

Werken aan gezondheid

Werken aan gezondheid

Een introductie op gemeentelijk gezondheidsbeleid

Colofon

Tekst

VNG

Voorwerk door Bureau OKAPI

Deze publicatie verschijnt in het kader van het Netwerk Gezonde Gemeenten van de VNG, met behulp van een subsidie van het ministerie van VWS.

© VNG, Nassaulaan 12, Postbus 30435, 2500 GK Den Haag

Inhoud

Voorwoord	7
1 Gemeenten en gezondheidsbeleid	9
1.1 Rol van gemeenten	9
1.1.1 Gemeente als uitvoerder	9
1.1.2 Gemeente als regisseur	10
1.1.3 Gemeente als beleidsmaker	10
1.2 Rol en taken GGD	11
1.3 Invloed raad	11
2 Bouwstenen voor gezondheidsbeleid	13
2.1 Lokale en regionale gezondheidssituatie	13
2.1.1 Ontwikkeling gemeentelijk gezondheidsbeleid	13
2.1.2 Aansturing bij uitvoering van gemeentelijk gezondheidsbeleid	14
2.2 Lokale prioriteiten en facetbeleid	15
2.3 Landelijk beleidskader	16
3 Wettelijk kader	19
3.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid	19
3.1.1 Taken opgedragen aan gemeenten	19
3.1.2 Afstemming tussen curatieve zorg en preventie	21
3.2 Andere relevante wetten	22
Bijlagen	
Bijlage 1: Extra informatie	25
Bijlage 2: Lijst van afkortingen	28
Bijlage 3: Wat zegt de WCPV over de gemeentelijke nota?	29

Voorwoord

Werken aan gezondheid is een wezenlijke taak van de overheid. Niet het behandelen van ziekten staat voorop, maar het voorkomen van vermijdbare ziekten en het bevorderen van de gezondheid. Gemeenten voeren de Wet collectieve preventie volksgezondheid uit in medebewind met het Rijk.

Gezondheidswinst valt vooral te behalen buiten de medische sector. Dan doelen we niet alleen op de openbare gezondheidszorg maar ook op andere terreinen. (On)gezond gedrag, fysieke omgeving, sociale omgeving en de toegang tot zorg zijn factoren die de gezondheid bepalen en die je kunt beïnvloeden door beleid. En juist op deze gebieden nemen gemeenten beslissingen met vergaande gevolgen voor de gezondheid van hun inwoners.

De rol van gemeenten in het gezondheidsbeleid vormt het onderwerp van deze brochure. We willen echter niet de indruk wekken dat andere partijen er minder toedoen. Gemeenten zijn voor het realiseren van hun gezondheidsdoelen aangewezen op de inzet van tal van organisaties, verenigingen, beroepskrachten en vrijwilligers. De betekenis van gemeenten kan dan ook liggen in het bijeenbrengen van alle betrokken partijen en het sturen op gezamenlijk gedragen gezondheidsdoelen.

Deze brochure is gemaakt voor raadsleden die in het voorjaar van 2006 aantreden en die het volksgezondheidsbeleid in portefeuille hebben. In het kort komen de rol van gemeenten in gezondheidsbeleid, de bouwstenen voor gemeentelijk gezondheidsbeleid en het wettelijke kader aan bod.

1 Gemeenten en gezondheidsbeleid

1.1 Rol van gemeenten

Sinds jaar en dag bekommeren gemeenten zich om de gezondheid van hun burgers. Enkele eeuwen geleden ging het dan vooral om het beschermen tegen (infectie)ziekten, bijvoorbeeld door te zorgen voor schoon drinkwater en riolering en om de zorg voor de zwakkeren in de samenleving. In de loop der tijd is er echter veel veranderd. We denken in onze moderne tijd bij gezond zijn niet alleen aan het ontbreken van ziekte. Gezondheid heeft nu een veel bredere betekenis: een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Tegenwoordig vind je in het gemeentelijk beleid op het terrein van volksgezondheid dan ook een diversiteit aan deel-terreinen: van opvoedingsondersteuning aan jonge gezinnen tot aan crisisopvang voor daklozen en van het ontmoedigen van alcoholmisbruik tot aan het bevorderen van de luchtkwaliteit. Sinds 1989 zijn de verantwoordelijkheden van gemeenten op het terrein van het gezondheidsbeleid ook wettelijk vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) (zie Hoofdstuk 3). Deze wet verplicht alle Nederlandse gemeenten om actief beleid te voeren op het terrein van de volksgezondheid.

Het is niet verwonderlijk dat juist de gemeentelijke overheid een zo belangrijke taak heeft op het terrein van de volksgezondheid. Het is immers de gemeente die direct invloed heeft op de leefomgeving van haar inwoners. Daarnaast is het ook op het niveau van de gemeente waar allerlei personen, instanties en verenigingen betrokken zijn bij een gezonde en veilige leefomgeving en de zorg voor medeburgers tot uitdrukking komt en verder kan worden gestimuleerd. Ten slotte is het op gemeentelijke niveau mogelijk om allerlei (beleids)initiatieven die van invloed zijn op de gezondheid met elkaar in verband te brengen en zelfs te integreren. De gemeente heeft dus verschillende rollen te vervullen op het terrein van de volksgezondheid.

1.1.1 Gemeente als uitvoerder

Voor een deel is de gemeente zelf direct verantwoordelijk voor de uitvoering. Deze uitvoerende taken op het terrein van gezondheidsbeleid zijn grotendeels ondergebracht bij de gemeentelijke gezondheidsdienst, de GGD. In de WCPV is geregeld dat elke gemeente een GGD in stand moet houden. Er bestaat dan ook een landelijk dekkend netwerk van GGD'en. In de meeste gevallen is de GGD ondergebracht in een gemeenschappelijke regeling en vindt de aansturing van de GGD dus plaats door een bestuur namens meerdere gemeenten. De omvangrijkste gemeentelijke taken die de GGD'en uitvoeren zijn de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Andere taken zijn onder andere gezondheidsbevordering en medische milieukunde.

1.1.2 Gemeente als regisseur

Op grond van de WCPV moeten gemeenten afstemmen, bewaken, coördineren en integreren oftewel regisseur zijn in het lokale gezondheidsbeleid. Het netwerk van organisaties die betrokken zijn bij de openbare gezondheidszorg is uitgebreid en complex. Het gaat om diverse partijen op lokaal en regionaal niveau die onderling ook weer met elkaar te maken hebben en van elkaar afhankelijk zijn, en elk met eigen expertise en mogelijke inbreng. Zonder uitpuittend te willen zijn, noemen we er hier een aantal:

- Instelling voor Verslavingszorg
- (Ambulante) Geestelijke Gezondheidszorg
- Welzijnsinstelling(en)
- Kerkelijk werk
- Humanitas
- RIBW (begeleid wonen)
- St. MEE (begeleiding personen met een beperking)
- Steunpunt Mantelzorg - Regionaal Patiënten Consumenten Platform
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg)
- Zorgverzekeraars
- Zorgkantoor
- Maatschappelijke Opvang (dak- en thuislozenzorg)
- Leger des Heils
- Huisartsen
- Thuiszorg
- Woningcorporaties
- Ziekenhuizen
- Instellingen voor verpleging en verzorging

Van gemeenten wordt verwacht dat zij sturing geven aan de afstemming en samenwerking tussen al deze verschillende partijen. Dit is nodig om de inspanningen te kunnen bundelen, onnodige overlap in de activiteiten te voorkomen en eventuele hiaten in de aandacht voor de volksgezondheid op te vullen.

1.1.3 Gemeente als beleidsmaker

Om sturing te kunnen geven aan alle inspanningen van de diverse partijen is het noodzakelijk dat de gemeente weet waar het uiteindelijk allemaal toe moet leiden: welke beleidsdoelen heeft de gemeente voor ogen? In de WCPV is sinds 2002 de verplichting voor gemeenten opgenomen dat zij eens in de vier jaar hun beleid moeten vastleggen in een nota Gezondheidsbeleid. Via de GGD bundelen gemeenten soms de beleids capaciteit. Het is dan aan het bestuur van de GGD en de deelnemende gemeenten om te waarborgen, dat het beleid voldoende is toegesneden op de specifieke situatie in de afzonderlijke gemeenten.

1.2 Rol en taken GGD

Onder verantwoordelijkheid van gemeenten voeren GGD'en tal van taken in de openbare gezondheidszorg uit. Sommige gemeenten hebben een eigen GGD, andere houden gezamenlijk een GGD in stand. Het Rijk heeft bepaald welke taken de GGD in ieder geval moet uitvoeren. De ruimte die gemeenten hebben om beleid te formuleren op verschillende onderdelen van de openbare gezondheidszorg varieert. In de jeugdgezondheidszorg bestaat het grootste deel uit het vastgelegde basistakenpakket. Maar bij een taak als gezondheidsbevordering is er meer ruimte voor gemeentelijk beleid. Paragraaf 3.1.1. bevat een overzicht van de taken die uitgevoerd moeten worden.

Sommige gemeenten hebben hun beleidsformatie voor de openbare gezondheidszorg bij de GGD ondergebracht. Echter, in de meeste gevallen maakt de beleidsmedewerker volksgezondheid deel uit van het gemeentelijk apparaat.

Onder gemeentebestuurders gaan stemmen op die pleiten voor een grotere beleidsvrijheid op het gebied van de openbare gezondheidszorg voor gemeenten. Rijk en gemeenten zijn met elkaar in overleg om de juiste balans te vinden tussen de benodigde gemeentelijke beleidsruimte en de noodzaak om bepaalde taken op landelijk niveau te coördineren en daaraan kwaliteitseisen te stellen.

De GGD valt onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen en daarom wordt er momenteel hard gewerkt om de kwaliteit in de openbare gezondheidszorg te versterken. Er is een landelijk kwaliteitsprogramma gestart 'Beter Voorkomen' dat wordt gedragen door GGD Nederland, VNG en Z-org. Dit programma loopt tot medio 2008. Gemeenten dragen in hun rol van opdrachtgever eveneens zorg voor de kwaliteit in de openbare gezondheidszorg.

De hogere kwaliteitseisen die gesteld worden, brengen ook flink wat investeringen mee in bijvoorbeeld protocolontwikkeling en certificering. Dan rijst de vraag welke budgettaire ruimte er voor gemeenten overblijft om lokaal gezondheidsbeleid te voeren, wanneer het budget gelijk blijft.¹

1.3 Invloed raad

De eerder genoemde Wet collectieve preventie volksgezondheid is een medebewindswet. Dit wil zeggen dat de landelijke overheid via deze wet bevoegdheden en taken aan gemeenten geeft om bij te dragen aan de uitvoering van de desbetreffende wet. Rijk en gemeenten zijn dus beide, elk voor hun eigen onderdelen, verantwoordelijk.

Door de invoering van de Wet dualisering gemeentebestuur in 2002 zijn taken in de WCPV van het college van B en W overgeheveld naar de gemeenteraad. Op 8 maart 2006 treedt echter

1 VNG-visienota over de rol van gemeenten in de openbare gezondheidszorg (februari 2006).

de Wet dualisering gemeentelijke medebewindsbevoegdheden in werking. Met deze wet wordt de bevoegdheidsverdeling in alle medebewindswetgeving in overeenstemming gebracht met de uitgangspunten van de Wet dualisering gemeentebestuur: de raad zal zich concentreren op kaderstelling en besturen op hoofdlijnen. De meer uitvoerende bevoegdheden uit de WCPV zullen van de gemeenteraad overgaan naar het college. Vanaf dat moment is het vaststellen van de vierjaarlijkse nota gemeentelijk gezondheidsbeleid de belangrijkste taak van de gemeenteraad. Na vaststelling van de nota gezondheidsbeleid zal de gemeenteraad erop toezien dat de geformuleerde voornemens worden uitgevoerd. Hiervoor zijn concrete plannen van aanpak nodig met toetsbare doelstellingen. Vervolgens moet de voortgang van de uitvoering bewaakt worden.

Bij de totstandkoming van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid heeft de gemeenteraad de mogelijkheid aandachtspunten voor het lokale gezondheidsbeleid te kiezen die voortkomen uit het politieke debat. De gemeenteraad heeft immers een volksvertegenwoordigende en controlerende functie wat betreft het gemeentelijke beleid. Ten aanzien van het gezondheidsbeleid betekent dit dat raadsleden de mening van burgers kunnen inbrengen bij de discussies over de nota. Uit een recent onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kwam naar voren dat bij de eerste nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid in 57% van de gevallen gemeenteraadsleden betrokken waren bij de totstandkoming (IGZ, 2005).

Waar kan dat debat over de hoofdlijnen van het gezondheidsbeleid over gaan? Enkele mogelijke onderwerpen zijn:

- de omvang van het budget dat beschikbaar is voor de uitvoering van de beleidsvoornemens;
- hoe ver wil je als gemeente gaan bij het tegengaan van bijvoorbeeld ongezond gedrag;
- hoe zijn de prioriteiten tot stand gekomen van de aan te pakken gezondheidsproblemen;
- sluiten de voorgestelde maatregelen aan bij de gesignaleerde gezondheidsproblemen en de groepen met grotere gezondheidsrisico's;
- hoe dragen andere beleidssectoren bij aan de bevordering van de gezondheid van de bevolking.

2 Bouwstenen voor gezondheidsbeleid

2.1 Lokale en regionale gezondheidssituatie

De versterking van de openbare gezondheidszorg vormt sinds 1995 een belangrijk aandachtspunt in het beleid van het ministerie van VWS. Volgens een recent rapport van de IGZ is (de openbare gezondheidszorg sindsdien aanzienlijk verbeterd, maar kan deze verder worden versterkt (IGZ, 2005).

Een van de conclusies luidt dat de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten is toegenomen, maar dat de mate van sturing in de openbare gezondheidszorg nog onvoldoende is.

Elke vier jaar moet de gemeente haar ambities voor het gezondheidsbeleid vastleggen in een nota, in juli 2003 voor het eerst. De volgende nota moet vier jaar later vastgesteld worden. Voor de meeste gemeenten is dat omstreeks juli 2007.

2.1.1 Ontwikkeling gemeentelijk gezondheidsbeleid

Gemeentelijk gezondheidsbeleid moet gebaseerd zijn op inzicht in de lokale gezondheidssituatie en gezondheidsproblemen. Soms vormt de regionale gezondheidssituatie het vertrekpunt. Deze verplichting heeft verschillende redenen:

- Deze kennis hoort tot de basisuitrusting van bestuurders en beleidsmakers.
- In de ene gemeente treden bepaalde gezondheidsproblemen vaker op dan in andere.
- Gemeenten moeten weten in welke wijken en bij welke groepen bepaalde gezondheidsproblemen vaker voorkomen.

Informatie over de gezondheid van de eigen inwoners wordt periodiek verzameld door de GGD (epidemiologie) onder jongeren, ouderen en volwassenen. Daarnaast gebruiken gemeenten de kennis van zorgverleners, zoals huisartsen, medewerkers van de ambulante verslavingszorg, de geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, maar ook van welzijnsinstellingen. Veel gemeenten raadplegen deze en andere partijen zoals ook raadsleden en cliëntenorganisaties om gezamenlijke prioriteiten te bepalen bij de aan te pakken gezondheidsproblemen.

Inzicht in de lokale gezondheidssituatie en een breed draagvlak vormen een belangrijke basis voor een goed gezondheidsbeleid.

De meest genoemde gezondheidsproblemen in gemeentelijke nota's zijn (GGD NL, 2005):

- *Bewegingsarmoede*, vooral onder kinderen en jongeren, wat in combinatie met ongezond eten leidt tot overgewicht. Ernstig overgewicht onder kinderen vergroot hun kans op het krijgen van suikerziekte.

- *Alcohol*. Alcoholgebruik is zeer geaccepteerd, maar het op jonge leeftijd overmatig consumeren van alcohol is zeer schadelijk. Bovendien is alcoholverslaving naast het verslaafd zijn aan roken de meest voorkomende vorm van verslaving.
- *Psychische problematiek* (ouderen/eenzaamheid/depressie). Er is een sterke stijging geconstateerd van psychische problemen niet alleen onder ouderen, maar vooral ook onder jongeren.
- *Leefbaarheid, milieu, leefomgeving*. Luchtverontreiniging (bijvoorbeeld fijn stof) maar ook verontreinigde speelgrond kan de gezondheid nadelig beïnvloeden.
- *Zorgvoorzieningen* (huisartsen, tandartsen, toegankelijkheid, communicatie). Het dreigend tekort aan huisartsen en tandartsen baart gemeenten zorgen.

De Top 3 met betrekking tot *beleidsvoornemens*:

1. intersectoraal (facet)beleid;
2. samenwerken met buurgemeenten en zorgpartijen;
3. regierol oppakken.

Aandacht voor uitvoering beleidsvoornemens

Helaas besteden gemeenten niet altijd voldoende aandacht aan de uitvoering van het beleid (SGBO, 2005). Het is voor de uitvoering belangrijk dat in de nota of in een plan van aanpak wordt vastgelegd welke activiteiten uitgevoerd worden, welk budget ervoor is, wie het uitvoert en wanneer. Zo is de gemeenteraad ook beter in staat om de voortgang te toetsen.

2.1.2 Aansturing bij uitvoeren van gemeentelijk gezondheidsbeleid

In de regel zijn bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid verschillende lokale en regionale organisaties betrokken. De gemeente is maar zelden zelf de uitvoerende partij. Het uitbesteden van de activiteiten, het bij elkaar brengen van betrokken partijen en deze aansturen vraagt tijd, menskracht en specifieke vaardigheden van de verantwoordelijke ambtenaren en bestuurders. In de praktijk, zo blijkt onder meer uit het onderzoek van de IGZ, hebben gemeenten nog moeite met de aansturing van de verschillende partijen (IGZ, 2005).

De openbare gezondheidszorg in 2005

In het afgelopen decennium zijn veel activiteiten in gang gezet om de openbare gezondheidszorg te verbeteren. De versterking van de openbare gezondheidszorg is sindsdien een speerpunt in het beleid van het ministerie van VWS.

De conclusie van de IGZ is dat deze activiteiten de openbare gezondheidszorg verbeterd hebben, maar dat verdere versterking nodig en mogelijk is (IGZ, 2005). Het volgende werd geconcludeerd:

- 1 De bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten is verbeterd, maar de mate van sturing door gemeenten is onvoldoende.
- 2 De professionele kwaliteit van GGD'en is verbeterd, maar de functie gezondheidsbevordering uit de WCPV (zie 3.1.1) blijft achter.

- 3 De integratie van de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen stagneert.²
- 4 Het ministerie van VWS versterkt de openbare gezondheidszorg met de vierjaarlijkse preventienota en bundeling van expertise bij het RIVM.

Zie ook www.igz.nl.

De IGZ constateert dat versterking mogelijk is op bovenstaande punten.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verwerkt de gezondheidsgegevens die het van GGD'en krijgt en voegt deze samen om zo een landelijk beeld te verkrijgen (www.zorg-atlas.nl). Het RIVM rapporteert om de vier jaar aan het ministerie van VWS over de (on)gezondheid van de Nederlandse samenleving en de trends en ontwikkelingen daarbinnen. Mede op basis daarvan komt de landelijke preventienota tot stand. Uit onderlinge vergelijking tussen gemeenten kunnen echter ook specifieke aandachtspunten voor een bepaalde regio naar voren komen. In sommige regio's wordt bijvoorbeeld meer alcohol gebruikt dan landelijk gemiddeld het geval is.

2.2 Lokale prioriteiten en facetbeleid

Lokale prioriteiten

Bij het bepalen van de prioriteiten in het gemeentelijk gezondheidsbeleid kan ook aangesloten worden bij hoofdthema's in het collegeprogramma. Jongerenbeleid is zo'n voorbeeld. In het gezondheidsbeleid kan dat uitgewerkt worden in maatregelen zoals:

- het verbeteren van de aansluiting tussen jeugdzorg, jeugdhulpverlening en jeugdgezondheidszorg;
- het tegengaan van genotmiddelengebruik;
- voldoende speelgelegenheden voor kinderen;
- het stimuleren van sport;
- vroegtijdig signaleren van kindermishandeling.

Facetbeleid

Gezondheidswinst kan ook geboekt worden door bij besluiten op andere beleidsterreinen dan gezondheid en welzijn rekening te houden met de gevolgen voor de gezondheid van de inwoners. Denk bijvoorbeeld aan besluiten over de aanleg van een bedrijventerrein, een verkeerscirculatieplan, woningbouw, werkgelegenheid. Deze beleidsafdelingen moeten betrokken worden bij de ontwikkeling van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De GGD kan vaker dan nu het geval is, geraadpleegd worden over de mogelijke gezondheidseffecten van voorgenomen besluiten betreffende verkeer en vervoer, bouwen en wonen, ruimtelijke ordening, werkgelegenheid en dergelijke.

2 Tot 2004 namen de Thuiszorgorganisaties de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen op zich; de 4- tot 19-jarigen vielen onder de GGD (dus de gemeente). Sinds 2004 is deze zorg geïntegreerd en in zijn geheel de verantwoordelijkheid van gemeenten. In veel regio's is de jeugdgezondheidszorg van 0- tot 4-jarigen ook daadwerkelijk bij de GGD ondergebracht; soms is er ook sprake van een samenwerkingsverband of andersoortige organisatievorm.

Facetbeleid is ...

Gezondheid wordt beïnvloed door veel verschillende factoren. Dit zijn deels factoren waar beleid geen invloed op heeft, zoals persoonskenmerken en genetische kenmerken. Deels zijn het factoren die wel door beleid zijn te beïnvloeden: leefstijl, fysieke en sociale omgeving en gezondheidszorg. [...]

In veel gemeenten vormen interventies, gericht op het beïnvloeden van de leefstijl en zorgbeleid een onderdeel van het lokale gezondheidsbeleid.

Maar ook andere factoren, die buiten de directe invloedssfeer van de afdeling Volksgezondheid & Welzijn liggen, hebben een grote invloed op de gezondheid. Het gaat hierbij om de fysieke omgeving – zoals kenmerken van de woning, de woonomgeving, verkeersveiligheid, het milieu – en de sociale omgeving. Mensen met een sterk sociaal netwerk voelen zich gezonder. Gevoelens van (on)veiligheid hebben een groot effect op de psychische en sociale gezondheid. De genoemde factoren (of determinanten) hebben onderling met elkaar te maken: de sociale leefomgeving heeft invloed op het gedrag van mensen, onder meer door wat kinderen aanleren en door wat normaal gevonden wordt in een groep. De fysieke omgeving beïnvloedt het gedrag, bijvoorbeeld doordat mensen in een veilige en schone omgeving meer bewegen. Beleid over de fysieke en sociale omgeving wordt vaak gemaakt op andere afdelingen dan de afdeling Volksgezondheid: Openbare orde, Veiligheid, Sociale zekerheid en Onderwijs. De ambtenaar volksgezondheidsbeleid kan trachten invloed uit te oefenen op andere afdelingen in de gemeente, met als doel de gezondheid te bevorderen of te beschermen. Dat is facetbeleid, ook wel integraal gezondheidsbeleid genoemd. Facetbeleid of integraal gezondheidsbeleid wordt in veel lokale nota's genoemd als belangrijk onderdeel van het volksgezondheidsbeleid.

Uit: Instrumenten voor integraal gezondheidsbeleid, 2004

2.3 Landelijk beleidskader

De WCPV geeft aan dat het kabinet elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie moet vaststellen. Dit ligt vast in de preventienota *Langer Gezond leven, Ook een kwestie van gezond gedrag* (VWS, 2003). De belangrijkste boodschap uit de kabinetsnota luidt in het kort:

'De levensverwachting van de Nederlanders stijgt nog steeds: we worden steeds ouder. Toch leeft Nederland niet gezond genoeg. Mensen worden daardoor minder oud dan mogelijk is en zijn vaker ziek dan nodig is. Ongezondheid kost de samenleving veel geld: kosten voor de gezondheidszorg, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid. Alleen een gerichte aanpak van de belangrijkste 'ziekmakers' kan deze ontwikkeling keren. En dat lukt alleen als we allemaal meedoen, om te beginnen de burger zelf, maar ook: rijksoverheid, gemeenten, zorgverzekeraars, bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en onderzoeksinstituten.'

Drie thema's zijn toen aangewezen als speerpunt en springen er in negatieve zin het meest uit. Dat wil zeggen dat hierdoor de meeste gezondheidsproblemen of ziekten ontstaan of dat dit een belangrijke oorzaak is van voortijdige sterfte.

De drie speerpunten zijn:

- 1** Roken
- 2** Overgewicht
- 3** Diabetes

Voor elk speerpunt wordt door het ministerie van VWS een actieplan opgesteld met een concreet doel. Zo moet het aantal rokers met bijna een vijfde dalen, mag het aantal mensen met overgewicht niet verder stijgen en moet diabetes bij jongeren worden teruggedrongen.

Andere belangrijke thema's zijn preventie van psychische aandoeningen (met name depressie), alcoholverslaving en sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).

Doelgroepen die gerichte aandacht vragen, zijn jeugd, mensen met een lage sociaal-economische status en ouderen.

In het najaar van 2006 zal de nieuwe landelijke nota volksgezondheid naar de Tweede Kamer worden gestuurd. De drie speerpunten uit de preventienota zullen gehandhaafd blijven en naar verwachting zal de preventie van psychische aandoeningen (depressie, alcohol en geringe weerbaarheid) een vierde speerpunt worden.

3 Wettelijk kader

3.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid

De basis voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid ligt in de WCPV. Deze wet geeft aan dat gemeenten elke vier jaar verplicht zijn een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid te schrijven. Ook beschrijft de WCPV waar gemeenten in hun beleid in ieder geval aandacht aan moeten besteden.

3.1.1 Taken opgedragen aan gemeenten

In het kader van deze wet zijn veel taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de collectieve preventie in medebewind gegeven aan gemeentelijke overheden. De bedragen die daarbij horen, zijn in het Gemeentefonds gestort. Gemeenten moeten de totstandkoming en de continuïteit van collectieve preventie bevorderen, evenals de samenhang binnen de collectieve preventie. Ook het stimuleren van de onderlinge afstemming tussen enerzijds de collectieve preventie en anderzijds de curatieve gezondheidszorg behoort tot de gemeentelijke taken. In de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid moeten gemeenten hun ambities en doelstellingen op het terrein van de openbare gezondheidszorg beschrijven, maar ook de manier waarop de gemeente vormgeeft aan de WCPV-taken.

In onderstaande tabel worden deze taken schematisch weergegeven. Hierin staan de terreinen waarop de basistaken in het kader van de WCPV zijn vastgesteld en die in het gezondheidsbeleid moeten worden opgenomen. Verder worden de partijen in de gezondheidszorg beschreven waarmee afstemming dient plaats te vinden: aanbieders van zorg, cliënten en zorgverzekeraars. En ten slotte worden de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen genoemd die van belang zijn in verband met het voeren van facetbeleid.

Afstemmen met de volgende partijen	Basistaken uit WCPV facetbeleid	Relevante beleidsterreinen
• Eerstelijnszorg	1 Medische milieukunde	• Onderwijs
• Ziekenhuizen	2 Technische hygiënezorg	• Sociale Zaken
• instellingen voor verpleging en verzorging	3 Infectieziektebestrijding	• Welzijn
• Patiënten/consumenten	4 Jeugdgezondheidszorg (JGZ)	• Ouderen
• Mantelzorg	5 Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)	• Gehandicapten
• Verzekeraars	6 Bevorderingstaken, te weten: zicht op de lokale gezondheids- toestand	• Jeugd
	• (epidemiologie)	• Zorg
	• bewaken van gezondheidsaspecten	• Ruimtelijke Ordening
	• preventieprogramma's en voorlichting	• Verkeer
	• bevolkingsonderzoek	• Milieu
		• Sport

Hierna volgt een toelichting op de taakvelden uit de WCPV.

Onder *medische milieukunde* valt onderzoek, advisering en signalering op het terrein van milieu en gezondheid. Een voorbeeld is onderzoek naar de kwaliteit van natuurlijk zwemwater in een warme zomer.

Onder *technische hygiënezorg* vallen hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeage- en piercingstudio's, grote evenementen, seks- en relaxhuizen en instellingen die vallen onder de Wet op de jeugdhulpverlening.

Infectieziektebestrijding omvat onderzoek, bron- en contactopsporing en preventie in het kader van infectieziekten. Deelgebieden zijn de algemene infectieziektebestrijding (bijvoorbeeld vaccinatieprogramma's voor kinderen), de tuberculosebestrijding en de SOA-/Aidsbestrijding. Ook reizigersvaccinatie valt onder infectieziektebestrijding. Maar doordat dit een zogenaamde 'markttaak' is die de consument zelf betaalt, valt dit niet onder de WCPV.

Het risico op grootschalige epidemieën is aanzienlijk vergroot en gemeenten zouden volgens de IGZ hieraan meer aandacht moeten besteden. Door de toegenomen mondiale mobiliteit kunnen ziekteverwekkende micro-organismen zich in korte tijd over grote delen van de wereld verspreiden.

Ook op de maatschappelijke gevolgen van een grootschalige epidemie moeten gemeenten zich beter voorbereiden. Hoe blijven kernsectoren functioneren als zoveel mensen door ziekte uitvallen en hoe kan de gemeente blijven doorwerken en waar liggen dan de prioriteiten?

Onder de *Jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen* wordt verstaan: monitoring en signalering, gezondheidsvoorlichting, vaccinatie, screening, onderkenning van gezondheidsbedreigende factoren in sociale en fysieke omgeving en de advisering hierover.

De IGZ constateert dat GGD'en, gezien de toename van psychosociale problemen bij jongeren, hierover te weinig gegevens verzamelen.

Dit belemmert gemeenten bij het ontwikkelen van gericht beleid. De kwaliteit van de zorgverlening op dit terrein is onvoldoende en de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen bewaakt onvoldoende de continuïteit van zorg, vooral bij kinderen met problemen.

De integratie van de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen stagneert volgens de inspectie. Niet alleen dient er binnen de jeugdgezondheidszorg nauw samengewerkt te worden. Voor de continuïteit van de zorg is veel meer samenwerking nodig tussen de jeugdzorg, de jeugdhulpverlening en reguliere jeugdvoorzieningen.

De *openbare geestelijke gezondheidszorg* omvat directe hulpverlening (waaronder crisisinterventie en bemiddeling met betrekking tot maatschappelijke opvang), preventie en zorg voor mensen met een verhoogd risico (onder andere signalering, screening en beleidsadviesing), verslavingszorg (inclusief vangnetfunctie) en algemeen maatschappelijk werk (gedeeltelijk).

Deze taak wordt overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) vanwege de link met het ondersteunen van het zelfstandig functioneren van mensen met (meervoudige) beperkingen en het bevorderen van maatschappelijke participatie.

Bevorderingstaken omvatten:

1 *Epidemiologie*

De gemeente dient gegevens te verzamelen en te analyseren betreffende de gezondheidssituatie van de bevolking.

2 *Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen*

Het gaat hierbij om een coördinerende en integrerende taak van de gemeente wat uitmond in facetbeleid (zie ook paragraaf 2.2) De GGD heeft hierin een adviestaak. Hierbij valt te denken aan gemeentelijke besluitvorming over ruimtelijke ordening (fietspaden, trapveldjes) en sport.

3 *Gezondheidsbevordering*

Onder gezondheidsbevordering wordt verstaan: op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking (laten) uitvoeren van preventieprogramma's, bijvoorbeeld gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

4 *Bevolkingsonderzoeken*

Het (laten) oproepen van de groepen vrouwen die in aanmerking komen voor deelname aan onderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker.

Tevens zegt de WCPV nog dat:

- het lokaal gezondheidsbeleid de *uitvoering van de WCPV door de GGD* moet bevatten, maar dat het ook nadrukkelijk méér kan en moet zijn dan dat;
- het gezondheidsbeleid onderdeel is van het *lokaal politiek debat*. De gemeentelijke nota's worden steeds kort na de gemeenteraadsverkiezingen uitgebracht, zodat de gemeenteraad hierover kan meebeslissen en het beleid in de daaropvolgende ambtsperiode kan worden uitgevoerd;
- daar waar in andere gemeentelijke beleidsvisies al ingegaan wordt op onderdelen van gezondheidsbeleid kan de gemeente *in de nota volstaan met verwijzen*, zodat geen dubbel werk hoeft te worden gedaan (denk ook hier aan ruimtelijke ordening, ouderenbeleid, achterstandsbeleid, sportbeleid);
- verwacht wordt dat de gemeente in de nota ingaat op de gestelde *landelijke prioriteiten* op het gebied van de collectieve preventie. Verwezen wordt naar de vierjaarlijkse rijksnota.

3.1.2 Afstemming tussen curatieve zorg en preventie

Het bevorderen van onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de (curatieve) zorg is een van de taken uit de WCPV. Er is sprake van een spanningsveld tussen enerzijds bovenstaande taak die de gemeente heeft op het gebied van de volksgezondheid en anderzijds het ontbreken van een aantal bevoegdheden. Formeel heeft de gemeente immers geen zegg-

schap over partijen in de gezondheidszorg zoals huisartsen en ziekenhuizen. Het omgekeerde geldt ook. Andere partijen kunnen de gemeentelijke werkzaamheden niet sturen. Gemeenten en zorgaanbieders zullen dus door overleg en onderhandeling moeten zoeken naar mogelijkheden om problemen in gezamenlijkheid aan te pakken of te voorkomen. Natuurlijk heeft de gemeente wel mogelijkheden om de onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en (curatieve) zorg te bevorderen; daar maakt zij ook gebruik van. Afhankelijk van de situatie of het probleem dat zich voordoet, heeft de gemeente verschillende rollen, variërend van financier, planner, makelaar en beleidsmaker tot trekker en uitvoerder. In de verschillende fasen van een activiteit kunnen (en zullen) de rollen veranderen. Als de gemeente zich bijvoorbeeld met veel enthousiasme sterk maakt om een bepaalde activiteit van de grond te krijgen dan hoeft dit nog niet te betekenen dat de gemeente de rol van trekker moet blijven vervullen. Een andere partij kan deze rol later eventueel overnemen.

3.2 Andere relevante wetten

Voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn nog enkele wetten van belang, omdat ze raken aan of zelfs enkele gemeenschappelijke punten hebben met de collectieve preventie volksgezondheid.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Vanaf 1 januari 2007 zal de Wmo fasegewijs ingevoerd worden. Het maatschappelijke doel van de Wmo is *meedoen*. Deelname van alle burgers aan alle facetten van de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. En als dat niet kan, is er ondersteuning vanuit de gemeente. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen, zoals de openbare gezondheidszorg. Voor mensen die langdurige, zware zorg nodig hebben, blijft er de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).

Gemeenten fungeren als vangnet voor groepen die op een of andere wijze buiten de boot dreigen te vallen: zorgmijders, slachtoffers van vervuiling, verwaarlozing of mishandeling; verslaafden, dak- en thuislozen en illegalen. Deze taak maakt deel uit van de Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Vanwege de relatie met maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en vrouwenopvang, een prestatieveld in de Wmo, wordt de OGGZ overgeheveld van de WCPV naar de Wmo.

In algemene zin kunnen volksgezondheid, het doel van de WCPV, en maatschappelijke participatie, de belangrijkste doelstelling van de Wmo, elkaar versterken.

De belangrijkste raakvlakken tussen de Wmo en taken uit de WCPV zijn:

- De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (WCPV) en prestatieveld 2 van de Wmo: op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met opgroei-problemen en ouders met opvoedproblemen.

- Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (WCPV) en prestatieveld 3 (Wmo): het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (lokale loketten).
- Epidemiologisch onderzoek (WCPV) levert belangrijke beleidsinformatie op, ook voor de uitvoering van de Wmo.
- Bevorderen van afstemming tussen preventie, cure en care (WCPV) en de prestatievelden 5 (bevorderen maatschappelijke participatie en zelfstandig functioneren van mensen met een beperking) en 6 (verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen) van de Wmo.

In de praktijk blijkt dat onderwerpen als eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen- en tandartsentekort en toegankelijkheid van voorzieningen), community care (bijvoorbeeld ouderenbeleid), opvoedingsondersteuning en mantelzorgers aandacht krijgen in het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Het zijn terreinen die verwant zijn aan de openbare gezondheidszorg en ook genoemd worden in, en onder de verantwoordelijkheid vallen van de Wmo. Zowel inhoudelijk gezien als uit een oogpunt van efficiency valt daarom te overwegen één gemeentelijke nota gezondheidsbeleid op te stellen, die zowel de voornemens met betrekking tot de WCPV als de voornemens die voortvloeien uit de Wmo bevatten.

Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen

Crisishulpverlening in situaties waarbij de openbare veiligheid in het geding is. De hulpverlening omvat het organiseren van en het leiding geven aan de geneeskundige hulpverlening bij een noodsituatie die de (lichamelijke of geestelijke) gezondheid van groepen burgers aantast of bedreigt. Daarbij valt te denken aan min of meer grootschalige milieu-incidenten, branden, trein- of vliegtuigrampen, verkeersongevallen en grote epidemieën. Uiteraard werken brandweer en politie hierbij nauw samen.

Forensische geneeskunde

Geneeskundige dienstverlening aan politie en justitie bij de uitvoering van de Wet op de Lijkbezorging en in het kader van opsporing en vervolging, zorg voor slachtoffers en arrestanten.

Kwaliteitswet zorginstellingen

Alle instellingen die werkzaam zijn in de zorg en gezondheidszorg – dus ook GGD'en en Thuiszorgorganisaties jeugdgezondheidszorg – vallen onder de kwaliteitswet. Zo worden er kwaliteitsnormen prestatie-indicatoren, benchmarks en dergelijke ontwikkeld, om de bedrijfsvoering en de dienstverlening te verbeteren.

Gemeenten krijgen in hun rol van opdrachtgever en regisseur met kwaliteitsontwikkeling te maken, een ontwikkeling die ook bestuurlijk verankerd moet worden.

Milieuwetgeving

In de Milieuwetgeving staan normen en bepalingen die te maken hebben met de verontreiniging van lucht, grond en water. Deze hebben een duidelijk raakvlak met de openbare gezondheidszorg in het algemeen en de medische milieukunde in het bijzonder.

Bijlage 1 Extra informatie

Relevante websites

www.minvws.nl

De website van het ministerie van VWS. Kies bij 'Dossiers' voor 'Preventie' of 'Gezond leven'. Informatie over wetten, nota's, Kamerstukken en nieuwsberichten.

www.brancherapporten.minvws.nl

Deze website biedt brede, feitelijke en objectieve informatie over de VWS-beleidsterreinen Preventie, Cure, Care, GGZ-MZ en Welzijn en Sport. Voor elk van deze VWS-sectoren worden de landelijke ontwikkelingen en feiten en cijfers over de periode 2000-2004 gepresenteerd.

www.ggd.nl

De website van GGD Nederland, de landelijke vereniging voor GGD'en. Je kunt direct doorklikken naar het GGD kennisnet. Daar vind je op trefwoord veel informatie over collectieve preventie en lokaal gezondheidsbeleid. Het is mogelijk documenten te downloaden en er zijn veel links naar andere sites of organisaties.

www.vng.nl

De website van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. De site opent met VNG-net. Kies bij het beleidsveld 'Zorg, Welzijn en Sport' voor 'Zorg en Gezondheid' en vervolgens 'Openbare Gezondheidszorg'. Hier staan persberichten, publicaties en informatie over projecten en activiteiten.

www.netwerkgezondegemeenten.nl

De website van het Netwerk Gezonde Gemeenten van de VNG. Dit Netwerk houdt zich bezig met bestuurlijke vraagstukken rondom thema's binnen het lokaal gezondheidsbeleid.

www.igz.nl

De website van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Via 'Publicaties' kiezen voor 'Staat van de Gezondheidszorg'. Hier is het rapport over de Staat van de Openbare Gezondheidszorg van november 2005 te downloaden.

www.nigz.nl

Deze website is bestemd voor professionals in de gezondheidsbevordering en preventie en voor alle professioneel geïnteresseerden in dit veld. Er zijn themasites, dossiers en een infocentrum en documenten zijn te downloaden of publicaties te bestellen. Speciaal voor vragen over gezondheidsbevordering op lokaal niveau is er de helpdesk lokaal gezond.

www.slag.nu

SLAG staat voor Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen. SLAG heeft als doel ondersteuning te bieden aan lokale gezondheidsprofessionals die zich richten op het verminderen van gezondheidsverschillen. De website van SLAG wil hieraan bijdragen door bruikbare informatie bij elkaar te brengen over projecten, methodieken, literatuur of bijeenkomsten. SLAG is een initiatief van het NIGZ.

www.quidatabank.nl

QUI is een landelijk samenwerkingsverband tussen het NIGZ, het Trimbos-instituut, GGD Nederland, het RIVM, de VNG, ZonMw, het NIZW en het NISB. De betrokken organisaties hebben ruim vier jaar gewerkt aan het samenvoegen van de verscheidene los van elkaar ontwikkelde databanken met preventieprojecten. De QUI-databank bevat alle projecten en activiteiten die betrekking hebben op het brede terrein van de gezondheidsbevordering en preventie.

www.invoeringwmo.nl

Op deze website bieden het ministerie van VWS en de VNG informatie over de invoering van de Wmo. U vindt er informatie over de gemeentelijke pilots, kernthema's van de Wmo en de nieuwsbrieven. Ook een lange lijst met nuttige links.

www.rivm.nl

De website van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bevat informatie over onderzoek en advies op het gebied van de volksgezondheid, de gezondheidszorg, voeding, milieu en natuur. Het RIVM houdt zich ook bezig met voorbereidingen, maatregelen en nazorg die nodig zijn bij calamiteiten en rampen. Op de website vindt u ook verwijzingen naar publicaties en naar andere gespecialiseerde websites.

www.nationaalkompas.nl

In het Nationaal Kompas Volksgezondheid heeft het RIVM veel informatie bijeengebracht over gezondheid, ziekte, risicofactoren, zorg en preventie. Voor gemeenten is vooral het onderdeel openbare gezondheidszorg interessant. U vindt er antwoorden op vragen als: Wat is openbare gezondheidszorg (OGZ) nu eigenlijk? Wie zijn er verantwoordelijk voor en wat is de relatie met de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). De site bevat tevens een overzicht met de stand van zaken van de lokale nota's gezondheidsbeleid.

www.zorgatlas.nl

De Zorgatlas geeft een geografisch beeld van de volksgezondheid en de gezondheidszorg in Nederland. De Atlas kan antwoord geven op vele 'Waar'-vragen: Waar is de sterfte het hoogst? Waar ondervindt men de meeste geluidsoverlast? Waar zijn de wachtlijsten het langst? U kunt de situatie in uw eigen gemeente vergelijken met andere gemeenten en/of regio's.

www.voedingscentrum.nl

Het Voedingscentrum wil het inzicht in de kwaliteit van voedsel vergroten en stimuleren dat de consument gezond en veilig eet met als doel een bewust kiezende consument en gezondheids-winst. De website biedt veel informatie over voeding en gezondheid.

www.stivoro.nl

STIVORO is de nationale organisatie voor voorlichting over de gezondheidsrisico's van roken. Op de website is informatie te vinden over tabakspreventie in het lokaal gezondheidsbeleid en over de trainingen voor ambtenaren volksgezondheid bij gemeenten.

www.nisb.nl

Het NISB is het landelijk kennis- en innovatiecentrum voor sport en bewegen met als taken advisering, begeleiding, ontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Op de website vindt u informatie over de producten van het NISB voor specifieke doelgroepen (jeugd, allochtonen, ouderen), of op thema's. Gemeenten vinden hier ook informatie over beleid ten aanzien van sport, bewegen en gezondheid en subsidiemogelijkheden.

www.trimbosinstituut.nl

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, versla-vingszorg en maatschappelijke zorg. Op de website zijn voorbeelden van projecten bij gemeen-ten te vinden in de projectendatabank.

www.alcoholinfo.nl en www.nigz.nl

De voorlichting over alcoholmatiging wordt uitgevoerd door het NIGZ.

De alcoholwebsite biedt nieuws en informatie voor publiek en professionals. Alles over de cam-pagnes, alcoholnieuws, persberichten en bestellen van materialen.

www.veiligheid.nl

Stichting Consument en Veiligheid werkt aan het verbeteren van de veiligheid van de leefomge-ving van de Nederlandse bevolking en daarmee aan het terugdringen van de omvang en de ernst van letsels.

www.soaids.nl

Soa Aids Nederland is het expertisecentrum voor HIV/Aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen. Er is een speciale site voor professionals met onder meer een uitgebreid docu-mentatiecentrum, publicaties die u kunt downloaden of bestellen. En u kunt met een vraag terecht bij de helpdesk.

Relevante literatuur

- Wet collectieve preventie volksgezondheid. ministerie van VWS, 2002.
- Langer gezond leven, Ook een kwestie van gedrag, ministerie van VWS, 2003.
- De kunst van het regisseren, M. Mascini, 2003.
- Instrumentenkoffer Openbare Gezondheidszorg. VNG & GGD Nederland, 2004.
- Openbare Gezondheidszorg: Hoe houden we het volk gezond? Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005.
- Inhoud en kwaliteit van de nota's lokaal gezondheidsbeleid, N. Kornalijnslijper, SGB0, 2005.
- Bouwen aan gezond beleid, VNG, 2001.

Bijlage 2 Lijst van afkortingen

GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SGBO	Onderzoeks- en adviesbureau voor het openbaar bestuur
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid (1989)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning (2007)

Bijlage 3

Wat zegt de WCPV over de gemeentelijke nota?

In de nieuwe WCPV bevat artikel 3b de opdracht aan gemeenten om elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Dit artikel stelt vervolgens dat daarin in elk geval enkele andere verplichtingen die uit de WCPV voortvloeien een plek moeten hebben, die slechts met hun artikelnummer worden aangehaald. Daardoor omvat dit korte artikel feitelijk een groot aantal WCPV-taken, die hieronder worden aangegeven, zodat de omvang van de verplichte inhoud van de nota inzichtelijk wordt. Hierbij is rekening gehouden met de overheveling van bevoegdheden van de gemeenteraad naar het college van B&W, op basis van de invoering van de wet Dualisering gemeentelijke medebewindsbevoegdheden (Stb. 530 (iwtr-KB: Stb. 531) per 8 maart 2006.

Artikel 3b

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

Artikel 2

- 1 Het college van B&W bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.
- 2 Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid draagt het college van B&W in ieder geval zorg voor:
 - a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld;
 - b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
 - c) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
 - d) het bevorderen van medisch milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;
 - e) het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de

- omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;
- f) het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.
- 3 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid, onder a en onder c tot en met f, vermelde werkzaamheden nader worden uitgewerkt.

Artikel 3

- 1 Het college van B&W draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding.

Artikel 3a

- 1 Het college van B&W draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
- 2 Ter verwezenlijking van het eerste lid draagt het college van B&W in ieder geval zorg voor:
- a) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - b) het ramen van de behoeften aan zorg;
 - c) de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
 - d) het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - e) Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Artikel 5, tweede lid

Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt het college van B&W advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

