeer. Een belangrijke conclusie uit de inspraakavond was dat er veel zaken reeds goed gaan. Zo heeft Boxmeer een ruim en goed netwerk van zorgvoorzieningen waaronder een eigen ziekenhuis. Alle instellingen zijn bereid om (mee) te denken in termen van ketenzorg en vergaande samenwerking.

Toch werden er zorgpunten door de deelnemers aangegeven. Over deze zorgpunten is op 8 december 2004 een ambtelijk overleg geweest. In de volgende paragrafen zal per onderwerp ingegaan worden op de zorgpunten en de reactie van het ambtelijk overleg hierop.

Als algemene conclusie van de avond mag gesteld worden dat de meeste punten reeds bekend waren en in het bestaande beleid al aandacht krijgen. Toch zijn er op sommige punten blijkbaar verbeteringen, specificeringen of intensiveringen nodig. Ook dat zal in de volgende paragraaf worden meegenomen.

5.1.1 Jeugd

Te weinig afstemming organisaties

Door de deelnemers werd tijdens de inspraakavond aangegeven dat inmiddels op verschillende momenten geconstateerd is dat de onderlinge afstemming tussen de instellingen verbetering behoeft. Door het ontbreken van een sociale kaart en het feit dat (beroepskrachten van) instellingen onvoldoende op de hoogte zijn van elkaars producten en (on)mogelijkheden is de hulpverlening aan jongeren en/of hun ouders niet in alle gevallen optimaal. Ook is niet bekend of er sprake is van tekorten of doublures in het aanbod van voorzieningen.

Er is sprake van een groot aantal voorzieningen en van een groot aantal netwerken. Netwerken zowel op beleidsniveau als op het gebied van casuïstiekbespreking. Uitdaging is om beleidsoverleg zo efficiënt en effectief mogelijk te organiseren en de beschikbare capaciteit optimaal ten goede te laten komen aan de doelgroep, het uitvoerend werk.

De gemeentelijke regiegroep jeugdbeleid zal meer benut moeten worden voor beleidsafstemming op gemeentelijk niveau. In het kader van het project psychosociale gezondheid jeugd en in het kader van de overheveling van taken van Bureau Jeugdzorg naar het Regionaal Maatschappelijk Centrum zou bezien kunnen worden of het mogelijk is om op de schaal van het Land van Cuijk tot een “centraal loket” voor opvoedingsondersteuning te komen. Op het gebied van de casuïstiekbesprekingen kennen we het meso-overleg/12+ netwerken (schoolmaatschappelijk werk) in het voortgezet onderwijs. In het basisonderwijs vindt casuïstiekbespreking plaats in de 12- netwerken die met ingang van 2005 voor alle basisscholen in de gemeente mogelijk worden.

Doelstelling: mede de netwerken 12- en 12+ netwerken inzetten om tot een verbetering van de afstemming te komen.

Verantwoordelijk beleidsterrein: jeugdbeleid.

Zorgsystemen handelen (soms) niet snel genoeg bij jongeren.

Door deelnemers aan de inspraakavond werd aangegeven dat jongeren soms een periode niet geholpen worden omdat tussen de goed afgebakende taken van de diverse organisaties een grijs gebied zit en omdat instellingen onvoldoende op de hoogte zijn van elkaars (on)mogelijkheden. Hierdoor is de doorverwijzing niet in alle gevallen efficiënt en effectief.

Dit aspect is ook vanuit het jeugdbeleid gesignaleerd en hangt voor een deel samen met het eerder genoemde punt van de onderlinge afstemming. De eerder genoemde 12- en 12+ netwerken bieden hier deels een oplossing voor. Het terugbrengen van een deel van de jeugdzorg naar het RMC maakt de mogelijkheden tot regionale afstemming waarschijnlijk groter.

Doelstelling: Door de gemeentelijke regierol serieus te nemen bijdragen aan adequate hulpverlening aan jongeren. In de Nota Jeugd beleid zal dit verder zijn te concretiseren.

Verantwoordelijk beleidsterrein: jeugdbeleid.

Verveling bij jongeren

Uit de jeugdmonitor en signalen uit het werkveld blijkt dat een fors percentage van de jongeren zich verveelt. Het percentage in Boxmeer ligt zelfs significant hoger ten opzichte van de rest in de regio van GGD Hart voor Brabant. Door de deelnemers aan de inspraakavond is aangegeven dat dit als een belangrijk zorgpunt gezien moet worden.

Echter, hoewel dit punt ook al in gesprekken met het werkveld is aangegeven, is het zeer moeilijk concreet te maken. Want wat is “verveling” en wat is de concrete oorzaak daarvan. Eenzaamheid wordt hierbij genoemd. Van de andere kant is verveling misschien wel een onderdeel van een fase bij de jeugd. Want als het jeugdwerk activiteiten organiseert, wordt daar nauwelijks aan deelgenomen. Om op dit punt actie te kunnen ondernemen zal duidelijker gemaakt moeten worden of het überhaupt een probleem is en wat dan de exacte oorzaak van het probleem is. Hiernaar dient nader onderzoek gedaan te worden.

Doelstelling: over 2 jaar over een analyse te beschikken over aard en grootte van het probleem verveling bij jongeren.

Verantwoordelijk beleidsterrein: gezondheidsbeleid.

De slechte psychosociale gezondheid bij oudere meisjes en jongere vrouwen.

Uit twee jeugdmonitoren op een rij in een tijdsbestek van 5 jaar is dit punt naar voren gekomen zonder dat er actie op heeft plaats gevonden. Toch wordt het door de deelnemers aan de inspraakavond gezien als een zeer zorgwekkende trend.

In het kader van het project psychosociale gezondheid jeugd hebben de volgende groepen de belangrijkste prioriteit toegekend gekregen:

- jongeren uit gezinnen met een problematische achtergrond
- jongeren van allochtone afkomst (niet westers)
- jongeren met beperkte vaardigheden
- jongeren die genotmiddelen gebruiken.

Het projectverslag doet aanbevelingen voor effectieve interventies. Het betreft de projecten:

- allochtone onderwijscontactpersoon
- kleurrijk krachtenspel
- de WegWijZer: 1 loket voor de burger op het terrein van Wonen, Welzijn en Zorg

Ten aanzien van deze projecten is door de ambtenaren jeugd in het Land van Cuijk het volgende advies geformuleerd:

- In de gemeente Cuijk (Merletcollege) functioneert inmiddels een allochtone onderwijscontactpersoon. Indien andere scholen voor voortgezet onderwijs het initiatief willen implementeren kan aansluiting gezocht worden bij het Merletcollege.
- In de gemeente Boxmeer wordt het project “kleurrijk krachtenspel” inmiddels uitgevoerd.
- Het project de WegWijZer wordt in het kader van het jeugdbeleid te breed van opzet gevonden. Beter zou het zijn, zoals eerder omschreven, om de mogelijkheden van “1 loket” voor opvoedingsondersteuning te onderzoeken in het kader van de nieuwe taakstelling op het terrein van jeugd van het Regionaal Maatschappelijk Centrum.

In het project WegWijZer is de doelgroep oudere meisjes en jongere vrouwen niet als prioriteit naar voren gekomen terwijl de deelnemers tijdens de inspraakavond nadrukkelijk het belang van aandacht voor deze doelgroep hebben aangegeven.

Aangezien deze problematiek een regionale en zelfs landelijke trend is, is het zeer de vraag of dit punt lokaal moet worden opgepakt. Het zou beter zijn dit via het regionale jeugdbeleid en/of de regionale GGD op te pakken.

Actie: Via het regionale jeugdbeleid en portefeuillehoudersoverleg WGOC (welzijn, gezondheid, onderwijs, cultuur) en/of algemeen bestuur van de GGD, de GGD een actieprogramma op laten stellen voor de aanpak van dit zorgpunt.

Doelstelling: binnen 2 jaar een projectvoorstel over de regionale aanpak van dit zorgpunt, bij voorkeur meefinancieren via het basispakket van de GGD.

Verantwoordelijk beleidsterrein: gezondheidszorg.

Jongeren vinden softdrugs zeer normaal

De deelnemers aan de inspraakavond gaven aan dat het een zorgwekkende trend is onder jeugdigen om het gebruik van softdrugs als heel normaal of zelfs als “Cool” te zien. Hierdoor kan de peer-pressure om softdrugs te gebruiken wel eens onacceptabel hoog worden.

Er zijn reeds projecten gedaan als "gezonde school en genotsmiddelen" waarbij duidelijk aandacht was voor drugsgebruik. Dit is niet voldoende gebleken. Echter, elke actie die op dit punt genomen wordt heeft draagvlak nodig vanuit de jeugd. De enige middelen die de gemeente kan hanteren zijn voorlichting geven en ongewenst gebruik bestraffen. Een eerder voorstel van Novadic-Kentron om te reguleren via een legale coffeeshop, is in het Land van Cuijk als onwenselijk afgewezen; het driehoeksoverleg in de regio hanteert een nul-optie voor coffeeshops.

Er zal dus naar andere manieren gezocht moeten worden. De meest geëigende weg is en blijft die van voorlichting aan jeugdigen en hun ouders. Aangezien hiervan weinig heil wordt verwacht als men er vrijwillig aan kan deelnemen, zal gekozen worden voor een aanpak via de scholen. Eenmalige acties zijn hierbij niet voldoende. Er zal een voortdurende campagne moeten worden opgezet die de jeugd van de bezwaren bewust moet maken.

De actie zal dus bestaan uit:

- Met GGD en Novadic-Kentron gaan zoeken naar de meest effectieve manier van voorlichting geven over druggebruik
- Het opstellen van een voorlichtingsplan
- Repressie van drugsgebruik in de openbare ruimte en “hangplekken” door de jeugdagent en de stadswachten (hier is al aandacht voor, ook in het kader van Jong in de Buurt).

Doelstelling: een goed voorlichtingstraject per 1-1-2007.

Verantwoordelijk beleidsterrein: jeugdbeleid i.s.m. gezondheidszorg.

Aanbod ongezond voedsel op middelbare scholen en sportkantines

De deelnemers aan de inspraakavond gaven aan dat ze de visie over gezonde voeding voor jeugdigen belangrijk vinden. Het brede aanbod van ongezonde voeding op scholen en in sportkantines (snoep, “vette hap”, frisdrank) wordt als onwenselijk gezien.

Ook dit zorgpunt is betrokken bij het project “gezonde school en genotmiddelen”, door de gemeente aangeboden aan de scholen. Verder is er op dit moment ook een aanbod van het Voedingscentrum en de GGD waar scholen gebruik van kunnen maken.

Dit punt is echter lastig te realiseren omdat

- 1) de kantine voor de school en sportverenigingen een bron van inkomsten is

- 2) de redenatie is: “als ze het hier niet krijgen, dan gaan ze het wel ergens anders halen”. In de buurt van elke school of sportvereniging is immers wel een snackbar en/of supermarkt.

Beide argumenten zijn legitiem. Toch zou het in de visie van de gemeente te prefereren zijn dat er een gezonder aanbod komt in de kantines, zeker gezien de forse toename van overgewicht onder jongeren. Tegelijk moet men zich realiseren dat de mogelijkheden van de gemeente op dit punt beperkt zijn, bij sportverenigingen nog beperkter dan op scholen. Het is immers voornamelijk een mentaliteitskwestie van de jongeren zelf.

Doelstelling: Voor schooljaar 2006-2007 een voorstel maken op welke wijze het aanbod van de kantines gezonder kan.

Beleidsverantwoordelijke : Onderwijsbeleid.

5.1.2 Ouderen

Middelen volgt beleid

Door de deelnemers aan de inspraakavond is aangegeven dat de middelen (lees geld) ondergeschikt moeten zijn aan de beleidsambities.

Dit is reeds de geldende praktijk in de gemeente Boxmeer als onderdeel van het “van buiten naar binnen denken”. Echter, het spreekt voor zich dat de gemeente maar beperkte middelen heeft en in haar beleid dus keuzes zal moeten maken. Het is aan de raad om deze keuzes te maken en te bekrachtigen.

Duidelijkheid wat een minimale basisvoorziening moet zijn voor ouderen per dorpskern.

Uit de kleinere dorpskernen trekken steeds meer voorzieningen weg. Dit is zeer nadelig voor de leefbaarheid in die kernen. Zeker voor ouderen die minder mobiel zijn en vaak aangewezen zijn op de lokale middelen.

Op dit moment is er aandacht voor de leefbaarheid in de diverse dorpskernen. Ook is er een collectief openbaarvervoersysteem om zo de mobiliteit te vergroten. Ook zijn er overleggen met o.a zorgaanbieders als Pantein V&V en wordt in regionaal verband in het Intersectoraal Overleg aandacht aan deze vraagstelling gegeven.

Echter, wat precies een minimale basisvoorziening is en wat maatwerk is voor een bepaalde dorpskern, is niet in het kader van alleen dit lokaal gezondheidsbeleid aan te geven. Ook in de nota ouderenbeleid is concrete invulling hiervan een punt van aandacht. Boxmeer dient in een strategische visie de doelstellingen hieromtrent nader te formuleren.

Doelstelling: Vraag beantwoorden in de strategische meerjarenvisie van de gemeente Boxmeer.
Verantwoordelijk beleidsveld: MT gemeente Boxmeer.

Meer levensloopbestendige woningen in kleine kernen.

Door de deelnemers werd aangegeven dat er te weinig mogelijkheden zijn om in de eigen kern te blijven wonen als men ouder wordt, onder andere door het gebrek aan levensloopbestendige woningen.

Een van de doelstellingen van het Inclusief Beleid is dat er meer aanpasbaar (en dus levensloopbestendig) gebouwd moet worden. Dit is een doelstelling die pas over langere tijd gerealiseerd kan worden. Wel is er bij nieuw te bouwen woningen al meer aandacht voor aanpasbaar bouwen. Ook dit zorgpunt zal aandacht moeten krijgen in de strategische meerjarenvisie.

Doelstelling

- Intensiveren van het Inclusief Beleid (van inhaalslag naar projectmatige toetsing)
- Vraag meenemen in de strategische meerjarenvisie.

Meer aandacht voor eenzaamheid bij meer groepen.

De deelnemers gaven aan dat er al redelijk wat initiatieven zijn ter bestrijding van eenzaamheid bij ouderen. Zij gaven hierbij ook aan dat ze de inzet te versnipperd vinden en te veel gericht op specifieke groepen. Hierdoor heeft het niet het gewenste resultaat.

Dit zorgpunt wordt meegenomen in het op dit moment in ontwikkeling zijnde lokale ouderenbeleid. Het lokale ouderenbeleid heeft onder meer tot doelstelling de inzet van middelen en mensen beter te stroomlijnen en op elkaar af te stemmen. Eenzaamheid bij ouderen is daarbij een aandachtspunt. De inzet van middelen dient gericht te zijn op preventie. Door verregaande individualisering worden zelfredzaamheid en eigen initiatief belangrijker. Niet alle burgers zijn echter in staat om actief aan de maatschappij deel te nemen. Een goed netwerk heeft een preventieve werking om eenzaamheid en sociaal isolement te voorkomen. De inzet moet gericht zijn op het in stand houden van een netwerk voor de ouderen. In voorwaarden scheppende zin ligt hier een taak voor de gemeente. Te denken valt aan goede mobiliteitsvoorzieningen, een (basis) aanbod aan welzijnsactiviteiten, een pro-actieve voorlichting en een laagdrempelig aanspreekpunt waar ouderen terecht kunnen voor al hun vragen.

Doelstelling: via de uitwerking van de kaders beleidsnota lokaal ouderenbeleid verdere voorstellen aandragen.

Verantwoordelijk beleidsterrein: ouderenbeleid.

Toekenning voorzieningen te traag en over te veel schijven. Te veel bureaucratie.

De deelnemers aan de inspraakavond waren op zich tevreden over het inhoudelijk WVG-beleid. Zij waren echter niet te spreken over de vaak bureaucratische gang van zaken tot er een uiteindelijke toekenning van een voorziening tot stand komt.

De gemeente heeft reeds initiatieven genomen om dit te verbeteren; zo is zij bezig met het aanpassen van interne en externe processen waardoor de inzet van een medisch adviseur alsmede een extern bouwkundige kan worden beperkt. Hiermee kunnen kosten worden bespaard en voor de WVG-klant levert een schakel minder in het beoordelingsproces tijdswinst op. Daarnaast zijn

met de leverancier van hulpmiddelen afspraken gemaakt om te komen tot snellere levering van hulpmiddelen. Zo kan bijvoorbeeld na het passen en selecteren van een scootermobiel aan huis de voorziening meteen bij de klant blijven.

Het Advies- en Informatiepunt Boxmeer (AIB) kan mensen ondersteunen in hun aanvraag. Mensen kunnen ook laagdrempelig een beroep doen op de vrijwillige ouderenadviseurs die eveneens een signalerende functie hebben ten aanzien van de hulpvraag en daarnaast ook intermediair zijn tussen hulpvrager en gemeente. Ook de ouderenwerkers mogen hier niet onvermeld blijven in verband met hun ondersteuning, bij de steeds toenemende complexiteit van hulpvragen. Een goede afstemming van de reeds aanwezige netwerken op elkaar is in het belang van de hulpvrager en uit het oogpunt van een heldere en efficiënte benadering gewenst.

Doelstelling: verkorten van de doorlooptijd en inzichtelijker maken aan de doelgroep met pro-actieve voorlichting.

Verantwoordelijk beleidsgebied: WVG beleid.

5.1.3 Voorzieningen

Afstemming / overleg eerste- en tweedelijns zorg moet beter.

De deelnemers aan de inspraakavond gaven aan dat er veel bereidheid tot samenwerking is maar dat op de doelmatigheid van deze samenwerking het nodige is aan te merken.

De gemeente heeft geen enkele formele verantwoordelijkheid noch bevoegdheid bij de curatieve zorg. Dat gezegd hebbende, blijft het probleem bestaan. Op dit moment is er wel een afstemmingsoverleg met huisartsen in de gemeente Boxmeer. Ook zijn er initiatieven van o.a. Novadic-Kentron om huisartsen in hun praktijk te ondersteunen.

Getracht zal worden om met inzet van de GGD de probleempunten in deze afstemming tussen eerste- en tweedelijns zorg in kaart te brengen en te kijken waar verbeteringen mogelijk zijn.

Doelstelling: Voor 1 januari 2008 duidelijkheid krijgen over hoe de afstemming verbeterd kan worden.

Verantwoordelijk beleidsterrein: volksgezondheid.

Ontbreken 1 loket

Op de inspraakavond werd aangegeven dat het in Boxmeer ontbreekt aan een 1 loket. In de brede zin zou dit een loket kunnen zijn waar de burger al zijn zorgvragen kan neerleggen, in de enge zin 1 loket waar de burger terecht kan met zijn vragen rondom verleende zorg.

Binnen de gemeente Boxmeer zijn al diverse “1 loket” activiteiten. Zo is er de “1 loket” functie van de thuiszorg (Centraal zorgloket genoemd), het Advies- en Informatiepunt Boxmeer en het gemeenteloket. Echter, je kunt niet meerdere keren een “1 loket” hebben. Daarbij mag de vraag gesteld worden of er überhaupt een “1 loket” mogelijk is dat alle vragen in de brede zin kan

beantwoorden. Tevens zou gekeken moeten worden hoe zich dit verhoudt met de “1 loket” functie die de gemeente als lokale overheid wil gaan verzorgen.

Er is voorgesteld om een laagdrempelige voorziening op lokaal niveau te realiseren. Dit zou door middel van het meer genoemde “1 loket” kunnen gebeuren. Men kan ook denken aan de inzet van lokale medewerkers op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Zij kunnen als intermediair of aanspreekpunt in de diverse kernen van de gemeente mensen informeren en verwijzen. De medewerker moet goed op de hoogte zijn van de sociale kaart en zoveel mogelijk gebruik maken van de aanwezige specialiteiten bij instellingen en organisaties, maar ook van het bestaande werkveld vrijwilligers. Hieraan gekoppeld kan een (regionaal) centraal telefoonnummer zorgen voor een heldere communicatie met betrekking tot bereikbaarheid naar alle burgers. De gemeente Boxmeer kijkt samen met gemeenten in het Land van Cuijk maar ook met instellingen in het veld of een dergelijk concept kan leiden tot invulling van een 1 loket waarbij de hulpvraag van de burger als uitgangspunt geldt en leidt tot voorzieningen op maat.

Doelstelling: Vanuit de perspectieven die de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (per 1-1-2006) kan bieden werken aan een (zo mogelijk regionale) integrale één loketfunctie.

Verantwoordelijk beleidsterrein: Wonen Welzijn Zorg

Procedure van indicering naar zorgverlening kenmerkt zich door advies op advies.

Dit is hetzelfde punt dat in de paragraaf ouderen genoemd staat als te veel bureaucratie voordat de toekenning van zorgverlening tot stand komt.

Onduidelijkheid over invulling regierol gemeente met betrekking tot WMO; wonen, welzijn en zorg.

De deelnemers waren van mening dat de gemeente sterker zijn regierol moet opnemen op het gebied van de toekomstige WMO en de terreinen van wonen, zorg en welzijn.

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is op het moment nog zeer onduidelijk. Hij wordt nog veelvuldig gewijzigd en het is ook nog maar de vraag of de wet er komt. Toch hoeft dat de gemeente niet te remmen op de ontwikkeling van haar visie op wonen, zorg en welzijn.

Daarom zijn er op dit punt al diverse initiatieven opgezet. Voor de WMO wordt een regionale samenwerking opgezet. Hiernaast heeft elke gemeente zijn lokale WWZ-kerngroep ingesteld. In deze lokale kerngroep, waarin gemeente en professionele organisaties op het gebied van wonen welzijn en zorg elkaar informeren over de stand van zaken in de kernen, worden knelpunten gesignaleerd en onder de aandacht gebracht bij verantwoordelijken. Daarnaast worden nieuwe initiatieven aan elkaar uitgewisseld en zonodig op elkaar afgestemd. WWZ-informatie wordt vanuit alle belanghebbenden aangeleverd en uitgewisseld om tot een overzichtelijke kaart met basisinformatie te komen.

Doel: Duidelijkheid geven over de rol die de gemeente heeft.

Verantwoordelijk beleidsterrein: afdeling Welzijn en Maatschappelijke Ontwikkeling.

Aanbod gezondheidszorg onvoldoende bekend bij allochtonen

Uit onderzoeken en ervaringsgegevens van o.a. de stichting Dunya blijkt dat het aanbod van de gezondheidszorg onvoldoende bekend is onder allochtonen. Zij weten minder vaak de weg naar instellingen en weten vaak ook niet dat ze een professionele hulpvraag hebben en waar die dan thuishoort.

Dit signaal is al eerder via het minderhedenwerk bij de gemeente terechtgekomen. Reeds in 2003 heeft daarom de gemeente aan Radius de opdracht gegeven om het project "Een kleurrijk krachtenspel" te ontwikkelen. Dit project tracht via een tweezijdige benadering de integratieproblemen in Boxmeer op te lossen of in elk geval te verkleinen. De betrokken instellingen zijn enthousiast over het project. In een onderdeel van dit project werken zowel allochtone minderhedenorganisaties als zorginstellingen als Pantein V&V projectmatig samen om de dienstverlening aan allochtonen te verbeteren alsmede de kennis van allochtonen over de gezondheidszorg te vergroten.

Verder heeft de gemeente Boxmeer in haar keuzepakket bij de GGD het keuze-element van Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur (VETC) opgenomen. Dit element is juist ingezet om de kennis in de achterban van allochtonen over de zorginfrastructuur te vergroten door de inzet van eigen mensen uit die achterban.

Doelstelling: Verbeteren van communicatie tussen zorgaanbieders en allochtonen door het voortzetten van de intermediaire rol die op dit moment het project "een kleurrijk krachtenspel" heeft na 2006.

Verantwoordelijk beleidsgebied: minderheden.

5.1.4 Algemene aandachtspunten en overeenkomsten.

Naast deze door de diverse werkgroepen naar voren gebrachte speerpunten zijn er meer algemene aandachtspunten genoemd. De volgende opmerkingen kwamen bij meerdere groepen terug:

Sociale kaart

Het gebrek aan kennis van het aanbod binnen de zorg en wat er allemaal mogelijk is op gezondheidsgebied kwam terug. Er zou een goede sociale kaart moeten komen op het niveau van Boxmeer van waaruit een ieder, professional of burger, snel een duidelijk overzicht kan krijgen wie zich waar mee bezig houdt, wat het aanbod is en hoe men dit het beste kan benaderen.

Verantwoordelijk beleidsterrein: afdeling Welzijn en Maatschappelijke Ontwikkeling.

Eigen verantwoordelijkheid

Veel aspecten van de punten hangen samen met de eigen verantwoordelijkheid van de burger. De eigen verantwoordelijkheid om keuzen te maken en daarvan de gevolgen te accepteren. Zo heb je op het platteland nu eenmaal een ander voorzieningenniveau dan in de kern van een stad of dorp. Deze keuzen moeten bespreekbaar gemaakt worden.

Verantwoordelijk beleidsterrein: afdeling Welzijn en Maatschappelijke Ontwikkeling.

Bewegingsarmoede

Bij jeugd werd de algemene trend van een bewegingsarmoede genoemd. Iets dat door de rapporten van de GGD onderschreven wordt. Het werd niet als probleem op zichzelf benoemd, maar wel als medeveroorzaker van andere problematieken als o.a. overgewicht. Bewegen leidt niet alleen tot een betere lichamelijke conditie en gezondheid, maar is ook goed voor het mentale welbevinden. Bewegen is voor een belangrijk deel aangeleerd gedrag. Mede daarom is de bewegingsarmoede onder de jeugd zo zorgwekkend. Het zou dus goed zijn om bewegen zo veel mogelijk te stimuleren en niet te bezuinigen op het bewegingsonderwijs.

Verantwoordelijk beleidsterrein: onderwijs.

Preventie

Uit alle groepen bleek dat preventie meer aandacht zou moeten krijgen. Om in gezondheidstermen te spreken: voorkomen is beter dan genezen. Als aandachtspunt bij ouderen kwam de behoefte een programma valpreventie op te starten. Dit is ondersteund door het door de GGD uitgevoerde onderzoek, waaruit blijkt dat de regio Land van Cuijk op dit punt slecht scoort.

Verantwoordelijk beleidsterrein: gezondheidszorg in samenwerking met ouderenbeleid en Inclusief Beleid.

6 Actie overzicht lokaal gezondheidsbeleid

Nr	Doelstelling	Actie	Coördinatie verantwoordelijk	Betrokken Instellingen	Termijn (periode)	Begrotings-Effect	Resultaat
1	Bevorderen leefstijl jeugd	Inbedding preventieprogramma gezonde school en genotmiddelen in het reguliere onderwijsprogramma	Onderwijs	Scholen GGD	>1-1-2005	Neutraal	
		Verbeteren aanbod gezonde voeding in kantines van scholen	Onderwijs	VO-scholen GGD	>1-1-2005	p.m.	
		Continue voorlichtingscampagne GGD/Novadic-Kenton met betrekking tot softdrugs	Gezondheidszorg	Scholen GGD Novadic-Kentron	>1-1-2006	€ 6.000	Voordurende voorlichting aan jongeren ter bewustwording gevaren softdrugs.
		Instandhouden schoolzwemmen.	Onderwijs	Scholen	2006/2007	€ 6.250 2006 € 12.500 2007	Behoud schoolzwemmen.
2	Bevorderen leefstijl volwassenen	Aansluiten bij landelijke campagnes	Afd. WMO		>1-1-2005	p.m.	
		Voorlichting aan beheerders openbare ruimte over tabakswet	RB		>1-1-2006	p.m.	
		Handhaving tabakswet	RB		>1-1-2006	p.m.	
		Controle naleving convenant horeca mbt overmatig alcoholgebruik	RB		>1-1-2006	p.m.	
3	Meer bewegen voor ouderen	Doorgaan met subsidiëren SWOGB, specifiek op het punt sporten voor ouderen	Ouderen	SWOGB	>1-1-2005	Neutraal (wordt reeds uitgevoerd)	Aanbod van sport specifiek voor ouderen
4	Verminderen gezondheidsachterstand allochtonen met burgers met een lage sociaal economische status	Afnemen aanbod voorlichting eigen taal en cultuur GGD	Minderheden	GGD/Dunya	>1-1-2005	Neutraal (zit reeds in keuzepakket)	Opleiding eigen achterban voor geven voorlichting.
		Doorzetten van de intermediairefunctie in de zorg na 2006. Een functie die op dit moment "Het kleurrijk krachtenspel" heeft.	Minderheden	Radius minderheden organisaties	>1-1-2007	€ 30.000 (miv 2007)	
		Opname voorwaarden in budgetbeschikking van sociaal, culturele en welzijnsinstellingen ter bevordering deelname kwetsbare groepen	Afd. WMO		>1-1-2006	Neutraal	Extra aandacht voor kwetsbare groepen.

5	Verbetering afstemming rondom Jeugd	Afbouwbeleidsoverleg en opstarten 12- en 12+ netwerken gehele gemeente	Jeugd	Radius	>1-1-2005	Neutraal, reeds opgenomen in begroting	Dekkend netwerk van 12- en 12+ netwerken.
6	Verveling jeugd	Nader onderzoek naar de oorzaken en beleving van deze "verveling"	Jeugd	GGD	>1-1-2005	p.m.	
7	Verbeteren psychosociale gezondheid van oudere meisjes en jonge vrouwen	Inzetten op brede regionale c.q. provinciale aanpak door GGD	Afd. WMO	GGD	>1-1-2005	p.m. streven na opname in basispakket GGD	Aanpak problematiek psychosociale problemen bij oudere meisjes en jonge vrouwen.
8	Eenzaamheid ouderen	Meenemen in nieuwe nota lokaal ouderenbeleid	Ouderen		>1-1-2005	p.m.	
		Expliciet aandacht vragen voor dit onderwerp om regionaal platform OGGZ	Gezondheid	OGGZ	>1-1-2005	Neutraal	
9	Valpreventie ouderen	Ontwikkelen valpreventie ouderen	Gezondheid	Ouderenwerk GGD Thuiszorg.	>1-1-2006	p.m.	Vermindering valfrequentie en de gevolgen van vallen bij ouderen
10	Ouderen monitor	Uitkomsten ouderen monitor 2005 expliciet meenemen in de beleidsontwikkelingen	Ouderen beleid	GGD	>1-1-2006	p.m.	
11	Ontwikkeling 1 loket	Vanuit de perspectieven die de WMO (per 1-1-2006) kan bieden werken na 1 integrale loket functie	Afd. WMO		>1-1-2006	p.m.	
12	Betere afstemming zorg	Overleg met huisartsen starten m.b.t. waarborgen huisartsenzorg, avond en weekenddiensten en huisvesting	Gezondheid	Huisartsen	>1-1-2005	Neutraal	Inzicht waar gemeente kan bijdrage in betere huisartsenzorg
		Eerstelijns gezondheidszorg uitnodigen tot afstemmingsoverleg preventie en curatie	Gezondheid	GGD	>1-1-2006	p.m.	
13	Leefbaarheid kleine kernen	Duidelijkheid scheppen naar de burger toe wat een minimaal basisvoorzieningsniveau per dorpskern is (maatwerk)	MT (strategische visie)		>1-1-2005	p.m.	

6.1 Meerjaren begroting Lokaal gezondheidsbeleid.

Uit het bijgaande schema volgt de volgende meerjaren begroting. Hierin zijn p.m. posten niet meegenomen. Deze zullen zodra de plannen met bijbehorende bedragen bekend zijn in de reguliere begrotingscyclus worden meegenomen, waarbij ook zo veel mogelijk budgettair neutraal gehandeld zal worden. De opgenomen bedragen zijn bedragen 2005 zonder indexering.

	2005	2006	2007	2008	2009
Bewegingsonderwijs		€ 6.250	€ 12.500		
Softdrug preventie	€ 6000				
Zorgmediair			€ 30.000	€ 30.000	€ 30.000
Begroting	€ 6000	€ 6.250	€ 42.500	€ 30.000	€ 30.000

Al van deze bedragen zijn geheel opgenomen in de huidige begroting. De bedragen genoemd bij het bewegingsonderwijs zitten nu in de huidige begroting van 2005 opgenomen, maar zijn dus bedragen die in 2006 en 2007 als bezuiniging gerealiseerd moeten worden. Aan nieuw gezondheidsbeleid is slechts € 6.000,- extra benodigd voor de gehele looptijd van deze nota. Een bescheiden ambitie.

Op gezondheidsbeleid is er in het takenpakket van de GGD in 2005 een vrije ruimte van € 7.686,- in 2005. Bij de handhaving van het bestaande pakket zal er in 2006 een tekort optreden van € 2.600,- (indicatief) en € 4.750,- in de jaren daarna. Mede vanwege de door ons gevraagd versnelde afbouw van het pluspakket. Dit houdt in dat per 2006 reeds in het huidige aanbod van de GGD geschrapt zal moeten gaan worden. Gezien de taken van de GGD voornamelijk wettelijk en regionaal bepaald zijn is de ruimte om minder diensten af te nemen of om andere keuzen te maken bij afnamen van producten beperkt aanwezig. Dit geeft geen ruimte om oud beleid in te wisselen voor nieuw beleid.

Echter eerder is al aangegeven dat gezondheidsbeleid facet beleid is. Elk beleidsterrein is zelf verantwoordelijk voor de bevordering van gezondheidsaspecten. Dat levert voor het volgende op.

Lokaal onderwijs beleid

De raad heeft in de begrotingsbehandeling opgenomen dat er op lokaal onderwijsbeleid een bedrag bezuinigd moet worden van € 6250,- voor 2006 en € 12.500 voor 2007. Dit was voornamelijk gelabeld aan het bewegingsonderwijs. Het voorstel is om gezien de reeds bestaande bewegingsarmoede in elk geval het bewegingsonderwijs in zijn totaliteit niet te verminderen. Indien vanuit bezuinigingsoogpunt naar het schoolzwemmen gekeken wordt, zou gekeken moeten worden hoe deze bewegingsvermindering tegen lagere kosten opgevangen kan worden. Er zal vooral gekeken worden of op een andere manier de bezuiniging te realiseren is (bv op te vervoerskosten) zonder dat hierbij het bewegingsonderwijs wordt aangetast. Het is dus de taakstelling om deze bezuiniging te realiseren zonder het bewegingsonderwijs direct te verminderen.

Continue voorlichtingscampagne GGD/Novadic-Kenton met betrekking tot softdrugs

Het voorstel is om de vrije ruimte bij de GGD in 2005 een bedrag van € 6.000,- bestemmen voor de ontwikkeling van een programma op het dit punt. Dit bedrag is reeds omgenomen in het totaal budget voor de GGD. Onderdeel van het eisenpakket aan dit programma zal zijn dat het met minimale kosten te integreren is in het reguliere aanbod van Novadic/GGD. De meeste kosten zitten in de ontwikkeling en realisatie van het materiaal. De kosten voor onderhouden van dit project zijn een stuk lager en zowel de GGD als Novadic-Kentron heeft reeds een budget voor preventie, waar dit dan onder zou moeten gaan vallen. Hierover zal overleg gepleegd worden met de GGD en Novadic-Kentron.

Voorzetting intermediaire rol Kleurrijk krachtenspel

Het project "Een kleurrijk krachtenspel" heeft een belangrijke intermediairrol op het punt van de zorg. Het project wordt nu voornamelijk mogelijk gemaakt door de bijdrage van de gemeente in de vorm van een projectmedewerker. Het project eindigt na 2006. De kosten worden gedekt vanuit het ontwikkelbudget van Radius. Dit ontwikkelbudget is een onderdeel van de structurele subsidie aan Radius. Het einde van dit project zou betekenen dat Radius deze middelen elders kan inzetten voor de ontwikkeling van nieuwe producten. Deze nota adviseert om na een grondige evaluatie van het project en een positieve beoordeling, deze middelen niet elders in te zetten, maar te reserveren voor het creëren van een instrument die deze rol van het kleurrijk krachtenspel op het punt van zorg voort kan zetten. Dit zal in de begrotingsbehandeling van 2007 en contractonderhandelingen met Radius worden meegenomen.

Budgettair neutraal

Het bovenstaande verhaal, dekt alle in de eerste paragraaf genoemde bedragen en houdt in dat deze nota budgetneutraal uitpakt. Er zijn geen structurele extra middelen nodig die in de begroting geraamd moeten worden, maar er zal per beleidsterrein afgewogen worden waar het mogelijk is om oud beleid in te wisselen voor nieuw beleid. Budgettaire neutraliteit geldt voor alle in deze nota genoemde speerpunten als uitgangspunt. Extra aandacht zal er zijn om met behulp van gelden in het kader van de WMO mogelijke aandachtspunten te realiseren in samenhang met de nieuw op te leggen wettelijke taken.

Sociale kaart en valpreventie

Dit lagere ambitieniveau betekent echter ook dat zaken zoals onder andere valpreventie en ontwikkelen van een sociale kaart voor de zorg, voorlopig uitgesteld moeten worden. Echter op dit moment zit in het bedrag begroot voor de GGD een garantstelling voor de ambulancedienst. (€ 1,31 per inwoner ongeveer € 38.000,-). Het is mogelijk dat deze garantstelling niet geëffectueerd wordt, vanwege het ter beschikking komen van extra rijksmiddelen voor het ambulancevervoer. Wij stellen voor in dat geval dit geld te besteden voor het lokaal gezondheidsbeleid om daar projecten zoals het ontwikkelen van de sociale kaart en/of valpreventie. Tevens zouden ook andere meevallers op het punt van de GGD ingezet moeten worden om beleidsdoelstellingen uit deze nota te realiseren.

7 Bijlage 1: Overzicht van relevante wetgeving op het gebied van de volksgezondheid

De Grondwet en de Gemeentewet geven de gemeentelijke overheid een belangrijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid, ook voor de geestelijke volksgezondheid. De verantwoordelijkheid van de gemeente voor de volksgezondheid is vastgelegd in een groot aantal wetten. In het navolgende overzicht zijn deze onderverdeeld in drie categorieën: wetten die bevoegdheid geven, wetten die verplichten en wetten die van invloed zijn op de kwaliteit.

Wetten die bevoegdheid geven

Grondwet

In artikel 22 van de Grondwet staat beschreven dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de gezondheid.

Gemeentewet

Artikel 149 van de Gemeentewet geeft de gemeenteraad de bevoegdheid om verordeningen op te stellen in het belang van de gemeente.

Tijdelijk besluit kwaliteitsregels van de Kinderopvang

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

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

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

De Infectieziektenwet

Met deze wet wordt de bescherming van de volksgezondheid geregeld tegen infectieziekten zoals tuberculose, Soa en Aids. Op grond van deze wet heeft de burgemeester de bevoegdheid om in voorkomende gevallen en ter voorkoming van epidemieën plaatsen aan te wijzen waarin burgers verplicht kunnen worden opgenomen ter medische behandeling.

Quarantainewet

De Quarantainewet bevat voorschriften over het voorkomen en weren van besmettelijke ziekten bij mensen die Nederland binnenkomen. Onder andere aan de burgemeester als 'gezondheidsautoriteit' - bijgestaan door een geneeskundige en in overleg met de Inspectie Gezondheidszorg - worden op grond van deze wet bijzondere bevoegdheden verleend om maatregelen te treffen teneinde epidemieën te voorkomen (betreffende pokken, gele koorts en cholera via internationale

Destructiewet

De gemeente moet ervoor zorgen dat kadavers van in de wet genoemde dieren (destructiemateriaal) op hygiënische wijze worden afgevoerd naar het zogenaamde destructiebedrijf. Op basis van deze wet moet de gemeente een verordening maken, waarin

geregeld is wat de houder van het destructiemateriaal ermee moet doen en hoe het moet worden bewaard totdat het wordt opgehaald.

Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)

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

Wet Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid (GOA)

Met ingang van 1 augustus 1998 hebben de gemeenten krachtens deze wet de verantwoordelijkheid gekregen voor en de regie over het voorkomen en bestrijden van onderwijsachterstanden. Voor die tijd was het een rijkstaak. In een gemeentelijke verordening dient het gemeentelijk beleid in deze verankerd te worden.

Wetten die verplichten

Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV)

De WCPV verplicht de gemeente(raad) de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie te bevorderen alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg. De gemeente(raad) draagt verder zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie op het gebied van infectieziekten en risico's voor jeugdigen. Hiertoe moet hij ingevolge artikel 5 een GGD in stand houden.

Gemeentelijke taken

- het uitbrengen van een nota lokaal gezondheidsbeleid eens per vier jaar; voorafgaand aan de opstelling van de nota moeten op landelijk gelijkvormige wijze gegevens over de gezondheidssituatie verzameld en geanalyseerd worden
- (epidemiologie);
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- de regie van de openbare geestelijke gezondheidszorg;
- de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19 jaar;
- de uitvoering van de infectieziektebestrijding (surveillance, beleidsadvisering, netwerk- en regiefunctie);
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- medisch-milieukundige zorg;
- technische hygiënezorg.

Welzijnswet

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

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

- Algemeen maatschappelijk werk
Maatschappelijk werk levert een bijdrage aan het sociaal en psychisch welbevinden van mensen in hun omgeving. Hiertoe worden diensten aangeboden aan mensen die in een situatie verkeren die hun draagkracht te boven gaat en waarbij onvoldoende steun in hun omgeving voorhanden is. Naast psychosociale hulpverlening is er binnen het AMW ook ondersteuning voor meer materiële hulpvragen.
- Sociaal-cultureel werk
Hieronder vallen onder meer welzijnswerk voor gehandicapten, kinderopvang, emancipatie en preventief jeugdbeleid. Algemeen preventief jeugdbeleid is gericht op de ontwikkeling van kansen en de bestrijding en voorkoming van achterstanden van jeugdigen (o.a. jeugdgezondheidszorg, jongerenparticipatie, buurtbeheer). Indien dit beleid gericht is op specifieke groepen jeugdigen, zoals allochtonen, spijbelaars, werkzoekenden, spreekt men van gericht preventief jeugdbeleid (o.a. projecten opvoedingsondersteuning, de brede school, spijbelprojecten). Er staat voor deze kabinetsperiode een wet op stapel voor de jeugdhulpverlening: Wet op de jeugdzorg.
- Ouderenbeleid
Hieronder vallen flankerende voorzieningen, zoals maaltijdvoorziening, klussendienst, ondersteuning van vrijwilligerswerk, meldpunt en preventie van ouderenmishandeling en voorlichting over preventie van valongevallen. De ontwikkeling en ondersteuning van mantelzorg is een belangrijk aandachtspunt. Hieronder vallen de inzet van hulp en/of hulpmiddelen, het verstrekken van woningaanpassingen en tijdelijke of dagopvang voor thuiswonende hulpbehoevenden. Daarnaast kan de gemeente financiële en facilitaire ondersteuning bieden aan vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties: thuishulpcentrales, burenen- en boodschappendiensten, ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers en oppascentrale en vervoersdiensten.
- Bevorderen van sport en recreatie
Met bewegingsstimulering is in belangrijke mate gezondheidswinst (zowel lichamelijk als geestelijk) te behalen. Via de Stimuleringsregeling Breedtesport is extra subsidie beschikbaar voor sport- en bewegingsstimuleringsactiviteiten, waarbij een duidelijke relatie gelegd kan worden tussen gezondheid, maatschappelijke participatie en sport/beweging.

Onder de Welzijnswet vallen specifieke uitkeringen voor de maatschappelijke opvang (o.a. de dak- en thuislozenzorg en de crisisopvang), vrouwenopvang (opvang en onderdak aan bedreigde en mishandelde vrouwen) en de ambulante verslavingszorg (preventie, medisch maatschappelijke opvang en begeleiding, behandeling en nazorg, maatschappelijk herstel en consultatie). Zie ook paragraaf 2.2.3.

Gezondheidswet

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

Infectieziektewet

Ook deze wet geeft de gemeente een taak bij de infectieziektebestrijding. De GGD heeft in deze wet een van de geneeskundige inspectie gedelegeerde taak. Gevallen van de zogeheten aangifteplichtige ziekten moeten bij de GGD gemeld worden, waarbij de GGD, indien noodzakelijk, in voorkomende gevallen de burgemeester adviseert over maatregelen ter voorkoming van uitbreiding van de ziekte en besmetting van anderen.

Waterleidingwet / Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater

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

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

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

- Vaccinatiebesluit
Het vaccinatiebesluit is een besluit op grond van de AWBZ. De gemeenten participeren in de entgemeenschap samen met de thuiszorgorganisaties. Dit samenwerkingsverband zorgt voor de uitvoering van het vaccinatiebesluit. De gemeente is verplicht om kosteloos gegevens uit het bevolkingsregister aan te leveren om nieuw geboren en in het vaccinatieprogramma te kunnen opnemen en om verhuisde kinderen te kunnen blijven oproepen.
- Bevolkingsonderzoeken
Het college voor zorgverzekeringen subsidieert uit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten het bevolkingsonderzoek op borstkanker, waarin de gemeente in casus de GGD een belangrijke coördinerende en voorlichtende rol vervult. De gemeente moet aan de (geautoriseerde) uitvoerders van de onderzoeken op systematische wijze gegevens uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) verstrekken voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek borstkanker en baarmoederhalskanker.
- Zorgvernieuwingsfondsen
Per sector in de AWBZ zijn zogenaamde zorgvernieuwingsfondsen vormgegeven: gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging en geestelijke gezondheidszorg. Hierin speelt het zorgkantoor een belangrijke rol bij de uitvoering en in het bijzonder bij de beoordeling van de projecten. De gemeente en cliëntenorganisaties adviseren over de projecten. Het is zaak dat de gemeente besluit over de door de gemeente te hanteren criteria zorg-op-maat. De gemeente is vertegenwoordigd in de Raad van Advies van het zorgkantoor.
- Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging
De gemeente moet zorgdragen voor een indicatieorgaan voor verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg waarin geïntegreerd wordt geïndiceerd. Op termijn zal ook de indicatiestelling voor de gehandicapten bij het indicatieorgaan worden ondergebracht.

Woningwet / Bouwbesluit

In het Bouwbesluit zijn bouwvoorschriften vastgelegd op het gebied van hygiëne en veiligheid in woningen. Onderwerpen die aan de orde komen zijn o.a. wering van geluidshinder, wering van vocht, behandeling van afvalwater binnen de woning, ventilatie, bestrijding van

ongedierte en toetreding van daglicht. Op grond van artikel 100 van de Woningwet is het College van Burgemeester en Wethouders aangewezen om zorg te dragen voor handhaving van de bepalingen van het Bouwbesluit. Zij geven uiteindelijk een gebruikersvergunning af.

Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen

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

Arbeidsomstandighedenwet

Als werkgever is de gemeente op grond van deze wet verplicht zorg te dragen voor een zo groot mogelijke veiligheid, een zo goed mogelijke bescherming van de gezondheid en een bevordering van het welzijn van haar werknemers bij de arbeid. De gemeente moet onder bepaalde voorwaarden ervoor zorgen dat gebruik gemaakt kan worden van een erkende Arbodienst. Daarin is ook de bedrijfsgezondheidszorg aanwezig.

Algemene bijstandswet

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

Wetgeving speciaal onderwijs

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

Wet voorzieningen gehandicapten

Sinds 1 april 1994 heeft de gemeente de plicht te zorgen voor woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen aan gehandicapten die in de gemeente wonen, zodat zij aan het maatschappelijke verkeer kunnen deelnemen. Met de invoering van de WVG is de doelgroep uitgebreid met inwoners ouder dan 65 jaar. De gemeente kan, binnen de wettelijke kaders, het pakket voorzieningen afstemmen op de lokale mogelijkheden. De voorzieningen die worden verstrekt dienen doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te zijn. De ondergrens van de voorzieningen die de gemeente biedt ligt bij de 'goedkoopst adequate voorziening'.

Besluit Europese gehandicaptenkaart

Dit besluit regelt dat een parkeerkaart voor een persoon met een handicap niet afgegeven wordt alvorens een geneeskundig onderzoek heeft plaatsgevonden met betrekking tot de beperking van de aanvrager.

Wet ambulancevervoer

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

Wet rampen en zware ongevallen

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

Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)

In deze wet is de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen geregeld. De

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

Wet op de lijkbezorging

In de wet op de lijkbezorging is geregeld hoe de gemeente, mede met het oog op de volksgezondheid, moet handelen bij overlijden, begraven en cremieren. Onder meer is de gemeente verplicht om te beschikken over een gemeentelijke lijkschouwer. Deze arts kan verklaringen afleggen over een (on)natuurlijke dood. De gemeenten die deelnemen aan de Gemeenschappelijke Regeling GGD Hart voor Brabant hebben deze taak neergelegd bij de GGD.

Wet ziekenhuisvoorzieningen / Wet Bouwbeheersing Zorgvoorziening

Op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is de provincie verplicht om de gemeente te horen over conceptplannen voor ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen etc. Per 1 januari 1998 is deze wet vervangen door de Wet Bouwbeheersing Zorgvoorziening. In deze nieuwe wet worden de zorgaanbieders meer vrijheden veroorloofd bij hun bouwinitiatieven, maar wel binnen een strak financieel kader.

Wetten van invloed op de kwaliteit

Kwaliteitswet zorginstellingen

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

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WBGO)

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

Wet Individuele Beroepsbeoefenaren Gezondheidszorg (BIG)

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

Wet op de uitoefening van de geneeskunst

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

Wet op de bevolkingsonderzoeken

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

8 Bijlage 2: Tabellen met onderzoeksresultaten Jeugd, Volwassen en Ouderen.

Gezondheid, gezondheidsgerelateerde factoren en het gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen:

Psychosociale problematiek 12-18 jarigen in de totale regio Brabant-Noordoost, in de subregio Land van Cuijk (2000)

Indicator	gewogen %	
	Regio BNO	Deelregio Land van Cuijk
Gezondheid algemeen		
Oordeel eigen gezondheid matig tot slecht	13,8	12,7
Lichamelijke gezondheid		
Lichamelijke ziekte of handicap	7,7	6,7
Psychosociale gezondheid (volgens de KIVPA)		
KIVPA probleemscore	21,8	20,4
(Enigszins) zorgen over toekomst	29,5	30,2
Niet goed kunnen praten thuis of het gaat wel	27,4	24,9
Niet genoeg vriend(inn)en of het gaat wel	15,6	15,6
Vaak gevoelige huid	11,6	11,3
Vaak moeite om in slaap te vallen	9,9	12,2
Vaak moe zonder reden	8,5	9,1
Over veel dingen inzitten of zorgen maken	44,1	43,5
Vaak onzeker voelen	40,0	38,9
Vaak zenuwachtig of gespannen	34,6	34,9
Psychosociale gezondheid (volgens YSR-schalen)		
Problemen totaal	14,7	13,9
Internaliserende problemen:	15,3	15,4
-Problematische teruggetrokkenheid	2,7	2,9
-Problematische lichamelijke klachten	7,2	7,1
-Angstig/depressieve problemen	5,2	5,4
Externaliserende problemen:	12,7	12,4
-Delinquent gedrag	4,5	5,3
-Agressief gedrag	5,0	4,8
Sociale problemen	2,4	1,9
Denkproblemen	5,6	6,2
Aandachtsproblemen	2,7	2,4
Zelfdestructie-/identiteitsproblemen (alleen jongens)	3,7	3,6
Leefwijze		
Sport niet	19,4	14,9
Recent roken	17,5	15,7
Recent alcohol drinken	59,1	60,5
Recent dronken/aangeschoten	26,2	27,6
Slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt	2,5	3,8
Recent softdruggebruik	4,1	5,1
Recent harddruggebruik	1,0	1,0
Recent gokken	6,0	6,4
Sociaal-economische omgeving		
Geen goede, echte vriend(inn)en	2,5	1,7
<1 keer per week iets doen met vriend(inn)en	12,7	12,9
Minder goed opschieten met broers en zussen	10,5	10,1
Minder goed opschieten met andere leeftijdgenoten	4,8	4,2
Minder goed opschieten met ouders	5,7	6,8
Minder goed alleen bezig zijn	12,2	10,0
Moeder geen opleiding/alleen lager onderwijs	4,5	3,4
Vader geen opleiding/alleen lager onderwijs	5,1	2,7
Afkomstig uit achterstandsland	9,6	8,8
Rooms-katholiek	70,8	70,6
Ander geloof	8,0	6,4
Gebruik zorg- en welzijnsvoorzieningen		
Contact met huisarts afgelopen jaar	65,6	62,4
Contact met schoolarts afgelopen jaar	12,2	17,5
Contact met leerlingbegeleider afgelopen jaar	75,3	75,5
Contact met geestelijke afgelopen jaar	21,8	19,8
Contact met politie afgelopen jaar	12,0	11,6
Contact met buurthuis afgelopen jaar	9,8	11,3
Contact met overige hulpinstellingen afgelopen jaar	16,1	16,8

+ of -: De betreffende indicator is in de deelregio Land van Cuijk statistisch significant hoger of lager dan in de totale regio Brabant-Noordoost, na correctie voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw tussen de deelregio Land van Cuijk en de regio Brabant-Noordoost.

Jeugdmonitor 2003

Belangrijke onderwerpen uit de jeugdmonitor

- 8% van de jongeren in Boxmeer heeft overgewicht, waarvan 2% obesitas (=ernstig overgewicht)
- 19% heeft de afgelopen 4 weken gespijbeld
- 8% is het afgelopen jaar regelmatig gepest en 7% heeft het afgelopen jaar zelf anderen gepest
- mening eigen gezondheid: 84% beoordeelt de eigen gezondheid als goed
- ongevallen: 20% heeft in de afgelopen 3 maanden een medisch behandeld letsel opgelopen. Het grootste deel van deze letsels (12%) is opgelopen tijdens het sporten.
- psychosociale gezondheid is gemeten d.m.v. de KIVPA. 19% van de jongeren heeft een score boven de indicatiegrens, wat inhoudt dat zij mogelijk psychosociale problemen hebben.
- 5% van de jongeren in Boxmeer rookt dagelijks.
- 57% van de 12-17 jarigen heeft in de afgelopen 4 weken alcohol gedronken. Het percentage jongeren in Boxmeer dat te veel drinkt (volgens een aantal definities):
 - o Garretsen, (zeer) excessieve drinker1 3%
op drie dagen per week 6 glazen of meer óf op 6 dagen per week 4 glazen of meer (hier is 2 dagen per week 15 glazen + 1 dag 1 glas niet excessief)
 - o Garretsen, (zeer) excessieve drinker2 5%
Idem, uitgaande van gemiddeld aantal glazen door de week/weekend (hier wordt hetzelfde voorbeeld dus wel excessief)
 - o meer dan 20 glazen per week: 5%
 - o Zware drinker (CBS) 20%
minstens eenmaal per week zes of meer glazen per dag
- Crimineel gedrag Top 3 van overtredingen:
 1. Betrokken bij een gevecht 9%
 2. Zwartrijden 7%
 3. Dingen beklad 5%
- Mening over criminaliteit (onverschilligheid):

	Dat vind ik heel erg	Dat kan eigenlijk niet	Dat maakt me niet uit
Wat vind je ervan als:			
Een leeftijdsgenoot softdrugs verkoopt?	38%	36%	26%
Iemand een telefooncel, fiets of iets anders vernielt?	41%	48%	11%
Iemand met opzet iemand lastig valt of in elkaar slaat?	75%	22%	3%
Iemand iets steelt uit een winkel?	36%	53%	11%

Op welke relevante onderwerpen wijkt Boxmeer af van de regio Hart voor Brabant?

Indicator	Boxmeer	Regio HvB
Geen ouder voortgezet onderwijs of hoger	0,8%	3%
Afgelopen 4 weken gespijbeld van school	19%	14%
Niet dagelijks groente	57%	63%
Gebruik amfetamines	0,9%	0,2%
Cocaïne of heroïne	0,7%	0,1%
Afgelopen 4 weken gegokt	0,5%	3%
Verveelt zich heel vaak	5%	3%
Wel eens een onveilig gevoel	18%	24%
Onveilig gevoel op straat in de eigen woonbuurt	13%	18%
Afgelopen 12 maanden in overtreding geweest	23%	28%

Algemeen (opvallende zaken):

Op een aantal punten scoren jongeren uit Boxmeer beter dan jongeren uit de regio Hart voor Brabant. Ze eten vaker groente, ze gokken minder vaak, ze voelen zich minder onveilig en zijn minder vaak in overtreding geweest de afgelopen 12 maanden. Daarentegen spijsbelen ze vaker en gebruiken ze, relatief gezien, vaker amfetamines en cocaïne of heroïne. Hierbij is het natuurlijk belangrijk om in de gaten te houden dat het absolute aantal nog steeds erg klein is.

Gezondheidsgegevens volwassenen in het werkgebied GGD HvB, BNO en de vijf gemeenten van het Land van Cuijk. (2001)

Indicator	% van de bevolking							
	HvB	regio BNO	Boxmeer	Cuijk	Grave	Mill en St. Hubert	Sint Anthonis	
Gezondheid algemeen								
Slechte algemene gezondheidsbeleving	13	12 -	11	9,9 -	13	9,8 -	10 -	
Lichamelijke gezondheid								
Overgewicht	44	45	42	43	49	41	43	
Sportblessure in afgelopen maand	6	6,1	5,9	6,7	8,0	5,2	6,5	
Ernstig belemmerd door een chronische	8,7	7,8 -	6,2 -	7,0	7,3	7,4	6,9	
Functioneert lichamenlijk slecht	10	11	9,5	10	9,9	9,5	8,7	
Beperkt in dagelijkse bezigheden t.g.v.	15	14 -	12	14	13	15	12	
Veel lichamelijke pijn in afgelopen maand	16	15 -	15	16	17	12 -	13 -	
Geestelijke gezondheid								
Functioneerde psychisch minder goed dan	32	30 -	33	31	31	28	25 -	
Problemen op vier of meer levensdomeinen	18	16 -	14 -	18	18	15	12 -	
Voelt zich niet vitaal	15	14 -	12 -	15	13	15	12 -	
Functioneert sociaal slecht t.g.v. lichamelijke	11	10	12	11	8,4 -	11	8,3 -	
Beperkt in dagelijkse bezigheden t.g.v.	12,5	11,5 -	11	14	11	14	6,4 -	
Slechte geestelijke gezondheid	14	12 -	12	13	11 -	13	7,0 -	
Eenzaam	36	35 -	35	37	34	33	34	
Leefwijze								
Beoordeelt eigen leefstijl als (zeer) ongezond	4,2	3,4 -	4,0	3,5	2,9	2,6 -	3,1	
Onvoldoende groenten en fruit	85	84	85	82	85	85	83	
Onvoldoende lichamenlijk actief	49	48 -	48	51	47	44 -	40 -	
Rookt	34	32 -	25 -	33	29 -	32	26 -	
(Zeer) excessief alcoholgebruik	20	20	21	16 -	22	22	23	
Slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt	7,3	6,8	6,7	7,3	5,8	6,8	4,7 -	
Overige drugs gebruikt afgelopen jaar	4,1	2,9 -	3,4	4,4	2,8 -	2,4 -	2,6	
Op een gokkast gespeeld afgelopen week	2,1	2,2	2,6	2,8	2,9	2,2	1,7	
Leefomgeving								
Klachten over woning afgelopen jaar	29	25 -	22 -	26	33	17 -	23 -	
Ondervindt lawaaioverlast	28	30 +	21 -	35 +	26	56 +	20 -	
Ondervindt stankoverlast	6,5	7,8 +	5,9	6,7	5,1	7,3	10 +	
Slachtoffer van een misdrijf afgelopen jaar	21	16 -	16 -	19	19	13 -	14 -	
Sociaal-economische omgeving								
Alleenstaand	18	20 +	14	16	17	16	13 -	
Weinig sociale contacten	7,3	7,0	6,7	7,6	9,2	4,1 -	5,7	
Lage opleiding	43	45 +	40	48 +	39 -	52 +	39 -	
Uitkering	7,5	6,9 -	6,2	7,7	7,5	6,5	3,2 -	
Ziekteverzekerd	67	70 +	70	74 +	65	78 +	74 +	
Afkomstig uit achterstandsland	7,7	6,4 -	5,6 -	11 +	6,3	1,8 -	1,4 -	
Rooms-katholiek	70	76 +	79 +	73	71	89 +	87 +	
Gebruik zorg- en welzijnsvoorzieningen								
Contact met huisarts afgelopen 3 maanden	52	52	49	45 -	53	44 -	47	
Bezoek aan medisch specialist afgelopen jaar	36	35	35	32	39	33	36	
Ziekenhuisopname afgelopen jaar	9,4	8,7 -	11	9,0	6,4 -	8,1	9,3	
Ooit griepvrij gehaald	17	17	16	16	20	13 -	14	
Latente hulpbehoefte m.b.t. psychische,	21	20	17	20	21	21	15 -	

+ of -: De betreffende indicator is in de gemeente/regio Brabant-Noordoost statistisch significant hoger of lager dan in de totale regio Hart voor Brabant, na correctie voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw tussen de betreffende gemeente/regio BNO en de regio Hart voor Brabant.

Gezondheid, gezondheidsgerelateerde factoren en het gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen: 65-plussers in de totale regio Brabant-Noordoost, in de deelregio Land van Cuijk

Indicator	Gewogen %	
	Regio BNO	Deelregio Land van Cuijk
Algemene gezondheid		
Oordeel eigen gezondheid matig/slecht	38,1	38,5
Lichamelijke gezondheid		
Chronische ziekte aanwezig	56,1	57,8
Ernstig belemmerd door een chronische ziekte	16,3	16,9
Beperking gehoor	10,3	8,2
Visusbeperking	13,3	13,2
Beperking beweeglijkheid	29,2	27,2
Afgelopen jaar gevallen	24,3	27,0
Geestelijke gezondheid		
Psychisch onwelbevinden (≥ 3 symptomen)	16,8	16,6
Psychosociale problemen (≥ 2 problemen)	32,5	31,8
Eenzaam (matig tot zeer ernstig)	30,6	29,7
Leefwijze		
Ontevreden over gewicht	24,2	24,9
Ontevreden over voedingspatroon	7,7	8,3
Ontevreden over lichamelijke activiteit	16,8	14,1
< 4 dagen per week ontbijten	7,1	6,4
< 4 dagen per week warm eten	5,4	5,7
<5 dagen/week ½ uur in beweging	36,2	35,1
(Zeer) excessief alcoholgebruik	4,0	3,0
Slaap-/ kalmeringsmiddelen laatste 3 maanden	16,4	15,6
Woonomgeving		
Ontevreden over woning	8,2	9,3
Aanpassingen aangebracht	30,1	26,7
Aanpassingen gewenst	16,2	13,8
Ontevreden over buurt	5,5	4,6
Wel eens lastig gevallen	2,8	2,6
Overdag niet veilig voelen	2,8	3,4
's Avonds niet veilig voelen	22,8	19,9
Zou meer uitgaan indien veiliger	4,8	4,2
Bepaalde plekken liever niet komen	9,7	8,5
≥ 2 voorzieningen niet goed bereikbaar	37,5	39,5
Sociaal-economische omgeving		
Alleenstaand	32,6	32,4
Geen wekelijks contact via bezoek	7,2	7,2
Geen wekelijks contact anderszins	12,3	13,4
Meer contacten gewenst	22,0	22,5
Meer activiteiten buitenshuis gewenst	15,5	14,6
Belemmerd bij activiteiten buitenshuis	12,7	11,6
Geen opleiding/alleen lager onderwijs	49,9	51,4
Alleen AOW	27,5	31,1
Slecht rondkomen	3,4	4,5
Bezuinigd op 1 of meer terreinen	38,6	37,4
Gebruik zorg- en welzijnsvoorzieningen		
Krijgt ADL-hulp van partner	13,0	14,1
Krijgt min. 1 vorm van externe ADL-hulp	11,9	10,7
ADL-hulp instantie	6,8	6,5
Min. 1 vorm van externe HHW-hulp	36,1	34,7
HHW-hulp instantie	11,2	11,2
Afgelopen jaar mantelzorg ontvangen	31,4	32,8
Afgelopen jaar zorg ontvangen van ≥1 instelling	17,4	18,5
Afgelopen jaar thuiszorg ontvangen	17,2	18,7
Op wachtlijst bij instelling	3,3	2,6
Gebruik van 1 of meer welzijnsvoorzieningen	40,9	41,5
Gebruik WVG-voorziening	19,7	20,5
Beschikking IVP-kaart	9,0	11,0
Wenst meer hulp	18,5	19,6
Maakt gebruik van openbaar vervoer (OV)	14,7	13,4
OV-gebruikers moeite met min.1 voorziening OV	62,6	63,6
Niet in staat altijd zonnig ergens alleen te komen	22,4	21,5
Door vervoersproblemen ergens niet naar toe	22,8	24,4

+ of -: indicator is in de deelregio Land van Cuijk statistisch significant hoger of lager dan in de totale regio Brabant-Noordoost, na correctie voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw van beide bevolkingen

9 Bijlage 3: Overzicht directe kosten gezondheidszorg 2004

JGZ 0-4 jarigen

Ingaande 2003 heeft de gemeente de beschikking gekregen over rijksmiddelen ten behoeve van de jeugdgezondheidszorg voor de 0-4 jarigen. De kosten van de Thuiszorg betreffen taken die uniform in het lande dienen te worden verricht. De middelen worden hiervoor aan de gemeente ter beschikking gesteld via de regeling specifieke uitkering 0-4 jarigen (RSU). Voor het maatwerkdeel, waarover de gemeente met de Thuiszorg jaarlijks zelf afspraken maakt, ontvangt de gemeente middelen via het gemeentefonds. Ook voor 2005 zullen de te ontvangen rijksmiddelen aan de Thuiszorg beschikbaar worden gesteld.

RSU	(prijspeil 2005)	€ 369.458,--
Uitkering gemeentefonds tbv. maatwerkdeel	(prijspeil 2005)	€ 25.570,--

Bijdrage GGD Hart voor Brabant

Bestemd voor JGZ 4-19 jarigen, Gezondheidsbevordering,

Algemene Gezondheidszorg en Ambulancezorg. (prijspeil 2005)

Bijdrage GGD 2004	per inwoner € 13,62	(€ 401.790,-)*
Bijdrage RAV	<u>€ 1,63</u>	(€ 48.058,-)
Totale bijdrage GGD 2005	€ 15,25**	(€ 449.875,-)
Waarvan garantstelling ambulancevervoer	€ 1,31	(€ 38.645,-)

** Bedragen berekend naar inwoneraantal dat de gemeente hanteert voor de begroting 2005. Dit aantal kan afwijken van de gegevens, die de GGD hanteert en dus ook de bedragen die de GGD bij ons in rekening gaat brengen. Vandaar de bedragen tussen (..). Tevens zijn er nog gesprekken gaande over de RAV en de garantstelling ivm ophogen van rijksmiddelen. Bovenste bedragen zijn dus indicatief en kunnen nog wijzigen tov de definitieve vaststelling bij de jaarrekening.*

***Inclusief bekostiging forensische geneeskunde ad € 0,27*

10 Bijlage 4: Jeugdgezondheidszorg basis- en voortgezet onderwijs in de gemeente Boxmeer 2004.

Jeugdgezondheidszorg in het basisonderwijs

Preventief Gezondheidsonderzoek groep 2 (alle kinderen)

Sociaal-medisch onderzoek van elk kind afzonderlijk bestaande uit een voorscreening door de jeugdartsassistente, gevolgd door een gesprek en lichamelijk onderzoek door de arts. Eventueel hercontrole na één jaar en een voor- en nabespreking met de school.

Indicatieonderzoek groep 4 (alle kinderen)

Doelgroep zijn de zogen. Risicokinderen in groep 4. Kinderen uit groep 4 kunnen met ouders worden uitgenodigd voor een (deel-)onderzoek door de GGD. Aanleiding voor onderzoek:

- signalen of reeds aangegeven hercontrole uit het dossier van het kind in relatie tot de bevindingen uit het PGO groep 2.
- op verzoek van de ouders of de leerkracht/school.

Het gaat waarschijnlijk om 15 tot 20% van de kinderen. Nabespreking c.q. inbedding in een multidisciplinair overleg met de school maakt essentieel deel uit van dit product.

Screening groep 7 (alle kinderen)

Onderzoek zonder ouders, waarbij gemeten wordt: lengte/groei, gewicht, gezichtsvermogen en kleuren zien. Zo nodig wordt doorverwezen voor nader (medisch) onderzoek door de jeugdarts maakt deel uit van dit product. Ouders worden geïnformeerd.

Onderzoek op indicatie van arts of verpleegkundige

Kinderen in de basisschoolleeftijd kunnen op verzoek onderzocht worden naar (vermeende) klachten of afwijkingen van zintuig(en), groei of (psychosociale) ontwikkeling. Afhankelijk van de vraag vindt gericht onderzoek plaats evt. met een kortdurende begeleiding.

Onderzoek nieuwkomers

Betreft kinderen van allochtonen/immigranten. Twee keer per jaar worden alle hiervoor in aanmerking komende scholen actief benaderd met de vraag of er nieuwe leerlingen zijn die voor onderzoek in aanmerking komen. De sociaalverpleegkundige screent welke onderzoeken nodig zijn zoals PGO, screening, controle, vaccinatie, logopedisch onderzoek e.d.

Speciaal Basisonderwijs:

Zelfde pakket als reguliere basisonderwijs met als uitbreiding:

- leveren van medische deskundigheid bij het indiceren van leerlingen, daartoe deelname aan de PCL (= permanente commissie leerlingenzorg). Indien geen medisch onderzoek in het kader van deze indicatie: dan alsnog een onderzoek als betreffende kind is toegelaten
- beperkte deelname aan leerlingbespreking op school.

Jeugdpsychologie:

De jeugdarts of jeugdverpleegkundige kan verwijzen naar de interne psycholoog indien psychosociale problematiek verduidelijkt moet worden. Deze adviseert aan ouders en school, verricht hiertoe zonodig beperkte psychologische (test)diagnostiek.

Preventieve logopedie groep 2 (alle kinderen)

Alle 5-jarigen worden logopedisch gescreend. Het resultaat wordt teruggekoppeld met de leerkracht en ouders. Zonodig volgt een gericht advies.

Preventieve logopedie risicoleerlingen groepen 0-8 (op indicatie of verzoek)

Aanvullend op logopedische screening zijn er extra begeleidingsmomenten voor risicokinderen voor leerlingen van de basisschool.

Rijksvaccinaties DTP en BMR van alle 9-jarigen

Alle 9-jarigen worden ingeënt tegen Bof, Mazelen, Rode hond, Difterie, Tetanus en Polio.

Gezondheidsbevordering jeugdigen:

Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting, Schoolgezondheidsbeleid, Seksuele vorming, bewegingsstimulering, psychosociale gezondheid

Technische hygiënezorg primair onderwijs 1x per 2 jaar

Aan de hand van een protocol wordt eenmaal per twee jaar de schol en directe omgeving onderzocht en beoordeeld op hygiëne en veiligheid. Over het resultaat wordt een rapport uitgebracht inclusief aanbevelingen/adviezen voor verbetering van de situatie.

Gezonde scholen en genotmiddelen (laatste jaar voor het basisonderwijs)

Jeugdgezondheidszorg in het voortgezet onderwijs

Gezondheidsonderzoek leerlingen klas 1

Spreekuur door de jeugdarts of sociaal-verpleegkundige

Participatie in het schoolzorgteam

Individueel onderzoek psychosociale problemen groep 3 of 4

Gezondheidsbevordering jeugdigen: Gezonde scholen en genotmiddelen, Hellup-brochure, Relationele vorming, project "Lang leve de liefde".

Productenpakket JGZ 0-4 jarigenzorg van de Stichting Thuiszorg BNO

Uniformpakket

Gehoorscreening en hiehprik

Intakehuisbezoek

Consultatiebureau (13 consulten door wijkverpleegkundige of arts volgens plan voor alle 0-4 jarigen)

Consultatiebureau op indicatie

Inloospreekuur/telefonische bereikbaarheid kantooruren/telefonische consulten

Huisbezoek op indicatie

Activiteiten kinderen niet in zorg

Maatwerkpakket

Gemeente maakt keuze en bepaalt de omvang van het maatwerk

Opvoedingsondersteuning

Netwerken en samenwerkingsprojecten

Ketenzorg

Groepsbijeenkomsten en cursussen

Maatwerk vroegtijdige opsporing

11 Bijlage 5: Lijst van geraadpleegde stukken

- Gezondheid op Koers? Kernboodschap van de Volksgezondheid Toekomst verkenning 2002, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2002
- Investeren in gezondheid, Nota preventiebeleid 2003-2006(concept), Ministerie van VWS 2002
- Kompas op Gezondheid, Beleidskadernota gezondheidsbeleid, Sint Michielsgestel, oktober 2002
- Onderzoeksverslag Psychosociale gezondheid 12-18-jarigen regio Brabant-Noordoost, GGD Hart voor Brabant, 19 februari 2001
- Basisrapport Gezondheidsenquête Volwassenen 2001, GGD Hart voor Brabant, februari 2003
- Ouderenonderzoek 2000 regio Brabant Noordoost, GGD Hart voor Brabant, december 2001
- Tijd voor gezond gedrag, RIVM, 2002
- Discussienota Lokaal Gezondheidsbeleid Gemeente Cuijk, Mei 2003

12 Bijlage 6: Gebruikte afkortingen

(A)HOED	-	(Apotheek)Huisartsen Onder Een Dak
AIB	-	Advies en Informatiepunt Boxmeer
AMW	-	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	-	Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten.
BVL	-	Brabants VerkeersveiligheidsLabel
CIZ	-	Centrale Indicatie Zorg
GGD	-	Gemeentelijke GezondheidsDienst
GGZ	-	Geestelijke GezondheidsZorg
GHOR	-	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen
GVVP	-	Gemeentelijk Verkeers en VervoersPlan
HvB	-	Hart voor Brabant (regionale GGD instelling)
JGZ	-	Jeugd GezondheidsZorg
KBO	-	Katholieke Bond voor Ouderen
LvC	-	Land van Cuijk
MT	-	Managment Team
RIO	-	Regionaal Indicatie Orgaan
SOA	-	Sexueel Overdraagbare Aandoening
SWOGB	-	Stichting Welzijn Ouderen Gemeente Boxmeer
WHO	-	Wereld Gezondheids Organisatie (world Health Organisation)
WMO	-	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Afd. WMO	-	De afdeling Welzijn en Maatschappelijke Ontwikkeling
WVCP	-	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WVG	-	Wet voorzieningen gehandicapten