

## **HOOFDSTUK 1. VAN GEZONDHEID NAAR GEZONDHEIDSBELEID.**

*In 2002 is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) gewijzigd. Op grond hiervan zijn de gemeenten verplicht om met ingang van 2003 iedere 4 jaar een lokale nota gezondheidsbeleid op te stellen.*

*Aanleiding voor het opnemen van deze verplichting in de wetgeving is de constatering dat de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten bij gezondheidsbeleid onvoldoende uit de verf komt. In veel gevallen werd gezondheidsbeleid tot voor enkele jaren niet beschouwd als een primaire gemeentelijke taak, terwijl de beleving van gezondheid essentieel is voor het welbevinden van de individuele inwoners.*

### **1.1 Definitie van gezondheid.**

Gezondheid is een situatie van lichamelijk, mentaal, geestelijk en sociaal welbevinden van personen, waarbij het niet alleen gaat om de afwezigheid van ziekte of gebrek. Gezondheid is het resultaat van een balans tussen omgeving, welvaart, welbevinden en samenleving.

In het verleden werd gezondheid vooral gedefinieerd als "de afwezigheid van ziekte of gebreken". Deze visie van gezondheid sluit niet meer aan bij de hedendaagse inzichten en wordt "te smal" ervaren.

Een persoon kan objectief gemeten in goede gezondheid verkeren en zich toch niet-gezond voelen. Dat gezondheidsbeleving een belangrijke rol speelt naast de fysieke en materiele criteria wordt in toenemende mate erkend. Bij de brede benadering van gezondheid is eveneens ruimte voor het belevingsaspect van mensen. Gezondheidsbeleving is immers een voorwaarde voor de inzet en medewerking van burgers bij het bevorderen van hun gezondheid. Om die reden wordt in deze notitie uitgegaan van de brede benadering van gezondheid.

### **1.2 Gezondheidsbepalende factoren.**

De gezondheidstoestand van de bevolking wordt voor een groot deel bepaald door factoren die buiten het domein van de gezondheidszorg liggen, zoals biologische en genetische factoren, toegang tot de gezondheidszorg, de sociaal-economische status (sociale omgeving), de fysieke omgeving en de leefstijl. Op diverse factoren is geen invloed uit te oefenen. Andere daarentegen zijn beïnvloedbaar, met name de fysieke omgeving en de leefstijl.

Dit verklaart tevens het toegenomen belang van preventie. Het is doelmatiger om meer aandacht te besteden aan de factoren die mensen ziek maken dan aan het voortdurend scheppen van nieuwe curatieve voorzieningen.

Wij kiezen er dan ook voor om structureel in te zetten op de bevordering van de gezondheid van mensen door middel van preventie.

### **1.3 Belang van gezondheid.**

Gezondheid wordt door veel mensen gezien als het hoogste goed in het leven. Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Niet alleen voor het individu is de gezondheid van belang, ook voor de samenleving als geheel is het van belang dat mensen in een goede gezondheid leven. In dat geval kunnen zij namelijk in sociaal en economisch opzicht vrijelijk deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Diverse onderzoeken tonen aan dat de gezondheid niet gelijk verdeeld is over de bevolking en dat er op onderdelen nog veel gezondheidswinst te behalen valt. De eerste verantwoordelijke voor de gezondheid is natuurlijk het individu zelf, maar daarnaast kunnen ook gemeenten een belangrijke rol vervullen in de gezondheid van hun inwoners. Om deze reden is de rijksoverheid enige jaren geleden gestart met het stimuleren van gemeenten om een eigen gezondheidsbeleid te ontwikkelen.

### **1.4 Belang van gemeentelijk gezondheidsbeleid.**

De gemeente heeft een directe verantwoordelijkheid om zich in te zetten voor het welzijn van haar inwoners. Deze algemene verantwoordelijkheid heeft de rijksoverheid de afgelopen jaren sterk benadrukt door de decentralisatie van een aantal taken richting gemeenten. De gemeente is als gevolg hiervan inmiddels verantwoordelijk geworden voor ambulante verslavingszorg, maatschappelijke opvang, algemeen maatschappelijk werk, uitvoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) en de oprichting en instandhouding van een indicatieorgaan voor de verpleging, verzorging en geestelijke gezondheidszorg.

Anderzijds voeren gemeenten op tal van terreinen beleid, dat indirect of direct gevolgen voor de gezondheid kan hebben. Er zijn buiten de gezondheidszorginstellingen veel factoren die de gezondheid beïnvloeden, zoals de fysieke en sociale omgeving van mensen. Op veel van die factoren hebben de gemeenten invloed.

Gemeenten kunnen een belangrijke rol spelen in het voorkómen van gezondheidsproblemen, terwijl de gezondheidszorg zich voorheen meestal richtte op curatie (bestrijding/behandeling). Hierbij merken wij op dat ook hier geldt dat voorkomen (preventie) beter is dan bestrijden (curatie).

De gemeente heeft op grond van de WCPV daarnaast een algemene verantwoordelijkheid voor het scheppen van een omgeving die de gezondheid van de inwoners bevordert. Onder de reikwijdte van deze wet vallen taken zoals epidemiologie, infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting en vaccinaties. Deze taken worden door de Gemeenschappelijke Gezondheids Dienst (GGD) en de Zorggroep Thuis uitgevoerd.

Naast deze algemene belangen hebben gemeenten ook wettelijke verantwoordelijkheden ten aanzien van de gezondheid van hun inwoners. Zo draagt de WCPV expliciet de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor collectieve preventie op aan gemeenten. Bovendien hebben gemeenten wettelijke taken op terreinen die gezondheid en welbevinden van mensen beïnvloeden, zoals welzijn, volkshuisvesting, milieu, onderwijs en bepaalde aspecten van zorg, zoals de WVG en het instandhouden van een regionaal indicatieorgaan (RIO).

Een gezondheidsbeleid op de schaal van de gemeente heeft het voordeel dat burgers nadrukkelijker bij het beleid betrokken (kunnen) worden. Voor gezondheidsbeleid op rijksniveau is deze betrokkenheid vaak moeilijker te realiseren.

Belangrijk in het kader van het gezondheidsbeleid is partijen die betrokken zijn bij het ontwikkelen van gezondheids(zorg)beleid, te stimuleren en te ondersteunen om te komen tot een betere afstemming en samenwerking. De gemeente treedt daarbij niet alleen op als een boven de partijen sturende instantie, maar als één van de deelnemende partijen in een netwerk van actoren.

### **1.5 De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.**

Iedereen kan zich wel een voorstelling maken bij het werk van een huisarts of een tandarts. Dit geldt in veel mindere mate voor activiteiten in het kader van de collectieve preventieve zorg. De collectieve preventieve zorg is, in tegenstelling tot de meeste zorgvoorzieningen, doorgaans niet op individuele vragen gericht. Het algemene belang is meer uitgangspunt.

Onder collectieve preventie vallen alle activiteiten die gericht zijn op het bewaken van en bevorderen van de volksgezondheid voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter. De collectieve preventieve zorg wordt ook wel aangeduid als openbare gezondheidszorg.

In het algemeen ligt de verantwoordelijkheid voor deze zorg bij de gemeente waarbij de uitvoering is opgedragen aan de GGD.

Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid als het gaat om roken, teveel drinken, overgewicht en te weinig bewegen. De overheid ziet het evenwel als haar taak om gezond gedrag te bevorderen. Op basis van de WCPV zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's gericht op bevordering van gezondheid (inclusief Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding).

De gemeentelijke taken volgens de WCPV zijn als volgt samen te vatten:

#### *1. Gezondheidsbevordering.*

- epidemiologie: het op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent de gezondheidssituatie van de bevolking
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen
- het bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's met inbegrip van gezondheidsvoorlichting- en opvoeding
- het opstellen van een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, waarin wordt aangegeven hoe de gemeenteraad uitvoering geeft aan de in de wet genoemde taken

#### *2. Medische milieukunde.*

Het bevorderen van medisch-milieukundige zorg. Medische milieukunde is te omschrijven als de kennis en onderzoeksmethoden van de invloed van het algemene milieu op de gezondheid van de mensen, met behulp waarvan men adviezen kan geven en beogen de gezondheid te bevorderen.

#### *3. Technische hygiëne.*

Het bevorderen van technische hygiënezorg. Onder technische hygiëne verstaat men dat deel van de preventieve gezondheidszorg dat met gebruikmaking van technische middelen de gezondheid tracht te

bevorderen en in stand te houden. De technische hygiëne richt zich vooral op het beperken en/of voorkomen van de verspreiding van pathogene (ziekteverwekkende) micro-organismen en daarmee de preventie van infectieziekten.

4. *Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ).*  
Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg. De OGGZ omvat alle activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid die worden uitgevoerd niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag. Het betreft directe hulpverlening voor het individu, zorg voor risicogroepen en collectieve geestelijke gezondheidszorg.
5. *Infectieziektenbestrijding.*  
De uitvoering van Infectieziektenbestrijding, waaronder wordt verstaan surveillance, activiteiten in het kader van de Infectieziektenwet, beleidsadvisering, preventie bron- en contactopsporing, netwerk- en regiefunctie, vangnetfunctie, outbreakmanagement en onderzoek.
6. *Jeugdgezondheidszorg (JGZ).*  
De uitvoering van jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen, met als doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen en jeugdigen van 0 tot ongeveer 19 jaar.
7. *De instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst.*
8. *Het vragen van advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst, alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie*

#### **1.6 Doelstelling van gemeentelijk gezondheidsbeleid.**

Hoofddoelstelling van het gemeentelijk gezondheidsbeleid is het verbeteren van de gezondheid van de inwoners door middel van preventie en door het bevorderen van een adequaat zorgaanbod. Subdoelstelling hierbij is het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen. Hiervoor is het nodig om extra aandacht te geven aan groepen met gezondheidsachterstand en aan groepen die een verhoogd gezondheidsrisico lopen.

#### **1.7 Doel van de nota.**

Het doel van deze nota is, naast een inventariserende beschrijving van het bestaande gezondheidsbeleid alsmede het benoemen van een groot aantal daaraan gerelateerde activiteiten binnen de gemeentegrenzen, een nieuw kader vast te stellen voor eventueel toekomstig gemeentelijk gezondheidsbeleid en op basis hiervan zo concreet mogelijke nieuwe acties en activiteiten te benoemen voor de periode 2005 t/m 2007.

In het eerste halfjaar van 2008 (twee jaar na de volgende gemeenteraadsverkiezingen) zullen dan vervolgens op basis van een nieuwe c.q. bijgestelde nota keuzes gemaakt (kunnen) worden voor de daaropvolgende jaren. Dit betekent voorts dat bij de vaststelling van eventueel nieuw beleid rekening gehouden kan worden met de gegevens, resultaten en aanbevelingen van de volgende (vierjaarlijkse) GGD-gezondheidsprofielen die in 2008 zullen verschijnen.

#### **1.8 Opzet van de nota.**

Zoals u hebt kunnen lezen, komen in hoofdstuk 1, na een algemene inleiding, een eerste kennismaking met de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, de doelstelling van gezondheidsbeleid en het doel van de nota, vervolgens het kader en de thema's van het regionale gezondheidsbeleid aan de orde.

In hoofdstuk 2 volgt een verdieping naar het lokale gezondheidsbeleid en de thema's en uitgangspunten van het lokale gezondheidsbeleid..

Daarna volgt de uitwerking van de drie lokale thema's, te weten gezonde leefwijzen in hoofdstuk 3, JGZ (jeugdgezondheidszorg) in hoofdstuk 4 en leefomgeving in hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 6 wordt nog eens uitgebreid ingegaan op het PKA (Produkt Keuze Aanbod)-model van de GGD waarna, in hoofdstuk 7, het overig zorgaanbod en andere aandachtspunten aan de orde komen.

Tot slot volgt in hoofdstuk 8 een overzicht van de organisatorische en financiële consequenties. Tevens worden hierin de actiepunten opgenomen.

### **1.9 De bijlagen.**

Als bijlagen bij deze nota worden rapportages, samenvattingen, resultaten en aanbevelingen van regionale en lokale onderzoeken gevoegd. De daaruit voortvloeiende conclusies hebben een niet onaanzienlijke bijdrage gespeeld in de totstandkoming van deze nota.

De rapportages en resultaten van een aantal andere regionale en lokale onderzoeken verschijnen op korte termijn. Naar aanleiding hiervan worden in 2005 diverse acties ondernomen. Hiervoor wordt onder meer verwezen naar de actielijst aan het einde van deze nota.

In de bijlagen treft u tevens een betekenislijst van gebruikte afkortingen alsmede een actuele lijst aan met zorgverleners en zorginstellingen in Brunssum en omstreken.

Ter toelichting wordt in een aantal bijlagen stilgestaan bij de gezondheidstoestand van volwassenen en jongeren in Nederland en Brunssum.

Tevens wordt in de bijlagen een volledig overzicht gegeven van alle mogelijk af te nemen GGD-producten en Jeugdgezondheidsproducten.

In de voorlaatste bijlage staan nog enkele bevolkingsstatistieken van Brunssum opgenomen, waarna in de laatste bijlage een samenvatting volgt van de onlangs gepubliceerde resultaten van de door de Limburgse GGD-en in 2003 uitgevoerde gezondheidsenquête onder volwassenen.

### **1.10 Totstandkoming van de nota.**

Om te komen tot een meer gestructureerde en samenhangende aanpak van het gezondheidsbeleid heeft het College van B&W in februari 2004 het besluit genomen een multidisciplinaire projectgroep Gezondheidsbeleid in te stellen die de opdracht meekreeg een bijdrage te leveren aan de totstandkoming van een lokale Nota Gezondheidsbeleid samen te stellen.

In deze projectgroep namen zitting:

- wethouder Goof Janssen (voorzitter)
- Rob van Kesteren (ambtelijke coördinatie projectgroep, gezondheidsbeleid)
- Ruud Beckers (ouderen- en gehandicaptenbeleid, RIO, Reisnet)
- Jeffrey Breyman (jeugdbeleid)
- Ton Deumens (peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, maatschappelijk werk)
- Kitty Jacobs (onderwijs, jeugdzorg)
- Marian de Jong (milieu)
- Arco Klerk (sport, recreatie)
- Vera Lebesque (secretariaat projectgroep, verslavingszorg)
- Edward Wezenberg (integraal veiligheidsbeleid)

Na afronding van haar werkzaamheden werd deze projectgroep op 9 september 2004 ontbonden.

*Bij de totstandkoming van onderhavige nota hebben uiteraard ook externe organisaties en instellingen op het brede terrein van gezondheidszorg een rol gespeeld. Deze samenwerking heeft onder meer geleid tot adviezen van o.a. GGD-OZL en Zorggroep Thuis. Beide organisaties hebben onlangs te kennen gegeven verheugd te zijn en in te kunnen stemmen met de inhoud van onderhavige nota.*

## **HOOFDSTUK 2. VAN REGIONAAL - NAAR LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID.**

*In de regio Parkstad werd tot 2003 nooit eerder regionaal gezondheidsbeleid ontwikkeld. Ook de afzonderlijke gemeenten hadden tot afgelopen jaar geen expliciet en samenhangend gezondheidsbeleid ontwikkeld. De gemeenten hebben in het verleden het gezondheidsbeleid vooral beschouwd als een taak van de GGD. Wel hebben de gemeenten op enkele deelterreinen van het gezondheidsbeleid en terreinen die raakvlakken met volksgezondheid en zorg hebben beleid ontwikkeld.*

*Mede door de landelijke aandacht voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid hebben de portefeuillehouders uit de regio enige tijd geleden besloten een regionaal gezondheidsbeleid op te stellen. Deze Kadernota Regionaal Gezondheidsbeleid dient als kader bij de ontwikkeling van het lokaal gezondheidsbeleid.*

### **2.1 Regionaal gezondheidsbeleid en thema's.**

De achterliggende doelstelling van het regionale gezondheidsbeleid is uiteraard gelegen in het verbeteren van de gezondheid van de inwoners van de regio. Deze doelstelling kan het best bereikt worden, als zowel de aandacht gericht wordt op het verbeteren van de condities die leiden tot een verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking, als ook door de aandacht te richten op het verkleinen van de gezondheidsverschillen die tussen verschillende bevolkingsgroepen bestaan.

Echter de verwachting mag niet gewekt worden dat een regionaal gezondheidsbeleid binnen enkele jaren tot meetbare gezondheidswinst zal leiden. Deze doelstelling zou te ambitieus zijn. Enerzijds omdat de beïnvloeding van de gezondheid niet alleen op regionaal niveau kan plaatsvinden, maar omdat ook andere overheden, bedrijven en uiteraard de burgers zelf hierin een belangrijke verantwoordelijkheid hebben. Anderzijds omdat de gevolgen van de met name op preventie gerichte interventies pas op langere termijn hun uitwerking hebben. Wel kunnen er zichtbare verbeteringen teweeggebracht worden in de condities die kunnen leiden tot een betere gezondheid. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld het verhogen van de kennis bij risicogroepen over gezondheidsrisico's en het verbeteren van de fysieke omgeving (bijv. meer aandacht voor het binnenhuisklimaat van huizen).

Samenvattend kan de hoofddoelstelling van het regionale gezondheidsbeleid als volgt omschreven worden:

Het verhogen van de gezondheid van de inwoners van Parkstad Limburg door:

- *het verbeteren van de condities die leiden tot een betere gezondheid;*
- *het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen.*

In de kadernota Regionaal Gezondheidsbeleid wordt op basis van de doelstelling alsmede landelijke en regionale ontwikkelingen, een vijftal thema's benoemd:

- *gezonde leefwijzen*
- *openbare geestelijke gezondheidszorg*
- *jeugdgezondheidszorg*
- *leefomgeving*
- *vermaatschappelijking van de zorg*

Ten aanzien van 2 thema's vindt, conform regionale besluitvorming, uitwerking plaats op **regionaal niveau**, namelijk:

1. *openbare geestelijke gezondheidszorg;*

De psychosociale problematiek in deze regio is hoger dan in de rest van Limburg. De geestelijke gezondheid bepaalt voor een belangrijk deel de mate waarin mensen zich gezond voelen. De geestelijke gezondheidszorg behoort in principe niet tot het gemeentelijk domein, maar de openbare geestelijke gezondheidszorg wel. In het wetvoorstel voor wijziging van de WCPV werd het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg expliciet opgenomen. Hiermee wordt nadrukkelijk de regierol binnen de OGGZ bij gemeenten gelegd.

Vanwege de forse beleidsmatige aandacht de laatste jaren voor de verslaafdenproblematiek in deze regio, is nauwelijks beleid ontwikkeld voor andere groepen. Dit terwijl ook andere risicogroepen die binnen de doelgroep van de OGGZ vallen, als gevolg van vereenzaming, zelfverwaarlozing en verloedering, in deze regio voorkomen. Hiermee voldoet dit thema aan de gestelde doelstellingen en uitgangspunten. De doelstelling is het formuleren van een OGGZ-beleid waarin aandacht is voor een adequaat aanbod van OGGZ-voorzieningen afgestemd op de vraag en waarin het aanbod van de verschillende actoren afgestemd is op elkaar, teneinde de psychosociale problematiek in deze regio terug te dringen. De partners van OGGZ zijn voornamelijk regionale partijen waardoor een regionale aanpak voor de hand ligt. Desondanks zal een lokale inventarisatie moeten plaatsvinden en een actuele stand van zaken aangegeven moeten worden. In de toekomstige WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, zie blz. 39) wordt hier nader op ingegaan.

## 2. *vermaatschappelijking van de zorg:*

De gezondheidszorg is één van de determinanten van gezondheid. Echter de gezondheidszorg valt nauwelijks binnen de beïnvloedingssfeer van de gemeenten. Op het terrein van de zorg heeft de gemeente wel enkele taken, zoals het verstrekken van woon- en vervoersvoorzieningen aan mensen met fysieke beperkingen (WVG) en het instandhouden van een onafhankelijk indicatieorgaan voor verpleging en verzorging (RIO). De uitvoering van de meeste zorg wordt geleverd door AWBZ- (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) gefinancierde instellingen. Niettemin krijgt de gemeente door de vermaatschappelijking van de zorg steeds meer te maken met mensen die afhankelijk zijn van zorg. Eerder genoemde ontwikkeling waarbij de provincie een forse aanpak op het terrein van wonen, welzijn en zorg voorstelt, vraagt van de regio Parkstad Limburg een belangrijke inspanning. Doelstelling is het creëren van voldoende aanbod van wonen-, zorg-, en welzijnsvoorzieningen om het zelfstandig wonen van de toenemende groep zorgafhankelijken mogelijk te maken. Alhoewel aan de orde is dat het tweede thema op regionaal niveau wordt uitgewerkt, heeft ook de gemeente Brunssum hier nadrukkelijk haar verantwoordelijkheid genomen. Er is onder meer besloten tot de opstelling van een Masterplan Wonen, Welzijn Zorg. Gezien de huidige regionale netwerken voor dit onderwerp zal dit thema op regionaal niveau verder uitgewerkt worden. In de toekomstige WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, zie verderop in deze nota) wordt ook hier nader op ingegaan.

Teneinde te komen tot regionale afstemming van de twee genoemde gezondheidsthema's heeft het College van B&W het Dagelijks Bestuur van Regio Parkstad Limburg inmiddels schriftelijk benaderd (d.d. 1 mei 2003 en 31 maart 2004) met het verzoek het periodiek overleg tussen de betrokken beleidsambtenaren gezondheidszorg te intensiveren en een en ander zoveel mogelijk te coördineren en te faciliteren.

## 2.2 *Lokaal gezondheidsbeleid en thema's.*

Gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt gezien als een beleid dat gericht is op het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de burger op initiatief van de gemeente. Uiteraard zijn er andere participanten betrokken bij het ontwikkelen en uitvoeren van het gezondheidsbeleid, maar de gemeente heeft een duidelijk initiërende en regisserende rol.

In onze regio is aanvankelijk gekozen voor het ontwikkelen van een regionaal gezondheidsbeleid, mede ook omdat veel gezondheidsproblemen een regionaal karakter hebben en veel gezondheidszorgorganisaties regionaal georiënteerd zijn. Het lokaal gezondheidsbeleid richt zich hoofdzakelijk op collectieve preventie van ziekten. De rol van de gemeente is gericht op preventieve gezondheidszorg terwijl gezondheidszorgvoorzieningen met name gericht zijn op curatieve (= genezende) zorg. Aangezien voorkómen beter is dan genezen, is hiermee tevens het belang van gemeentelijk gezondheidsbeleid aangetoond.

De Brunssumse inwoners zijn ongezonder dan inwoners van andere regio's in Limburg en Nederland. Op bijna alle aspecten van gezondheid steekt de gezondheidstoestand in de regio Oostelijk Zuid-Limburg ongunstiger af. Bij het vormen van lokaal gezondheidsbeleid gaat het met name om beleid gericht op collectieve preventie. Het belang van het gemeentelijk gezondheidsbeleid is groot. Enerzijds worden gemeenten geconfronteerd met de

gevolgen van ziekten en handicaps, zoals het gebruik van WVG-voorzieningen, welzijnsvoorzieningen en ook bijzondere bijstand, anderzijds voeren zij op tal van terreinen beleid, dat indirect of direct gevolgen voor de gezondheid kan hebben.

Er zijn buiten de gezondheidszorginstellingen veel factoren die de gezondheid beïnvloeden, zoals de fysieke en sociale omgeving van mensen. Op veel van die factoren heeft de gemeente invloed. Gemeenten kunnen een belangrijke rol spelen in het voorkomen van gezondheidsproblemen, terwijl de gezondheidszorg zich meestal richt op curatie. Aangezien voorkomen beter is dan genezen, is het belang van gemeentelijk gezondheidsbeleid hiermee aangetoond. Gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt gezien als een beleid dat is gericht op het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de burger op initiatief van de gemeente.

Het overgrote deel van de geldstromen gaat naar de curatieve gezondheidszorg. Hoewel preventie de laatste jaren steeds meer aandacht krijgt, is deze aandacht nog niet vertaald in beschikbare financiële middelen. Het wettelijke voorschrift aan iedere gemeente om vierjaarlijks lokaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen, gaat niet gepaard met extra budget.

Teneinde een optimale afstemming te bereiken tussen regionaal en lokaal beleid, kan de doelstelling zoals die genoemd is in de Kadernota Regionaal Gezondheidsbeleid ook gelden voor een lokale nota gezondheidsbeleid. Uiteraard met een kleinere scope. De doelstelling luidt dan: "het verhogen van de gezondheid van de inwoners van de gemeente Brunssum door het verbeteren van de condities die leiden tot een betere gezondheid en het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen".

Ten aanzien van drie regionale thema's vindt uitwerking plaats op **lokaal niveau**. Deze thema's zijn:

1. *gezonde leefwijzen (zie hoofdstuk 3);*
2. *jeugdgezondheidszorg (zie hoofdstuk 4);*
3. *leefomgeving (zie hoofdstuk 5).*

Inwoners van Brunssum kunnen in de volgende drie **doelgroepen** verdeeld worden: *jeugd, volwassenen en ouderen*. Op het thema *jeugdgezondheidszorg* na, zouden (theoretisch) op enig moment alle thema's voor alle doelgroepen uitgewerkt kunnen worden. Uit de brede visie op gezondheid komt echter steeds duidelijker naar voren dat veel gezondheidswinst te halen valt door middel van preventie. Het bevorderen van *gezonde leefwijzen* is daarbij een belangrijk middel.

### **2.3      *Uitgangspunten voor het Brunssumse gezondheidsbeleid.***

In het kader van het Brunssumse gezondheidsbeleid wordt voor vier uitgangspunten gekozen:

1°. gezien de huidige financiële situatie binnen de gemeente, wordt gekozen voor een realistisch perspectief, met actiepunten die in de praktijk realiseerbaar dienen te zijn. Dat wil zeggen dat er sprake moet zijn van doelstellingen en plannen die slechts bij uitzondering vragen in aanmerking te komen voor aanvullende financiële middelen;

2°. de inhoud van onderhavige nota (die in veel opzichten vooral beschrijvend is) dient aan te sluiten bij beleid dat recent (vanaf 2003) ontwikkeld is, of binnenkort ontwikkeld gaat worden. Voorbeelden hiervan zijn o.a. de Nota Breedtesportstimulering, de Nota Jeugd in Beeld, het Milieubeleidsprogramma en de Nota Integraal Veiligheidsbeleid;

3°. de nota zal richting geven aan zaken zoals die in verschillende onderzoeken door de GGD en andere organisaties zijn gesignaleerd en vervolgens aan de gemeente Brunssum zijn gerapporteerd;

4°. de nota zal voldoende aanknopingspunten moeten bieden om een keuze te kunnen maken uit de producten die met name de GGD-OZL en de Stichting Zorggroep Thuis aanbieden.

### **HOOFDSTUK 3. THEMA GEZONDE LEEFWIJZEN.**

*De leefwijzen van mensen is een belangrijke determinant van gezondheid. Alhoewel de verantwoordelijkheid voor de gezondheid voor een belangrijk gedeelte bij het individu zelf ligt, zijn niet alle mensen even goed in staat deze verantwoordelijkheid ook zelf te nemen. Factoren als inkomen, kennisniveau over gezondheid, sociale omgeving en geestelijke gezondheidstoestand kunnen de mate waarin iemand deze eigen verantwoordelijkheid kan dragen behoorlijk doen afnemen.*

*De WCPV stelt de gemeenten verantwoordelijk voor het bevorderen van gezonde leefwijzen. De opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's met inbegrip van het geven van GVO (gezondheidsvoorlichting en – opvoeding) is een wettelijke taak.*

*Het bevorderen van gezonde leefwijzen is een taak die voornamelijk door de Gemeenschappelijke Gezondheids Dienst wordt uitgevoerd. Ook andere organisaties voeren deze taak uit op specifieke gebieden, zoals de Mondriaan Zorggroep (divisie verslavingszorg) en de Stichting Zorggroep Thuis. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat zowel landelijk als regionaal sprake is van een groei van ongezonde leefwijzen*

#### **3.1 Doelstelling.**

Doelstelling van het thema gezonde leefwijzen is het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen door het uitbreiden van wijkgerichte gezondheidsbevordering als methodiek naar meerdere wijken met een sociaal-economische achterstand.

Het thema "bevorderen van gezonde leefwijzen" past goed binnen de doelstellingen en uitgangspunten van het lokale gezondheidsbeleid. Belangrijk hierbij is dat waar mogelijk dient te worden gestreefd naar een vraaggericht aanbod, waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht bij bestaande netwerken.

#### **3.2 Sociaal-economische status.**

Uit het door de GGD opgestelde gezondheidsprofiel blijkt dat inwoners van de regio Parkstad Limburg meer roken, meer drinken, minder gezond eten, minder bewegen en meer medicijnen nemen dan gemiddeld in Nederland.

Deze factoren hebben een directe relatie met de sociaal-economische status. Wijken met een lagere sociaal-economische status scoren slechter op bovenstaande factoren dan andere wijken.

Mensen met een lage sociaal-economische status (gemeten naar opleiding, inkomen en beroepsstatus) leven gemiddeld ongezonder: er wordt meer gerookt en minder aan lichaamsbeweging gedaan. Zij hebben voorts meer kans op chronische aandoeningen, ongevallen en psychische problemen. Ook hun omgeving biedt dikwijls minder



kansen op een gezond leven: de woningen zijn vaak slechter en het sociale netwerk is vaak zwakker. Hoger opgeleiden hebben een positiever oordeel over hun gezondheid dan lager opgeleiden.

De sociaal-economische status (SES) van de inwoners van Brunssum wijkt enigszins af van het regionaal gemiddelde. De SES is bepaald aan de hand van het opleidingsniveau. In Brunssum zijn er meer inwoners met een lage SES dan elders in de regio. Daarentegen ligt het percentage inwoners dat zegt schulden te moeten maken in Brunssum wat lager dan gemiddeld in de regio. In Brunssum is het percentage inwoners met een betaalde baan kleiner dan in de regio. Oudere mannen hebben minder vaak betaald werk en zijn vaker gepensioneerd. Zowel oudere als jonge vrouwen hebben minder vaak betaald werk en zijn vaker huisvrouw. Er zijn procentueel meer jonge vrouwen werkloos dan in de hele regio. Ouderen hebben vaker een lagere SES dan jongeren. Daarnaast zijn er aanzienlijke verschillen in SES tussen de wijken. Vooral in de wijken Oost en Zuid hebben veel inwoners een lage SES. De bewoners van de wijken verschillen niet als het gaat om hun werksituatie (zoals het hebben van betaald werk).

Ook bevolkingsgroepen met een bepaalde achtergrond, zoals alleenstaande ouderen en allochtonen, scoren slechter op deze factoren. Uit landelijk onderzoek blijkt namelijk dat de gezondheidstoestand van bijvoorbeeld allochtone groepen ongunstig afsteekt bij die van andere Nederlanders. Voor een deel is dit terug te voeren op de maatschappelijke positie en het isolement waarin een deel van deze groep zich bevindt. Dit resulteert soms in zorgmijndend gedrag. Ook de gemeente Brunssum heeft te maken met deze groep. Op termijn zullen de gezondheidsverschillen tussen autochtonen en allochtonen waarschijnlijk afnemen, maar vooralsnog is ook aandacht voor de zorg voor de groep allochtonen nodig. Bovendien zullen in de komende jaren nieuwkomers blijven instromen.

### **3.3 Preventie-activiteiten.**

Preventie op het terrein van gezonde leefwijzen is belangrijk. Bedoeling van de preventie is in het algemeen dan wel meer het behoud van de huidige situatie dan een direct streven naar verbetering.

Er zijn en worden diverse landelijke campagnes ontwikkeld rond thema's, vaak ondersteund door Postbus 51-spotjes. Ook op lokaal en/of regionaal niveau kunnen aanvullend activiteiten worden ontwikkeld om gezond gedrag te bevorderen zoals voorlichting op scholen over gezonde voeding, veilig vrijen en het stimuleren van sportdeelname.

Het stimuleren van gezond gedrag gericht op meer bewegen, niet roken en gezonde voeding is een eerste stap bij het terugdringen van de oversterfte aan hart- en vaatziekten. De effectiviteit van preventieve maatregelen is vaak een kwestie van lange adem. Dit geldt voor projecten op landelijk niveau (bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes) als voor activiteiten op lokaal niveau. Acties die dicht bij de bevolking georganiseerd worden, lijken meer mogelijkheden te bieden om daadwerkelijk de doelgroep te bereiken. Als uitgangspunten voor succesvolle preventie zijn o.a. door GGD-en geformuleerd:

- participatie door bewoners en hun lokale organisaties;
- samenwerking tussen de organisaties, intersectoraal;
- sociale netwerkbenadering, het verspreiden van de informatie via bestaande sociale netwerken;
- het richten van de interventie op het individu, maar ook op de omgeving;
- gebruik van meerdere voorlichtingskanalen en -methoden;
- aansluiten bij bestaande behoeften, situaties en (on)mogelijkheden.

De voorlichting en informatieverschaffing over een gezonde levensstijl wordt in de regio Parkstad Limburg door de GGD ingevuld door middel van de "gezondheidswijzer". Dit is een informatie- en documentatiecentrum waar inwoners terecht kunnen met vragen over gezond leven. De informatie wordt zowel persoonlijk, telefonisch als via e-mail verstrekt. Daarnaast worden lesmaterialen uitgeleend aan scholen, kinderdagverblijven e.d. In deze regio is de gezondheidswijzer te bereiken bij GGD-OZL, Het Overloon 2, 6411 TE Heerlen, 045-5732330.

### **3.4 Gezondheidstoestand inwoners.**

Op basis van de onderzoeksgegevens van o.a. GGD, Gemeente en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) kan een redelijk betrouwbaar beeld worden gevormd van de gezondheidstoestand van de inwoners van Brunssum.

Daarom wordt in dit hoofdstuk op onderdelen gebruik gemaakt van de uitkomsten en aanbevelingen van de in de bijlagen opgenomen onderzoeken.

### **3.5 Jeugd.**

Het thema gezonde leefwijzen komt reeds bij bestaand beleid aan de orde bij de Breedtesportstimulering Brunssum. Hierin is het streven zoveel mogelijk jongeren tot 18 jaar aan het sporten te krijgen opgenomen. Verder werd het thema beschreven in de nota Jeugd in Beeld die in 2003 door de Raad werd vastgesteld. Op het gebied van de (breedte-)sport wordt uiterlijk in 2004 een sportnota opgesteld. Ten behoeve van de verschillende doelgroepen is een projectbeschrijving gemaakt in nauwe samenspraak met scholen, wijkteams, maatschappelijk werk, ouderenwelzijn, seniorenraad en GGD.

De in de nota opgenomen (sport-)projecten voor jongeren zijn:

1. het sportservicepunt: o.a. centrale info en advies, website, sportvrijwilligersvacaturebank, het geven van cursussen (ten behoeve van besturen op allerlei gebied zoals inzake vrijwilligers, EHBO, reanimatie);
2. de algemene sportintroductiepas;
3. enquête inzake sportparticipatie;
4. realisatie van wijkvoorzieningen (trapveldjes, basketbalpleintjes) en organisatie wijktoernooien alsook zeskampen (o.a verplaatsbare boardings voor voetbal/hockey alsook street-tennis);
5. de realisatie van tijdelijke schaatsvoorzieningen;
6. de realisatie van een multifunctionele (fitness)ruimte;
7. het project Sport gelijk na school;
8. jeugd meer in beweging op lagere scholen;
9. coördinatie/bewegingsconsulent op scholen.

Daarnaast bestaat het voornemen om een Brunssum Sport Pas (BSP) in het leven te roepen. Het doel hiervan is om meer inwoners van Brunssum te laten sporten en bewegen. Dit geldt in beginsel voor alle inwoners (vanaf 4 jaar) doch specifiek voor de doelgroepen jeugd, senioren en gehandicapten.

Bij de uitwerking van het thema gezonde leefwijzen kan gebruik worden gemaakt van de rapportage over het onderzoek middelbare scholieren door GGD-OZL die in 2004 verschenen is en van het Gezondheidsprofiel gemeente Brunssum 2000: jeugd.

Dit gezondheidsprofiel is gericht op 4-19 jarigen en hieruit blijkt dat het bevorderen van gezonde leefwijzen bij jeugd niet overbodig is. Ruim 9% van de jeugdigen is te dik. En hoewel de meerderheid van de jeugd veel aan sportbeoefening en beweging doet, sport 10% weinig of niet. Bij de 13/14-jarigen is dit ongeveer één op de vier. Te weinig beweging en overgewicht zijn bekende risicofactoren.

Ook het thema Jeugdgezondheidszorg zal een plaats krijgen in de nota Integraal Jeugdbeleid. Hierbij zal een link gelegd worden naar het Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid (GOA) alsmede het GGD-product risicoleerlingbespreking.

Bij het ontwikkelen van plannen voor Brede Maatschappelijke Voorzieningen in alle wijken van Brunssum dient nadrukkelijk onderzocht te worden welke faciliteiten op enig moment voor de jeugd binnen de multifunctionele voorziening kunnen worden ondergebracht. De ervaringen bij de realisatie van de Brede School in de wijk Brunssum-Oost kunnen hierbij worden betrokken.

### **3.6 Volwassenen.**

Bij de prioritering van de thema's bij de doelgroep volwassenen staat het speerpunt Gezonde Leefwijzen vooraan. De uitwerking ervan zal onder meer gebaseerd zijn op de gegevens uit de verschillende onderzoeken (gezondheidsprofiel).

Preventie bij volwassenen kan op vele manieren vorm krijgen. Belangrijk uitgangspunt bij de keuze binnen de gemeente Brunssum is dat er gebruik gemaakt dient te worden van de bestaande infrastructuur en van ervaringen met projecten in de regio die, wat kosten en te behalen gezondheidswinst betreft, in aanmerking komen voor toepassing.

Teneinde een zo groot mogelijke doelmatigheid en doeltreffendheid te bereiken, is een nadere specificatie van preventie gericht op Gezonde Leefwijzen bij volwassenen van belang. Het gezondheidsprofiel biedt aanknopingspunten hiervoor. Hieruit blijkt onder meer dat in Brunssum ten aanzien van volwassenen meer mensen overlijden aan hart- en vaatziekten dan in de rest van Nederland. Een aantal belangrijke risicofactoren komt vaak

voor. Een relatief grote groep bewoners beweegt weinig, rookt veel, eet weinig groente en fruit en heeft overgewicht. Ook hebben relatief veel inwoners last van hoge bloeddruk. Op grond van het bovenstaande kan het doel van het lokaal gezondheidsbeleid voor volwassenen nader geconcretiseerd worden tot "het voorkómen en verminderen van hart- en vaatziekten". Het effect van deze preventieve maatregelen is echter ook hier moeilijk te meten.

Na het vaststellen van het doel, dient de vraag zich aan of er binnen Brunssum verschillen zijn tussen de wijken en buurten wat betreft gezondheidstoestand en risicofactoren. Dit om preventieve maatregelen zo gericht mogelijk in te zetten.

In Brunssum springt de wijk Oost, mede gelet op de achtergrondkenmerken die van invloed zijn op de gezondheid (zoals sociaal-economische status, werksituatie en inkomenspositie) er in negatieve zin uit. Preventieve maatregelen die gericht zijn op deze wijk lijken hiermee gerechtvaardigd.

Eventuele toekomstige afname van het PKA-product Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering (kosten in 2005 € 78.496) wordt overigens als meest geschikte instrument beschouwd om gezonde leefwijzen te bevorderen. Dit instrument dient per definitie op lokaal niveau ingezet te worden. Het product zal afgestemd moeten worden op de lokale omstandigheden en is gericht op een integrale aanpak van het bevorderen van gezond gedrag en een gezonde omgeving, waarbij aandacht is voor diverse (risico-) gedragingen.

De interventies worden aangepast aan de doelgroep in de (achterstands-) buurt. Gelet op de uitkomsten van de verschillende gezondheidsonderzoeken lijkt afname van dit product gerechtvaardigd. Via dit product worden leefstijlprogramma's aangeboden gericht op bewegen, voeding, en gebruik van genotmiddelen. Dit project is onder meer ingezet in de gemeenten Heerlen, Kerkrade en Landgraaf, waar de eerste ervaringen positief genoemd worden.

### **3.7 Ouderen.**

Wat betreft de doelgroep ouderen, kan verwezen worden naar bestaand ouderenbeleid.

Het thema Gezonde Leefwijzen komt ook aan de orde bij de implementatie van de Breedtesportstimulering Brunssum. Het deelproject "Ouderen en Sport" richt zich vanuit preventief oogpunt met name op alle Brunssumse senioren in de leeftijd van 55-65 jaar die momenteel niet sportief actief zijn. Het doel is het stimuleren van deze doelgroep om actief te worden en te blijven.

Binnen de kaders van het ouderenbeleid is het bevorderen van het zo lang mogelijk zelfstandig en zelfverzorgend blijven van ouderen het uitgangspunt. Bij de randvoorwaarden is preventie expliciet opgenomen: "kernpunt van beleid is aandacht voor preventie op de terreinen wonen, welzijn en zorg. Preventieve activiteiten kunnen zorgafhankelijkheid uitstellen".

In de Nota Ouderenbeleid Brunssum is een groot aantal actietaken op korte, middellange en lange termijn geformuleerd op het gebied van wonen, zorg en welzijn. In 2002 is een bijbehorend implementatieplan geschreven dat thans van kracht is. Het thema Vermaatschappelijking van de zorg is terug te vinden bij de doelen.

Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- bieden van zorg aan niet-zelfredzame ouderen op een wachtlijst;
- in stand houden en, indien noodzakelijk, uitbreiden van betaalbare flankerende voorzieningen zoals alarmering en maaltijdvoorziening;
- bieden van randvoorwaarden aan niet-zelfredzame ouderen om het thuis wonen mogelijk te laten blijven.

Het derde thema Leefomgeving wordt opgepakt binnen een project op regionaal niveau. Door Parkstad Limburg wordt het project 'Wonen-Welzijn-Zorg' geïnitieerd. De doelstelling is het opstellen van een door relevante partijen gedragen visie en uitvoeringsprogramma op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Het zal richtinggevend zijn en een verbindend kader bieden voor nieuwe initiatieven.

### **3.8 Beweging en sport, roken en ontspanning.**

Hiervoor is ingegaan op gezonde leefwijzen ten aanzien van de verschillende doelgroepen. Aanvullend hierop wordt hieronder ingegaan op aspecten die zich in principe op de gehele lokale bevolking richten, namelijk beweging en sport, roken en ontspanning.

- **Beweging en sport.**

Beweging is belangrijk voor een goede gezondheid. In de praktijk blijkt dat een gevarieerd aanbod aan bewegingsactiviteiten inwoners stimuleert om meer te bewegen. Enerzijds bestaat het aanbod uit verenigingsactiviteiten, zoals sportverenigingen en meer bewegen voor ouderen. Anderzijds kan beweging ook een individuele activiteit zijn, zoals b.v. wandelen of fietsen. Het aanbod van activiteiten en mogelijkheden in onze gemeente is redelijk groot en gevarieerd. De Brunssummerheide en het Schutterspark spelen hierin in stimulerende rol.

Een groot aantal inwoners doet actief aan sport. In 2002 namen 1086 jongeren in de leeftijd van 5 t/m 17 jaar (als lid van een Brunssumse vereniging) deel aan binnensportactiviteiten, 221 jongeren van 5 t/m 17 jaar namen deel aan denksporten en 921 jongeren van 5 t/m 17 jaar aan buitensportactiviteiten. Over een periode van 10 jaar betekent dit een afname van 3 %. In verband met een wijziging in de subsidiesystematiek worden pas in 2006 nieuwe gegevens verwacht.

Het aanbod aan sport- en bewegingsactiviteiten is deels gekoppeld aan accommodaties. Hierbij wordt opgemerkt dat het, mede gelet op de benodigde schaalgrootte, niet altijd mogelijk is om alle activiteiten lokaal aan te bieden. Dit betekent voorts dat activiteiten ook niet evenredig verdeeld zijn over de gemeente en haar wijken. Voor de meeste inwoners blijkt dit overigens in de praktijk geen bezwaar te zijn.

Het is uiteraard aan elke inwoner zelf om te bepalen of, en zo ja aan welke bewegingsactiviteiten hij of zij deelneemt. Dit laat onverlet dat het een goede zaak is om inwoners regelmatig te wijzen op het belang van bewegen. Op dit gebied ligt expliciet een taak bij de Gemeenschappelijke Gezondheids Dienst.

De overheid vindt breedtesport belangrijk en gebruikt daarbij o.a. termen als "sociale binding" en "sportparticipatie". Door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) is in 2004 geld beschikbaar gesteld (€ 600.000 gedurende een periode van 6 jaar) voor een breedtesportimpuls. Gemeenten die investeren in nieuwe ontwikkelingen krijgen extra armslag. Het gaat met name om vernieuwing en verbetering van de breedtesport.

De gemeente Brunssum (de afdeling Sport, Recreatie en Accommodaties) en Pro Regio Sport Landgraaf vormen samen het orgaan Sportpunt Parkstad. De doelstelling is omschreven als het voorbereiden, coördineren en uitvoeren van breedtesportactiviteiten voor de gemeenten Brunssum, Onderbanken, Simpelveld en Landgraaf. Via het Sportpunt wordt gewerkt aan de optimalisering van het sportaanbod in een groot deel van Parkstad met naar schatting 90.000 inwoners. Verenigingen, scholen, buurt- en wijkorganisaties zijn daarbij onmisbare schakels.

Sportpunt Parkstad is in 2004 van start gegaan om sport en bewegen meer uitstraling te geven. Dit Sportpunt staat daarbij ook voor kwaliteitsverbetering in de sport. Daarnaast wil men samenwerken met onderwijs, gezondheidszorg, sportverenigingen en vrijwilligerscentrales en tracht men een effectieve en efficiënte ondersteuning aan te bieden met als doel de sport in zijn algemeenheid een grotere betekenis te geven.

Voorts kan men bij het Sportpunt terecht voor informatie en advies op het terrein van sport en sportbeoefening. Naast de organisatie van vele sportactiviteiten voor verschillende doelgroepen (jeugd, mensen met een handicap en senioren) worden ook cursussen georganiseerd voor het vrijwillig sportkader en kan gebruik gemaakt worden van vraag en aanbod bij de sportvrijwilligersvacaturebank. Ook bestaat de mogelijkheid voor het huren van sportaccommodaties binnen het werkgebied van het samenwerkingsverband.

Breedtesport wil zeggen: "sport voor iedereen". Er zijn veel mogelijkheden om beleid te voeren met en vanuit de sport. Sport heeft veel maatschappelijke functies. Zo levert sport een belangrijke bijdrage aan een leefbare samenleving. Buiten de gezondheidsaspecten werkt sport ook als sociaal bindmiddel. Sport is ook een belangrijk hulpmiddel om te integreren in de samenleving. Normen en waarden staan hoog in het vaandel.

Momenteel is een samenwerkingsverband opgericht met het Nederlands Instituut voor Sporten en Bewegen (NISB) en betaaldvoetbalorganisatie Roda JC. In het kader van waarden en normen wordt, door en voor de groepen 7 en 8 van basisscholen, het project "ShakeHands" uitgevoerd.

Verantwoorde sportbeoefening leidt tot een gezondere levensstijl en kan bewegingsarmoede tegengaan. Door hier actief op in te spelen (o.a. door bewegingsonderwijs) kan de jeugd al vroeg kennismaken met een gezonde leefwijze.

Daarnaast is sporten en bewegen ook voor volwassenen van wezenlijk belang voor de gezondheid, in het bijzonder bij het voorkomen van lichamelijke klachten en gebreken bij bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en ouderdomssuiker.

Momenteel worden de navolgende projecten gestart en/of uitgevoerd:

1. *Sportservice.*

Serviceverlening is in de sportwereld belangrijk. Daarom zal Sportpunt Parkstad ook informatie en advies verstrekken aan inwoners, sportverenigingen en andere organisaties. Zo kan men meer en gericht service en informatie aanbieden aan lokale sportclubs, sportorganisaties en niet-commerciële sportaanbieders. De sportvrijwilligersvacaturebank kan er voor zorgen dat vraag en aanbod goed op elkaar aansluiten.

2. *GALM-project.*

Dit project (Groninger Actief Leven Model) is gericht op de sport- en bewegingsparticipatie van mensen van 55 tot 65 jaar in de gemeenten Brunssum, Simpelveld en Onderbanken die worden uitgenodigd voor een fitheidstest waarbij de conditie wordt gemeten. Daarna kunnen ze instromen in de zogenaamde "bewust bewegen groepen" die speciaal zijn afgestemd op mensen die al geruime tijd niet of zelfs nooit aan sport hebben gedaan. Vervolgens kan men kiezen uit vele mogelijkheden zoals sportief wandelen en zwemmen. In Brunssum starten 4 GALM-projecten.

3. *Sportief Actief.*

Bij dit project, dat met name gericht is op de jeugd, wordt gewerkt middels een buurtgerichte aanpak. De activiteiten worden naar vraag georganiseerd. Buurtsport heeft een lage drempel. De activiteiten vinden vlakbij huis plaats en kennen geen of een lage deelnemersbijdrage.

Maatschappelijke problemen en vervreemding in de buurt kunnen voorkomen worden door middel van deelname aan sportieve activiteiten en het actief meehelpen bij de organisatie daarvan. Sportief Actief bestaat uit drie onderdelen: sportkennismakingsactiviteiten, sportbuurtwerk en bewegingsconsulenten op school.

In het kader van de sportkennismaking worden, in samenwerking met basisscholen, sportverenigingen en gemeente, verschillende activiteiten ontwikkeld. Deze vinden plaats onder schooltijd, gelijk na school en buiten schooltijd. Er wordt een Sportpas geïntroduceerd die een belangrijk instrument vormt voor de sportactiviteiten.

Bij sportbuurtwerk worden in de verschillende buurten sportactiviteiten georganiseerd in samenwerking met wijk- of buurtverenigingen, scholen en sportverenigingen. Het doel is om participanten mee te laten sporten en bewegen en de leefbaarheid van de buurten te verbeteren.

Een bewegingsconsulent op school kan de kwaliteit van het sportonderwijs verbeteren. Er is momenteel wel sprake van bewegingsonderwijs, maar dit wordt veelal gegeven door de groepsleerkrachten zelf en niet door vakleerkrachten Lichamelijke Opvoeding.

De bewegingsconsulent zorgt ervoor dat er contacten worden gelegd, kennis wordt overgedragen en dat er voorwaarden worden geschapen voor een beter afgestemd aanbod op scholen.

Door het stimuleren van het kwaliteitsaanbod wordt het risico van "vroegtijdig afhaken" weggenomen. Bewegingsconsulenten gaan geen lessen overnemen. In samenwerking met de basisscholen worden verschillende activiteiten ontplooid die uiteindelijk met nieuw lesmateriaal zullen leiden tot het aantrekkelijker maken van sport en beweging.

4. *Projecten voor mensen met een handicap.*

Mensen met een verstandelijke-, auditieve-, visuele- of andere lichamelijke beperking of een chronische aandoening vragen zich vaak af of sporten met hun beperking wel mogelijk is. Voor bijna alle beperkingen geldt dat sporten mogelijk is, mits dit op een aangepaste en verantwoorde manier gebeurt onder leiding van een deskundige. In samenwerking met sportverenigingen worden voor deze doelgroep sportkennismakingsactiviteiten georganiseerd.

De lokale Sportnota gaat overigens uitvoeriger in op het onderdeel Breedtesport.

• *Roken.*

Eerder in deze nota is aangegeven dat in Parkstad Limburg en in Brunssum sprake is van geleidelijke toename van het aantal rokers, met name bij de jeugd.

Aanvullend aan landelijke en regionale voorlichtingscampagnes kan worden overwogen om inwoners die willen stoppen met roken hierbij te ondersteunen. Dit kan middels collectieve en individuele begeleiding bij een cursus "stoppen met roken". Gelet op het individuele karakter van deze activiteit wordt geen aanleiding gezien om hierin financieel te participeren.

Ook de huisarts kan een grote steun zijn bij het stoppen met roken. Toch gaat slechts 8 % voor advies naar de huisarts. Van de 74 % van de rokers die zonder hulpmiddelen probeert te stoppen met roken,

slaagt slechts gemiddeld 3 % er in om definitief te stoppen. Stoppen met roken via de huisarts kan de kans van slagen wel tot 10 maal verhogen.

Overigens volgt de gemeente Brunssum momenteel het landelijk beleid ten aanzien van het roken in openbare gebouwen en sportkantines.

- ***Ontspanning.***

Het hebben van voldoende ontspanning is van essentieel belang voor de gezondheid en gezondheidsbeleving van inwoners. Hier heeft de gemeente een randvoorwaardelijke taak door (mede) zorg te dragen voor voldoende ontspanningsmogelijkheden, met name op sociaal-cultureel en recreatief gebied. Geconstateerd kan worden dat een toenemend aantal mensen de druk van de hedendaagse maatschappij niet aankan. Specifiek wordt hierbij gewezen op de toename van (extreme) jeugdproblematiek bij pubers in doorsnee gezinnen. Oorzaak hiervan zijn de veranderingen die hebben plaatsgevonden in de opvoeding van de kinderen. Het betreft hier merendeels kinderen van hoger opgeleide ouders. Deze kinderen ervaren ontwikkelingsproblemen en zijn vaak niet gewend om hun eigen verantwoordelijkheden te nemen. Het gaat meestal fout als de kinderen zich emotioneel geen raad meer weten. Preventie en vroegtijdige signalering in deze zijn zeer belangrijk.

#### **HOOFDSTUK 4. THEMA JEUGDGEZONDHEIDSZORG.**

*Jeugd vormt een belangrijke doelgroep als het gaat om collectieve preventie oftewel het voorkómen dat op een later moment gezondheidsproblemen ontstaan. Dit wordt niet alleen erkend vanuit het gezondheidsperspectief. Ook veel andere problemen, zoals schooluitval en criminaliteit maken meer kans om voorkómen te worden als risico's hiervan vroegtijdig gesignaleerd worden. Landelijk is onderkend dat er binnen de JGZ nog veel kansen liggen als het gaat om een vroegtijdige opsporing van lichamelijke en psychosociale problemen bij jeugdigen. Door het grote bereik is de JGZ een belangrijke vindplaats en bron van informatie voor andere aanpalende terreinen binnen het jeugdbeleid.*

*Op basis hiervan heeft de rijksoverheid besloten extra te investeren in de JGZ door enerzijds de gehele JGZ onder regie van de gemeenten te plaatsen en anderzijds nadrukkelijker de basistaken van de JGZ te formuleren. Deze situatie is per 1 januari 2003 geëffectueerd.*

*De JGZ heeft tot doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen, zowel individueel als op populatieniveau. Bij de uitvoering staat naast het kind de opvoeder centraal en wordt rekening gehouden met de omgeving waarin het kind opgroeit.*

*De JGZ (0 tot 19 jaar) is een zorgvoorziening voor een potentieel kwetsbare groep van de bevolking, waar relatief veel gezondheidswinst valt te behalen. In de ontwikkeling naar adolescentie en volwassenheid doen zich bij jeugdigen voortdurend veranderingen voor. Vandaar dat door de JGZ uit te voeren activiteiten nauw op deze veranderingen aansluiten. Dit heeft tot gevolg dat in de eerste jaren het accent meer ligt op individugerichte preventieve zorg, zoals het opsporen van ziekten, het onderkennen van afwijkingen en ongewenste ontwikkelingen, het uitvoeren van het succesvolle Rijksvaccinatieprogramma en belemmerende factoren in de gezinssituatie.*

*Door afstemming van JGZ-activiteiten, lokaal jeugdbeleid (zie de Nota Jeugd in Beeld), lokaal onderwijs (-achterstands) beleid en jeugdzorg wordt de continuïteit en samenhang in de zorg voor risicokinderen bevorderd. Het basistakenpakket JGZ vormt een integraal pakket voor de 0 tot 19-jarigen waarin de JGZ-activiteiten zijn opgenomen die aan alle kinderen in Nederland moeten worden aangeboden. In dit kader wordt een onderscheid gemaakt tussen het uniforme deel (verplicht) en het maatwerkdeel (vrijheid van beleid).*

*Vanaf 2003 is de gemeente niet alleen inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen (uitgevoerd door de GGD-OZL) maar ook voor de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen (uitgevoerd door de Zorggroep Thuis OZL).*

*De basistaken van de JGZ zijn opgenomen in het Basistakenpakket (BTP) en het Besluit Gezondheidszorg. Een aantal taken daarin zijn de signalering van de groei en ontwikkeling van kinderen, het verrichten van vaccinaties en het inschatten van de zorgbehoefte.*

#### **4.1 Doelstelling.**

Doelstelling van het thema jeugdgezondheidszorg is het zodanig vormgeven aan de integrale jeugdgezondheidszorg dat het op een effectieve wijze zo optimaal mogelijk de signalerings- en verwijzingsfunctie voor lichamelijke- en psychosociale risico's kan vervullen en hierdoor een integraal onderdeel uitmaakt van het preventief jeugdbeleid.

#### **4.2 Taken jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen.**

De JGZ heeft tot doel het behouden, bewaken en bevorderen van de gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen van 0 tot 19 jaar. Hiertoe worden onder meer de volgende activiteiten verricht:

- 1. Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen.*  
Dit omvat het in een vroegtijdig stadium opsporen van eventuele ziektes en handicaps. Hierbij spelen de consultatiebureaus een zeer belangrijke rol. Bijzondere activiteiten in dit kader zijn het regio-netwerk leerlingbegeleiding, netwerk samenwerking peuterspeelzalen, jeugdpsychologisch onderzoek en kortdurende psychologische begeleiding, risicoleerlingenzorg en zorgdragen voor adequate hulp op deze gebieden.
- 2. Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding.*  
Doel hiervan is het bevorderen, instandhouden of herstellen van de gezondheid door voorlichtings-bijeenkomsten, het aanbieden van les- en informatiemateriaal aan individuen en groepen. Voorbeelden hiervan zijn projecten als Mondpreventie en Lief maar lastig (voor peuters).
- 3. Periodiek geneeskundig onderzoek.*  
Alle kinderen worden op de leeftijd van 5, 9 en 13 jaar onderzocht. Dit geschiedt in nauwe samenwerking met de scholen. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar lichamelijke problemen maar ook naar psychosociale problemen.
- 4. Epidemiologisch onderzoek.*  
Dit omvat het onderzoeken en in kaart brengen van de gezondheidssituatie van de bevolking, zodat tijdig maatregelen kunnen worden genomen om in te grijpen bij specifieke gezondheidsrisico's.

#### 5. *Infectieziektebestrijding.*

De gemeente is wettelijk verplicht een vaccinatieprogramma uit te voeren tegen besmettelijke ziekten en infecties te bestrijden van seksueel overdraagbare aandoeningen (waaronder AIDS). De vaccinatiegraad van de Brunssumse kinderen is hoog. Daarnaast vindt er op basis van meldingen uit het veld (b.v. huisartsen en scholen) adequate bestrijding plaats van infectieziekten door een actief opsporingsbeleid en worden indien nodig maatregelen getroffen.

In de eerste vier jaren worden zuigelingen en peuters volgens een vast schema gezien door artsen en verpleegkundigen van een consultatiebureau. Men zorgt voor de vaccinaties, geeft adviezen over o.a. ontwikkeling, opvoeding en voeding, en volgt de lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling. In het eerste jaar zijn er ongeveer 9 contacten. Daarna neemt de frequentie af tot ongeveer één per jaar. De consultatiebureaus bereiken ruim een groot deel van de kinderen in Brunssum (zie tevens hoofdstuk 7.2). Sinds 1 januari 2003 heeft de Zorggroep Thuis OZL toegang tot de gemeentelijke bevolkingsgegevens. Hierdoor is het, in tegenstelling tot het verleden, mogelijk om na te gaan welke kinderen niet op een consultatiebureau zijn verschenen.

Vanaf 2003 worden ouders/verzorgers van kinderen die niet zijn verschenen persoonlijk benaderd om ze alsnog hiertoe te bewegen. Vroegtijdige signalering van problemen bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar is van groot belang. Consultatiebureaus spelen in deze signalering een belangrijke rol. In dit kader wordt op basis van observatie en ontwikkeling van het kind door het consultatiebureau bepaald of het betreffende kind tot een risicogroep behoort. Signalen worden besproken met de ouders en zonodig wordt in eerste instantie doorverwezen naar een huisarts. Het is aan ouders om ter zake verdere actie te ondernemen. In het algemeen worden de adviezen opgevolgd. Wanneer dit niet het geval is wordt, afhankelijk van de situatie, getracht om de ouders te motiveren in dit kader alsnog actie te ondernemen. Bij oudere kinderen komt het accent geleidelijk te liggen op andere activiteiten zoals de vroege opsporing van psychosociale problematiek (eetstoornissen, depressie). Met het ouder worden verschuift het accent van de uit te voeren activiteiten van individuele - naar meer groepsgerichte aandacht. De JGZ rekent het tot haar taak afwijkingen in de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen te voorkomen dan wel vroegtijdig op te sporen. Het doel is om blijvende gevolgen van een gestoorde ontwikkeling te voorkomen of zoveel mogelijk te beperken door tijdige behandeling en/of begeleiding in te zetten. Het is van belang om (na het signaleren van afwijkingen) afstemming en samenwerking te zoeken met andere organisaties die zich met jeugdigen bezig houden. De JGZ kan namelijk een belangrijke rol spelen als vindplaats van signalen, die door andere jeugdvoorzieningen opgepakt kunnen worden. Zij is bij uitstek in staat om de jeugd periodiek en laagdrempelig over een periode vanaf de geboorte tot en met het 19<sup>e</sup> levensjaar te volgen.

In de regio Parkstad Limburg is gekozen voor een integrale aanpak van de jeugdgezondheidszorg vanuit samenwerking van de bestaande instellingen zoals GGD en Zorggroep Thuis.

In dit kader is een beleidsvisie ontwikkeld over de jeugdgezondheidszorg. De missie hierbij is "Samen voor een gezonde jeugd" waarbij het woord "samen" staat voor Zorggroep Thuis OZL, GGD-OZL en gezamenlijke gemeenten, samen met de kinderen/jongeren en hun ouders/verzorgers en samen met andere partners in zorg, welzijn en onderwijs.

#### 4.3 *Productcategorieën.*

Conform de PKA-systematiek van de GGD heeft de Zorggroep Thuis OZL een model ontwikkeld waarin zij producten aanbiedt die door de gemeenten gezamenlijk dan wel individueel kunnen worden afgenomen teneinde hun wettelijke verplichtingen en eigen doelen op het gebied van de Jeugdgezondheidszorg (0-4 jarigen) te kunnen vervullen.

Ten behoeve van een duidelijke begripsvorming m.b.t. het productenaanbod is het van belang te weten dat ieder product in één van onderstaande categorieën is ingedeeld:

- Categorie 1 : Basis-standaardproduct (verplicht standaardwerk)  
Een product dat op basis van de wet als verplicht is te beschouwen en voor elke gemeente homogeen wordt uitgevoerd (d.w.z. op gelijke wijze en in dezelfde mate, naar rato van het aantal inwoners). Alle gemeenten dienen dit product in het pakket op te nemen. Deze producten vallen onder het uniforme deel van het Basistakenpakket.
- Categorie 2 : Basis-maatwerkproduct (verplicht maatwerk)  
Een productgroep die op basis van de wet als verplicht is te beschouwen maar waarbij gemeenten kunnen kiezen uit het productenaanbod binnen deze productgroep. Het aantal te kiezen producten van deze productgroep kan variëren van één tot alle. Deze producten vallen onder het maatwerkdeel van het Basistakenpakket.



- Categorie 3 : Aanvullend maatwerk

Een product op het terrein van de collectieve preventie dat zijn basis vindt in het (inter-) gemeentelijk gezondheidsbeleid. De gemeenten kunnen dit product afzonderlijk en/of gezamenlijk in het pakket opnemen. Deze producten vallen onder het maatwerkdeel van het Basistakenpakket.

#### **4.4 Overgangsjaar 2003.**

De Stichting Zorggroep Thuis was in 2003 verplichtingen aangegaan om alle activiteiten en producten (waaronder de uitvoering van een aantal projecten uit 2001) uit te kunnen voeren. Het subsidie voor het maatwerkdeel werd gebruikt ter afronding van de projecten die in 2003 nog regionaal van karakter waren. Er was inmiddels wel een verschuiving te zien van de ontwikkeling van maatwerk naar de daadwerkelijke uitvoering van maatwerk. In 2003 werden alle producten beschreven in het stramien dat ook door de GGD gehanteerd werd (PKA-model).

De Zorggroep Thuis dient ten behoeve van de uitvoering van het uniform deel en het maatwerkdeel van het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg sedert 2003 jaarlijks een subsidieaanvraag bij de gemeente in.

De Zorggroep Thuis ontving daarvoor in 2003 respectievelijk bijdragen van € 267.166 (uniform deel) en een doorgesluisde overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling van € 9.690 alsmede een bijdrage van €24.826 (maatwerkdeel).

De verantwoording van de eerstgenoemde bedragen (€267.166 plus € 9.690) zijn op 15 juli 2004 met een accountantsverklaring aan het Ministerie van VWS toegezonden.

Inmiddels werd bij schrijven van het Ministerie (d.d. 11 augustus 2004) bevestigd dat de verantwoordingsgegevens in goede orde zijn ontvangen en dat er geen saldo resteert aan niet bestede en gereserveerde middelen over 2003.

#### **4.5 Afname jgz-producten van Zorggroep Thuis 2004 t/m 2007.**

Ingevolge Raadsbesluit no. 17 (W&O nr. 2004/936) d.d. 23 maart 2004, neemt de gemeente Brunssum voor de periode 2004 t/m 2007 de hieronder genoemde jeugdgezondheidsproducten af van de Stichting Zorggroep Thuis:

##### Productgroep 1: Consultatiebureau

- Consultatiebureau voor zuigelingen (categorie 1)
- Consultatiebureau voor peuters (categorie 1)
- Spreekuur en telefonisch advies (categorie 1)
- Buurtgericht spreekuur (categorie 1)

##### Productgroep 2: Screeningen

- Hiehprik (categorie 1) Dit product wordt gefinancierd vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)
- CAPAS-gehoorscreening (categorie 1)

##### Productgroep 3: Huisbezoeken

- Huisbezoek na de geboorte (postnataal huisbezoek) (categorie 1)
- Huisbezoek op indicatie (categorie 1)
- Huisbezoek maatwerk (categorie 1)

##### Productgroep 4: Groepsgerichte voorlichting

- Groepsgerichte voorlichtingsbijeenkomsten (categorie 2)

##### Productgroep 5: Risicozorg

- Videohometraining (categorie 3)
- Samenwerking rondom het kind: netwerken (categorie 3)
- Samenwerking rondom het kind: peuterspeelzalen/kinderdagverblijven (categorie 3)
- Groepsgerichte preventieprogramma's (categorie 3)

De productgroep 6 (epidemiologie) is in ontwikkeling en wordt (nog) niet aangeboden.

Het basistakenpakket bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniform deel omvat activiteiten die aan elk kind in Nederland aangeboden moeten worden. Het maatwerkdeel bestaat uit activiteiten waarbij de gemeenten de beleidsvrijheid hebben om het aanbod toe te spitsen op de lokale situatie en specifieke zorgbehoeften van kinderen en hun ouders.

De kosten voor de afname van de hiervoor genoemde producten bedragen (2004):

- a. € 272.417 (uniform deel = producten in categorie 1);
- b. € 24.826 (maatwerkdeel = producten in categorie 2 en 3).

Voor een volledig overzicht van alle producten van de Zorggroep Thuis: zie bijlage 8.

Voor het uniform deel van het basistakenpakket JGZ aan de gemeente Brunssum ontvangt de gemeente jaarlijks (volgens beschikking van het Ministerie van VWS) een doeluitkering (2004: € 272.417). Voor het maatwerkdeel basistakenpakket ontvangt Brunssum een bedrag via het gemeentefonds (2004 € 24.826).

Voor dit bedrag kan de gemeente Brunssum vanaf 2004 alle aangeboden producten op het terrein van Jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen inkopen.

Vanaf 2005 wordt het product gezondheidsprofielen en het product activiteiten ter verhoging van het bereik (deels uniform / deel maatwerk) aan het productenboek toegevoegd. Afhankelijk van dit nieuwe productenboek zullen op enig moment productieafspraken gemaakt kunnen worden.

Op dit moment is nog niet exact duidelijk hoe hoog de doeluitkering alsmede de bijdrage via het gemeentefonds voor 2005 bedraagt. Naar schatting gaat het om € 280.704 (uniform deel) respectievelijk € 25.190 (maatwerkdeel).

#### **4.6 Afname jgz-producten van de GGD-OZL 2004 t/m 2007.**

De jeugdgezondheidszorg voor 4- tot 19-jarigen wordt verzorgd door de GGD. De jeugdgezondheidszorg was oorspronkelijk met name gericht op het vroegtijdig opsporen van lichamelijke stoornissen. Al enige tijd zien we een verschuiving van lichamelijke stoornissen naar psychosociale en opvoedingsproblematiek. Binnen het werk van de jeugdgezondheidszorg zien we verder een verschuiving van collectief preventieve onderzoeken richting activiteiten gericht op risicogroepen.

Naast de wettelijk verplichte activiteiten worden, met ingang van 1 januari 2004, uit de productgroepen infectieziekten, preventieprogramma's en risicoleerlingenzorg, de volgende vijf keuzeproducten (die deel uit maken van het PKA-model) van de GGD afgenomen (zie voor meer informatie inzake categorie-indeling hoofdstuk 6):

##### Productgroep 2: Infectieziektenpreventie bij risicogroepen

- SOA-zorg jongeren 15-25 jaar (categorie 2), kosten 2004: € 6.635 (2005: € 6.941)

##### Productgroep 6 : Preventieprogramma's

- Vergroten weerbaarheid kinderen (Marietje Kessels) (categorie 2), kosten 2004: € 4.852 (2005: € 4.124)

##### Productgroep 10 : Risicoleerlingenzorg

- Risicoleerlingbespreking zorgteam basisonderwijs (categorie 3), kosten 2004 € 6.205 (2005: € 6.501)
- Risicoleerlingbespreking zorgteam voortgezet onderwijs (categorie 3), kosten 2004: € 10.340 (2005: € 13.522)
- Permanente Commissie Leerlingenzorg (categorie 3), kosten 2004: € 1.486 (2005: 1.806)

De totale kosten van deze vijf PKA-keuze-producten bedragen in 2004 € 29.518 (2005: € 32.894).

#### **4.7 Gezondheidstoestand jeugd.**

Op basis van de onderzoeksgegevens van o.a. GGD, Gemeente en het CBS kan een redelijk betrouwbaar beeld worden gevormd van de gezondheidstoestand van de inwoners van Brunssum.

Daarom wordt in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van de uitkomsten en aanbevelingen van de in de bijlagen opgenomen onderzoeken.

#### 4.8 Aanbevelingen.

M.b.t. de uitkomsten van het jongerenonderzoek vallen - in vergelijking met Limburg en voor zover mogelijk met Nederland - onderstaande aspecten op bij de Brunssumse leerlingen uit klas 4 van het voortgezet onderwijs:

- *gezondheid*: veel leerlingen ervaren problemen, zoals op school of thuis. De mate waarin de leerlingen een ongunstig emotioneel welbevinden hebben en een matige of slechte gezondheid ervaren is licht verhoogd ten opzichte van Limburg;
- *riskant gedrag*: roken, alcohol en druggebruik komt net zo vaak of zelfs minder vaak voor (zoals gebruik van XTC en andere harddrugs) dan gemiddeld in Limburg. Een relatief groot deel sport nooit buiten schoolverband en onveilig vrijen komt veel voor;
- *probleemgedrag*: een aantal aspecten komen in Brunssum vaker voor dan elders in Limburg; zoals het plegen van winkeldiefstal, vechten op school en het aanrichten van vernielingen. Voorts valt op dat relatief veel leerlingen wel eens een wapen op zak hebben;
- *veiligheid*: veel leerlingen worden gepest, gevoelens van onveiligheid overdag of 's avonds komen net zoveel voor als gemiddeld in Limburg. Relatief weinig leerlingen voelen zich onveilig op school.

De aanbevelingen uit alle eerdergenoemde onderzoeken zijn de volgende:

- *Preventie*.  
Preventie valt of staat met tijdig signaleren. Preventie en interventie op zo jong mogelijke leeftijd levert een belangrijke bijdrage aan het verminderen van of voorkomen van problemen bij oudere jeugd. Vroegtijdige signalering van bedreigingen voor een gezonde ontwikkeling van kinderen is van oudsher één van de kerntaken van de jeugdgezondheidszorg.
- *Risicofactoren (overgewicht, voeding en gebruik van riskante genotmiddelen)*.
  1. *Overgewicht*: voornamelijk de 9-jarigen en de 13/14-jarigen hebben overgewicht. Het is belangrijk al op kinderleeftijd aandacht te besteden aan de preventie van overgewicht. Overgewicht is een groeiend probleem in Nederland, niet alleen door toenemende inname van calorieën, maar waarschijnlijk ook door minder lichaamsbeweging. Gezien bovenstaande is het dan ook niet verwonderlijk dat er door de jeugdarts, jeugdartsassistent of jeugdverpleegkundige veel adviezen gegeven worden ten aanzien van leefwijzen zoals eetgewoonten. Daarnaast zou het zinvol zijn om op meer collectief niveau (bijvoorbeeld als onderdeel van lesprogramma's in het onderwijs) voorlichting te geven met betrekking tot gezonde leefwijzen.
  2. *Voeding*: aan de hand van de getoonde cijfers met betrekking tot ontbijtgewoonten bij specifiek de groep van 13/14-jarigen is het wellicht in de toekomst mogelijk na te gaan of deze groep in het algemeen niet gezond leeft: ook niet voldoende beweegt (zie percentage 13/14-jarigen weinig of niet sporten van 24,2%), en overgewicht heeft (zie percentage 13/14-jarigen "overgewicht" van 12,5%).
  3. *Gebruik riskante genotmiddelen*: Het genotmiddelengebruik door jeugdigen in de regio is reden geweest voor de GGD om in samenwerking met het CAD enkele jaren geleden te starten met het project "Gezonde school en genotmiddelen" in het voortgezet onderwijs. Alle voortgezet onderwijsscholen in de regio voeren dit project uit.
- Genotmiddelen zoals tabak, alcohol en andere drugs worden, ondanks de ietwat positievere situatie ten opzichte van andere gemeenten in Limburg, toch door relatief veel leerlingen in Brunssum gebruikt en preventie is daarom extra belangrijk.
- Onveilig vrijen komt in de 4<sup>e</sup>-klas al veel voor. Dit brengt risico's met zich mee voor seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) of geslachtsziekten en ongewenste zwangerschappen. In Brunssum komt onveilig vrijen vaker voor dan bij leerlingen uit andere Limburgse gemeenten. Activiteiten gericht op seksualiteit en veilig vrijen en het voorkomen van deze aandoeningen zijn daarom belangrijk.
- Het emotioneel welbevinden is ongunstig en veel leerlingen ervaren problemen, veel leerlingen worden gepest en veel leerlingen pesten anderen. Het verdient daarom aanbeveling speciale aandacht te schenken aan onderwerpen zoals pesten, weerbaarheid en sociale vaardigheden.
- Veel leerlingen doen weinig aan sport buiten school. Voldoende bewegen is cruciaal voor het behouden van een goede gezondheid. Daarom verdient het aanbeveling om activiteiten te stimuleren die leiden tot meer bewegen bij de leerlingen.

- Een aanzienlijk deel van de leerlingen ontbijt niet dagelijks en komt op school zonder te hebben ontbeten. Gezonde voeding begint met een goed ontbijt en leidt tot voldoende energie voor het begin van de schooldag.
- Relatief veel leerlingen vertonen agressief gedrag: relatief veel leerlingen vechten wel eens op school of bij uitgaan en veel leerlingen hebben wel eens een wapen op zak. Ook het percentage leerlingen dat zich onveilig voelt is hoger dan gemiddeld. Activiteiten gericht op het verbeteren van de (sociale) veiligheid zijn daarom extra van belang.

## **HOOFDSTUK 5. THEMA LEEFOMGEVING.**

*De leefomgeving, zowel de sociale als de fysieke leefomgeving, bepaalt de gezondheid van inwoners in belangrijke mate.*

*Bij de sociale leefomgeving bestaat een indirect verband met de gezondheid. Een goede sociale leefomgeving verhoogt het welzijn van de mensen dat op zijn beurt bijdraagt aan de psychische gezondheid. De aanwezigheid en bereikbaarheid van accommodaties en sociaal-culturele activiteiten is dan ook van groot belang. Deze activiteiten worden waar nodig financieel ondersteund via de Subsidieverordening Welzijn.*

*De fysieke leefomgeving heeft een directe invloed op de gezondheid. Te denken valt hierbij bijvoorbeeld aan de bodem-, lucht- en waterkwaliteit, de veiligheid van het verkeer, de kwaliteit van het binnenklimaat. Diverse gemeentelijke taken liggen op dit terrein.*

*Veel aspecten rondom veiligheid en milieu zijn al verwerkt in regelgeving, echter er is voldoende beleidsvrijheid om ook specifieke aandacht te geven aan gezondheid. Op onderdelen van de fysieke omgeving is nog veel aantoonbare gezondheidswinst te behalen, zoals het binnenmilieu, de geluidsoverlast en de buitenlucht.*

*De WCPV geeft aan dat gemeenten bij bestuurlijke beslissingen het aspect gezondheid mee laten wegen. Ter ondersteuning hiervan kan gebruik worden gemaakt van het product medische milieukunde dat in het basistakenpakket van de GGD is opgenomen. De kansen om op dit terrein actief gezondheidsbeleid te voeren liggen in een integrale benadering.*

### **5.1 Doelstelling.**

Doelstelling van dit thema is het actief en passief bevorderen van een gezonde leefomgeving.

### **5.2 Gezondheidstoestand inwoners.**

Op basis van de onderzoeksgegevens van o.a. GGD, Gemeente en CBS kan een redelijk betrouwbaar beeld worden gevormd van de gezondheidstoestand van de inwoners van Brunssum.

Daarom wordt ook in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van de in van de uitkomsten en aanbevelingen van de in de bijlagen opgenomen onderzoeken.

### **5.3 Jeugd.**

Op basis van de Wet Gemeentelijke Onderwijsachterstandenbeleid moeten gemeenten een GOA-plan opstellen; dit is in de gemeente Brunssum voor beide GOA-perioden (periode 1998-2002 en 2002-2006), in overleg met schoolbesturen, scholen voor basis- en voortgezet onderwijs, peuterspeelzalen, Onderwijsbegeleidingsdienst (Consent), Openbare Bibliotheek, CMWW, Samenwerkingsverband Weer Samen naar School (WSNS), gebeurd.

Middels projecten, uitgevoerd in het kader van het GOA-plan Brunssum 2002-2006 wordt er naar gestreefd de onderwijsachterstand, die bij de groepen risicoleerlingen worden geconstateerd, terug te brengen.

Vanuit het Rijk ontvangt de gemeente jaarlijks een doeluitkering ter uitvoering van het GOA-beleid; in de 2<sup>e</sup> periode was dat ongeveer € 195.000 per schooljaar. In het schooljaar 2003-2004 was de bijdrage € 203.000.

Ten gevolge van bezuinigingen wordt dat bedrag in het schooljaar 2005-2006 teruggebracht tot € 120.000. De gemeente draagt jaarlijks € 71.500 uit eigen middeelen bij aan de uitvoering van het GOA-beleid. Over de inzet van de beschikbare middelen dient Op Overeenstemming Gericht Overleg (OOGO) te worden gevoerd met de schoolbesturen; dit overleg vindt plaats tijdens het Onderwijs Platform.

Na 2006 zullen de Rijksmiddelen, op basis van het lagere, bezuinigde bedrag, rechtstreeks aan de schoolbesturen worden toegekend. Op overeenstemming gericht overleg over de wijze van inzet is dan niet meer verplicht. Hierdoor zal de regietaak, welke nu bij de gemeente ligt, duidelijk anders moeten worden ingevuld.

De groep risicoleerlingen wordt gevormd door kinderen met ouders met een laag opleidingsniveau en allochtone kinderen. In Brunssum is het percentage risicoleerlingen momenteel 27% van 2544 leerlingen binnen het basisonderwijs (in totaal 694 leerlingen).

Deze leerlingen zijn geconcentreerd terug te vinden op de volgende scholen: basisschool Langeberg, basisschool Titus Brandsma, basisschool Dol-Fijn (inmiddels als basisschool Meander gehuisvest in BMV-Oost) en basisschool Sint Jozef.

Daarnaast wordt middels het VVE-programma (voor- en vroegschoolse educatie) intensief aandacht besteed aan de groep van 3-6 jarigen met taal- en ontwikkelingsachterstanden; het betreft hier de oudste kinderen die een peuterspeelzaal bezoeken, en de leerlingen van groep 1 en 2 van de basisschool.

Het aantal peuterspeelzaal-kinderen dat via VVE-programma's wordt bereikt bedraagt 130. Deze peuters zijn terug te vinden in de peuterspeelzalen, gekoppeld aan de reeds genoemde basisscholen, en wel de peuterspeelzalen de Paddestoel, Pukkio, Hummelhoek en Pimpeloentje (eveneens gehuisvest in BMV-Oost).

Tezamen met de risicoleerlingen in het basisonderwijs gaat het om ruim 830 leerlingen. In het voortgezet onderwijs betreft het met name de Brunssumse kinderen van 12-18 jaar, die een VMBO-school bezoeken buiten Brunssum (o.a. het Emmacollege).

Uitgevoerde projecten zijn achtereenvolgens:

- VVE-programma's (o.a. Piramide):  
Deze programma's zijn er op gericht, door middel van intensieve begeleiding van kinderen van 3 tot 6 jaar, de aanwezige achterstanden met name op het gebied van taal zo veel mogelijk weg te werken, zodat de leerlingen bij hun instroom in groep 3 van het basisonderwijs in staat zullen zijn, zonder al te veel problemen, het lees- en rekenonderwijs in deze groep te kunnen volgen.
- Taalbeleid in het basis- en voortgezet onderwijs:  
Door middel van inzet van o.a. taalcoördinatoren wil men komen tot een beter gestructureerd taalonderwijs, gericht op het wegwerken van taalachterstanden bij risicoleerlingen, waarbij de doorlopende lijn basisonderwijs-voortgezet onderwijs ook van belang is.
- Aansluiting basisonderwijs-voortgezet onderwijs:  
Onder andere door verbetering en aanpassing van inschrijfformulieren alsmede kennismaking van leerkrachten basis- en voortgezet onderwijs met elkaar en elkaars wijze van lesgeven moet worden gerealiseerd dat leerlingen van groep 8 kiezen voor de school of de onderwijssoort die het beste aansluit bij de mogelijkheden en capaciteiten.
- Bureau VSV(voortijdig schoolverlaters):  
Door een centrale registratie van leerplichtige leerlingen binnen Parkstad en verbeterde samenwerking tussen leerplichtambtenaren, scholen en (verzorgende) instellingen is aanpak van schoolverzuim en uitval beter mogelijk.  
Er worden meer uitvallende leerlingen geregistreerd en vervolgens weer teruggeleid naar de eigen c.q. een andere school dan wel naar een arbeidsplek. Hierdoor wordt het aantal leerlingen dat het onderwijs verlaat zonder voldoende kwalificatie duidelijk teruggebracht.
- LVS (leerlingvolgsysteem):  
Door het opzetten van een leerlingvolgsysteem (op het Emmacollege) kunnen de leerlingen beter in hun (school-) ontwikkeling worden gevolgd.
- Lokaal 130:  
Dit project (eveneens op het Emmacollege) is er op gericht uitvallende leerlingen binnen de school zo goed mogelijk op te vangen, middels bundeling van inzet van o.a. maatschappelijk werk en interne begeleiders en gebruikmakend van het LVS en verbeterde interne verzuimregistraties.

Peuterspeelzalen en Kinderopvang behoren eveneens tot het thema leefomgeving. Zowel materieel als ook immaterieel moet er sprake zijn van een gezonde leefomgeving. Materieel zijn er de richtlijnen van de GGD ten aanzien van de fysieke omgeving. Immaterieel moeten eventuele problemen door leidsters onderkend worden. Er is sprake van relaties met het VVE-beleid, de GGD en de JGZ. De coördinatie berust bij de gemeente. Overige actoren zijn Humanitas, peuterspeelzalen, brandweer, GGD en Zorggroep Thuis.

Ten aanzien van de peuterspeelzalen is er sprake van een professionaliseringstraject dat in 2004 afgerond zal worden. Het budget van de peuterspeelzalen bedraagt € 226.161 (2003). Per 1 januari 2005 wordt de Wet Basisvoorziening Kinderopvang van kracht.

#### **5.4 Milieu en gezondheid.**

Eind 2003 heeft de raad het Milieubeleidsprogramma 2003-2006 vastgesteld. Het garanderen van veiligheid en gezondheid is een zeer belangrijk speerpunt. De leefkwaliteit, die van belang is voor de gezondheidstoestand, komt daarin eveneens aan de orde. In het Milieubeleidsprogramma wordt aandacht besteed aan het garanderen van de basismilieukwaliteit: gezondheid, veiligheid en geluid.

Uitgesproken is, dat minimaal de wettelijke eisen worden gerealiseerd en behouden op het gebied van lucht, geluid, water, bodem, bouwen, veiligheid en risico's m.b.t.:

- externe veiligheid: de risico's van het ver- en bewerken, het opslaan en transporteren van gevaarlijke en risicovolle stoffen valt in Brunssum binnen de geldende wettelijke eisen;
- geluid: geluidhinder door wegverkeer en bedrijven is beperkt tot de daarvoor geldende wettelijke eisen;
- bodem: de bodemverontreiniging door bedrijven en particulieren is beperkt tot de daarvoor geldende wettelijke eisen. Dat geldt ook voor bodemsaneringen;
- lucht: de luchtverontreiniging door wegverkeer en bedrijven is beperkt tot de daarvoor geldende wettelijke eisen.

De taak van de gemeente bij de realisering van deze ambitie bestaat erin de betreffende wettelijke regelingen adequaat uit te voeren door het hanteren van de aangereikte instrumenten zoals vergunningverlening c.q. vergunningweigering, toezicht en handhaving.

In het kader van de uitvoering van de bouwregelgeving worden eisen gesteld aan (woon-) gebouwen in verband met toetreding van het daglicht, geluidsisolatie en ventilatie/binnenmilieu.

Dat een adequate en professionele handhaving van de regelgeving een zeer belangrijk element is voor het aanpakken van de problemen komt tot uitdrukking in de bestuursopdracht van de Gemeenteraad (begin 2004) waarin de opdracht wordt gegeven handhavingsbeleid te formuleren en de handhaving te verbeteren en te professionaliseren.

Naar aanleiding van eerdere (GGD-) onderzoeken wordt geconstateerd dat wat betreft milieuhinder de situatie in Brunssum op een aantal aspecten minder gunstig wordt ervaren dan gemiddeld in de regio. In Brunssum heeft men meer last van geluidshinder in het algemeen. In het bijzonder ervaart men veel meer last van geluidshinder van vliegverkeer en ook meer last van geluidshinder van wegverkeer en burens. De geluidshinder door burens is in Brunssum groter dan in alle andere gemeenten binnen de regio. Stankhinder komt in Brunssum even vaak voor als gemiddeld in de regio. Een uitzondering hierop vormt stankhinder door de agrarische sector. In Brunssum komt dit relatief weinig voor. De hinder door stof, roet of rook wijkt in Brunssum niet veel af van het regionale gemiddelde.

De algehele milieuhinder door wegverkeer (geluid, stank, stof, roet of rook) is in Brunssum aanzienlijk hoger dan gemiddeld in de regio. De totale hinder door vliegverkeer is erg groot. De hinder door bedrijven of industrie is in Brunssum gelijk aan de andere gemeenten in de regio.

Aangaande het milieu in huis (het zogenaamde binnenmilieu) wordt gesteld dat Brunssum qua ventileren in huis niet afwijkt van de regio.

De gemiddelde waardering voor de woonomgeving van de buurt waar men woont ligt iets hoger dan gemiddeld in de regio.

#### **5.5 Veilige leefomgeving en gezondheid.**

Om mensen plezierig te laten leven, wonen en werken is veiligheid een noodzakelijke voorwaarde. Een gevoel van veiligheid en geborgenheid in de woon- en leefomgeving vormt een noodzakelijke voorwaarde voor het opgroeien tot een zelfstandig en stabiel mens en dat ook te blijven. Zelfstandige en stabiele mensen zijn op hun beurt weer een voorwaarde voor het kunnen inrichten van een leefbare en veilige samenleving. Ook deze aspecten komen (op termijn) de gezondheid ten goede.

Het percentage mensen dat aangeeft slachtoffer te zijn van diefstal is in Brunssum iets hoger dan in de hele regio. Van de lijst met vervelende gebeurtenissen in de woonomgeving geldt dat die in Brunssum allemaal vaker voorkomen dan gemiddeld in de regio.

Brunssum scoort vooral ongunstig als het gaat om rommel/straatvuil, inbraak, vernieling van auto's, vernieling van bushokjes, bekladding/graffiti, fietsdiefstal, parkeeroverlast, overlast van groepen/jongeren en overlast van drugshandel.

Ook zaken die procentueel niet vaak voorkomen, komen in Brunssum vaker voor dan in de andere gemeenten: openbare dronkenschap, mensen die lastig gevallen worden en tasjesroof/beroving. Overlast van hondenpoep en te hard rijden door auto's is een voor de regio Oostelijk Zuid-Limburg algemeen verschijnsel.

Met uitzondering van de gemeente Onderbanken is er in Oostelijk Zuid-Limburg nergens zoveel hinder door vliegverkeer als in de gemeente Brunssum. Ook de hinder door wegverkeer is groter dan in de meeste andere gemeenten. Het is met het oog op de gezondheid van belang dat deze vormen van hinder in de gemeente extra aandacht krijgen.

Bij het vliegverkeer wordt gedoeld op de AWACS-vliegtuigen, waarvan de basis vlak over de grens in Duitsland ligt. De overlast wordt veroorzaakt doordat deze vliegtuigen (met verouderde motoren) vliegen buiten de afgesproken funnel (een vrijwel onbebouwde strook tussen Brunssum en Onderbanken) en buiten de afgesproken tijden. Het betreft een NAVO-basis. Er wordt al vele jaren tussen ministeries, provincie en de betreffende gemeenten gesproken over het beperken c.q. beëindigen van de overlast. De invloed van de gemeenten Onderbanken en Brunssum om de overlast te doen beperken of beëindigen is echter beperkt.

De hinder van het wegverkeer wordt vanuit verschillende beleidssectoren aangepakt: mobiliteitsbeleid, verbetering verkeersstructuur en uitvoering Wet Geluidhinder.

Geluidhinder van burens is eveneens een veel voorkomend probleem. Vanuit de bouwregelgeving worden eisen gesteld aan de isolatie tussen woningen. Daarop wordt ook gecontroleerd. Controle op het gedrag van de bewoners is echter geen taak van de gemeente.

Binnen het project Integraal Veiligheidsbeleid heeft de gemeenteraad twee prioritaire veiligheidsvelden gekozen, waar de integrale aanpak op zal worden toegepast.

De eerste aandacht zal worden gegeven aan de veiligheidsvelden "veilige woon- en leefomgeving" en "jeugd en veiligheid". Dit zijn veiligheidsvelden die het meest herkenbaar zijn voor de burger.

De wijk Brunssum West is als pilot uitgekozen voor het project Integraal Veiligheidsbeleid. Vanuit de ervaringen opgedaan in deze pilot kunnen vervolgens de plannen gemaakt worden voor de overige wijken van Brunssum. Eind 2004 zal aan de gemeenteraad een veiligheidsprogramma worden voorgelegd in het kader van het project Integraal Veiligheidsbeleid.

## **HOOFDSTUK 6. PRODUCT-KEUZE-AANBOD GGD-OZL.**

*De relatie tussen de GGD en de gemeenten werd jarenlang voornamelijk gekenmerkt door een strijd om de financiën. Van inhoudelijke sturing was nauwelijks sprake. De jaarlijkse perikelen rondom de begroting waren mede aanleiding voor de invoering van het Product Keuze Aanbod-model (PKA) van de GGD. In 2002 is dit model ontwikkeld teneinde meer inzicht en transparantie te bieden met betrekking tot de inhoud en kosten van de dienstverlening van de GGD alsmede de individuele keuzemogelijkheden voor de gemeenten te vergroten. Het PKA-model bestaat grofweg uit een productenboek en een prijslijst, op basis waarvan de gemeenten (met uitzondering van de wettelijke verplichte producten) kunnen kiezen welk dienstverleningspakket zij wensen af te nemen. Per product is een kostprijs berekend die jaarlijks wordt geïndexeerd. De kostprijzen zijn gebaseerd op wat per product nodig is, rekening houdend met wettelijke normen en professionele standaarden en de vraag. Voordeel is voorts dat de gemeenten bij afname van een product vooraf weten wat de kosten zijn. Extreme situaties, rampen, uitbraken van epidemieën of plotselinge wetswijzigingen zijn niet ingecalculeerd. De keuzevrijheid van elke deelnemende gemeente wordt beperkt omdat allen zich geëngageerd hebben aan het PKA-model. Afwijken van de productdefinitie (ofwel het schrappen van onderdelen binnen een product uit kostenbesparing) en/of de productcategorisering is niet mogelijk. De producten die de GGD kan leveren zijn vastgelegd in een productenboek en worden periodiek bijgesteld / aangepast.*

### **6.1 Productcategorieën.**

Het PKA-model kent een viertal productcategorieën. Het betreft hier achtereenvolgens:

- Categorie 1 : Basis-standaardproduct (verplicht standaardwerk)  
Een product dat op basis van de wet als verplicht is te beschouwen en voor elke gemeente homogeen wordt uitgevoerd (d.w.z. op gelijke wijze en in dezelfde mate, naar rato van het aantal inwoners). Alle gemeenten dienen dus gezamenlijk dit product in het pakket op te nemen.
- Categorie 2 - Basis-maatwerkproduct (verplicht maatwerk).  
Een productgroep die op basis van de wet als verplicht is te beschouwen maar waarbij gemeenten kunnen kiezen uit het productenaanbod binnen deze productgroep. Het aantal te kiezen producten van deze productgroep kan variëren van één tot alle.
- Categorie 3 - Plusproduct.  
Een product op het terrein van de collectieve preventie doch geen wettelijke taak. Het vindt zijn basis in het (inter-) gemeentelijk gezondheidsbeleid. De gemeenten kunnen dit product afzonderlijk en/of



gezaamenlijk in het pakket opnemen.

- Categorie 4 - Marktproduct.  
Verschilt per opdrachtgever. De opdrachtgever betaalt. Voor uitvoering van de marktproducten is toestemming van de deelnemende gemeente noodzakelijk.

Het PKA-model kent (ter onderscheiding van overige productgroepen) zogenaamde *GVO-producten* (producten die onder de noemer "Gezondheidsvoorlichting en opvoeding" vallen: zie de productgroepen 5, 6 en 7) en *JGZ-producten* (producten die onder de noemer "Jeugdgezondheidszorg" vallen: zie de productgroepen 9 en 10). De producten in het kader van de Jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen worden aangeboden door de Stichting Zorggroep Thuis.

Voor een volledig overzicht van alle PKA-producten van de GGD: zie bijlage 7.

## 6.2 *Overgangsjaar 2003.*

Met ingang van 1 januari 2003 is het PKA-model door de GGD ingevoerd. In 2003 (een overgangsjaar) werden de volgende producten afgenomen:

### Productgroep 1 : infectieziekten algemeen

- 24 uren basisvoorziening infectieziektenbestrijding (categorie 1)
- Tuberculose bestrijding bevolking (categorie 1)
- Rijksvaccinatieprogramma jeugd (categorie 1)

### Productgroep 3 : technische hygiënezorg

- Technische hygiënezorg kinderdagverblijven (categorie 2)
- Technische hygiënezorg peuterspeelzalen (categorie 2)

### Productgroep 4 : medische milieukunde

- Medische milieukunde basisvoorziening (categorie 1)

### Productgroep 5 : regionale basisvoorziening en wettelijke taken gezondheidsvoorlichting en opvoeding

- Regionale basisvoorziening bevorderen gezonde leefstijl (categorie 1)
- Opkomstbevordering bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker (categorie 1)
- Bevordering mondgezondheid (categorie 1)

### Productgroep 6 : Preventieprogramma's

- Veiligheid Ouderen (Veiligheid-in-en-om-het-huis) (categorie 2)

### Productgroep 8 : epidemiologie

- Gezondheidsprofiel (categorie 1)

### Productgroep 9 : signalering en monitoring jeugd

- Preventie gezondheidsonderzoeken 4-19 jaar, (categorie 1)

### Productgroep 10 : risicoleerlingenzorg

- Advies lichamelijke, psychosociale en opvoedingsvragen (categorie 1)

Productgroep 13 : advisering en projecten openbare gezondheidszorg

- Advies en expertise openbare gezondheidszorg (categorie 1)

### 6.3 *Wijzigingen in productafname 2004.*

Met ingang van 2004 werden (ten opzichte van 2003) enkele wijzigingen in de productafname doorgevoerd. Het betreft hier achtereenvolgens:

- Tot 2004 had de gemeente Brunssum binnen de productgroep 2 (infectieziekten bij risicogroepen) geen enkel product afgenomen. Gelet op de wettelijke verplichting (iedere gemeente dient tenminste één product uit elke zogenaamde categorie-2 productgroep te kiezen) alsmede de uitkomsten en aanbevelingen uit regionale en lokale onderzoeken heeft de Raad besloten met ingang van 1 januari 2004 het product Sexueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA)-zorg voor jongeren (15-25 jaar) af te nemen.
- De gemeente Brunssum heeft het product Risicoleerlingbespreking, in tegenstelling tot een aantal omliggende gemeenten, in 2003 niet afgenomen. Omdat dit tot grote verwarring leidde bij hulpverleningsinstanties en scholen, hetgeen ook politiek niet wenselijk bleek, werd alsnog besloten met ingang van 1 januari 2004 de keuzen binnen de productgroep 10 (risicoleerlingenzorg) uit te breiden met:
  - risicoleerlingbespreking: zorgteam basisonderwijs (een categorie-3 product);
  - risicoleerlingbespreking: zorgteam voortgezet onderwijs (een categorie-3 product);
  - risicoleerlingbespreking: Permanente Commissie Leerlingenzorg (PCL) (een categorie-3 product).
- In 2003 werd uit de productgroep 6 (preventieprogramma's) het categorie-2 product Veiligheid Ouderen afgenomen. Uit de evaluaties werd geconstateerd dat dit product, hoewel kwalitatief van uitstekend niveau, naar beleving van zowel de gemeente als de GGD tot op heden minder efficiënt kon worden uitgevoerd dan aanvankelijk werd verwacht. Vooruitlopend hierop werd, als gevolg van de Kadernota Kostenbeheersing, besloten dit product, met ingang van 1 januari 2004, niet langer af te nemen.
- Het niet langer afnemen van het product Veiligheid ouderen per 1 januari 2004 impliceerde dat de gemeente Brunssum verplicht was tenminste één ander product binnen dezelfde productgroep als alternatief af te nemen. Gelet op deze verplichting en op eerdere ervaringen alsmede naar aanleiding van uitkomsten en aanbevelingen uit regionale en lokale onderzoeken heeft de Raad besloten met ingang van 1 januari 2004 het product Vergroten weerbaarheid Kinderen (het zogenaamde Marietje Kesselsproject) af te nemen.

Het betreft hier een preventieproject. Doel is het vergroten van weerbaarheid bij kinderen om te voorkomen dat zij slachtoffer worden van machtsmisbruik of zich hieraan schuldig gaan maken. Onder machtsmisbruik wordt verstaan: pesten, seksuele intimidatie en kindermishandeling. Het project richt zich op leerlingen van groep 7 of 8 van de basisschool. In 2002 had het project (destijds een pilot) al eens op basisschool Dol-Fijn in Brunssum, met behulp van subsidie van het Ministerie van Justitie, gedraaid. De uitkomsten van dit project waren destijds positief.

Gelet op de eerdere ervaringen, de ligging van basisschool Dol-Fijn, de fusie met basisschool St. Jozef (locatie Tarcisius) tot basisschool Meander alsmede de nieuwe huisvesting in BMV-Oost, was de keuze voor deze school gerechtvaardigd. Vastgesteld werd dat uitbreiding van het project naar andere Brunssumse basisscholen, afhankelijk van de bereikte resultaten, toekomstig overwogen zou kunnen worden.

De kosten van de, met ingang van 1 januari 2004, af te nemen nieuwe producten bedroegen in totaal € 29.518. Dit totaal komt als volgt tot stand:

- SOA-zorg voor jongeren: € 6.635
- risicoleerlingbespreking: zorgteam basisonderwijs: € 6.205
- risicoleerlingbespreking: zorgteam voortgezet onderwijs: € 10.340
- risicoleerlingbespreking: Permanente Commissie Leerlingenzorg: € 1.486
- De totale kosten van het product Vergroten weerbaarheid kinderen bedragen: € 4.852

De kosten van het product Veiligheid Ouderen bedroegen in 2003: € 24.697. Voor 2004 was hiervoor aanvankelijk een bedrag van € 22.250 begroot. Uiteindelijk ging afname van dit product niet door.

#### 6.4 *Afname producten 2004 t/m 2007.*

Ingevolge Raadsbesluit no. 14 (W&O nr. 2004/516) d.d. 23 maart 2004, neemt de gemeente Brunssum voor de periode 2004 t/m 2007 de hieronder genoemde producten af van de GGD-OZL.

##### Productgroep 1 : infectieziekten algemeen

- 24 uren basisvoorziening infectieziektenbestrijding (categorie 1), kosten 2004: € 48.945
- Tuberculose bestrijding bevolking (categorie 1), kosten 2004: € 33.248
- Rijksvaccinatieprogramma jeugd (categorie 1), kosten 2004: € 9.607

##### Productgroep 2: Infectieziektenpreventie bij risicogroepen

- SOA-zorg jongeren 15-25 jaar (categorie 2), kosten 2004: € 6.635

##### Productgroep 3 : technische hygiënezorg

- Technische hygiënezorg kinderdagverblijven (categorie 2), kosten 2004: € 1.289
- Technische hygiënezorg peuterspeelzalen (categorie 2), kosten 2004: € 3.867

##### Productgroep 4 : medische milieukunde

- Medische milieukunde basisvoorziening (categorie 1), kosten 2004: € 9.244

##### Productgroep 5 : regionale basisvoorziening en wettelijke taken gezondheidsvoorlichting en opvoeding

- Regionale basisvoorziening bevorderen gezonde leefstijl (categorie 1), kosten 2004: € 28.381
- Opkomstbevordering bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker (categorie 1), kosten 2004: € 832
- Bevordering mondgezondheid (categorie 1), kosten 2004: € 5.976

##### Productgroep 6 : Preventieprogramma's

- Vergroten weerbaarheid kinderen (Marietje Kessels) (categorie 2), kosten 2004: € 4.852

##### Productgroep 8 : epidemiologie

- Gezondheidsprofiel (categorie 1), kosten 2004: € 24.618

##### Productgroep 9 : signalering en monitoring jeugd

- Preventie gezondheidsonderzoeken 4-19 jaar, (categorie 1), kosten 2004: € 169.269

##### Productgroep 10 : risicoleerlingenzorg

- Advies lichamelijke, psychosociale en opvoedingsvragen (categorie 1), kosten 2004: € 18.108
- Risicoleerlingbespreking zorgteam basisonderwijs (categorie 3), kosten 2004: € 6.205
- Risicoleerlingbespreking zorgteam voortgezet onderwijs (categorie 3), kosten 2004: € 10.340
- Permanente Commissie Leerlingenzorg (categorie 3), kosten 2004: € 1.486

##### Productgroep 13 : advisering en projecten openbare gezondheidszorg

- Advies en expertise openbare gezondheidszorg (categorie 1), kosten 2004: € 9.970

#### Opmerkingen:

- De hierboven weergegeven kosten zijn conform de GGD-begroting voor het jaar 2004 en bedragen in totaliteit **€ 392.872.**
- Naast genoemde producten worden nog een aantal producten "op tariefbasis" afgenomen (keuringen WVG, Soza en Forensische geneeskunde). Hiervoor is een bedrag begroot van € 90.921 waardoor het totaalbedrag van de GGD-begroting voor 2004 uitkomt op **€ 483.793.**
- Uit een aantal niet genoemde productgroepen worden geen producten afgenomen. Deze productgroepen worden in dit overzicht niet vermeld. Als bijlage 7 is een totaaloverzicht van alle PKA-producten opgenomen.

#### 6.5 *Afname producten 2005.*

Ingevolge Raadsbesluit no. 38 (W&O nr. 2004/4922) d.d. 2 juni 2004 heeft de gemeente Brunssum besloten in te stemmen met de begroting 2005 van de GGD-OZI waarbij de productkeuze voor 2005 gelijk is aan de productkeuze voor 2004. Het betreft ook nu weer de volgende producten.

Productgroep 1 : infectieziekten algemeen

- 24 uren basisvoorziening infectieziektenbestrijding (categorie 1), kosten 2005: € 48.196
- Tuberculose bestrijding bevolking (categorie 1), kosten 2005: € 32.409
- Rijksvaccinatieprogramma jeugd (categorie 1), kosten 2005: € 9.505

Productgroep 2: Infectieziektenpreventie bij risicogroepen

- SOA-zorg jongeren 15-25 jaar (categorie 2), kosten 2005: € 6.941

Productgroep 3 : technische hygiënezorg

- Technische hygiënezorg kinderdagverblijven (categorie 2), kosten 2005: € 1.496
- Technische hygiënezorg peuterspeelzalen (categorie 2), kosten 2005: € 3.740

Productgroep 4 : medische milieukunde

- Medische milieukunde basisvoorziening (categorie 1), kosten 2005: € 9.047

Productgroep 5 : regionale basisvoorziening en wettelijke taken gezondheidsvoorlichting en opvoeding

- Regionale basisvoorziening bevorderen gezonde leefstijl (categorie 1), kosten 2005: € 28.491
- Opkomstbevordering bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker (categorie 1), kosten 2005: € 834
- Bevordering mondgezondheid (categorie 1), kosten 2005: € 6.190

Productgroep 6 : Preventieprogramma's

- Vergroten weerbaarheid kinderen (Marietje Kessels) (categorie 2), kosten 2005: € 4.124

Productgroep 8 : epidemiologie

- Gezondheidsprofiel (categorie 1), kosten 2005: € 23921

Productgroep 9 : signalering en monitoring jeugd

- Preventie gezondheidsonderzoeken 4-19 jaar, (categorie 1), kosten 2005: € 169.550

Productgroep 10 : risicoleerlingenzorg

- Advies lichamelijke, psychosociale en opvoedingsvragen (categorie 1), kosten 2005: € 17.898
- Risicoleerlingbespreking zorgteam basisonderwijs (categorie 3), kosten 2005: € 6.501
- Risicoleerlingbespreking zorgteam voortgezet onderwijs (categorie 3), kosten 2005: € 13.522
- Permanente Commissie Leerlingenzorg (categorie 3), kosten 2005: € 1.806

Productgroep 13 : advisering en projecten openbare gezondheidszorg

- Advies en expertise openbare gezondheidszorg (categorie 1), kosten 2005: € 9.751

Opmerkingen:

- De hierboven weergegeven kosten zijn conform de GGD-begroting voor het jaar 2005 en bedragen in totaliteit **€ 393.922.**
- Naast genoemde producten worden nog een aantal producten "op tariefbasis" afgenomen (keuringen WVG, Soza en Forensische geneeskunde). Hiervoor is opnieuw een bedrag begroot van € 90.921 waardoor het totaalbedrag van de GGD-begroting voor 2005 uitkomt op **€ 484.843.**
- Uit een aantal niet genoemde productgroepen worden geen producten afgenomen. Deze productgroepen worden in dit overzicht niet vermeld. Als bijlage 7 is een totaaloverzicht van alle PKA-producten opgenomen.

## 6.6 *Evaluatie PKA-model 2004.*

Sinds 2003 maakt de GGD Oostelijk Zuid-Limburg gebruik van het Product-Keuze-Aanbod-model, dat in samenspraak tussen GGD en de aangesloten gemeenten is ontwikkeld. Dit model heeft als doel om gemeenten als klant inzicht te geven in de producten/dienstverlening van de GGD, om keuzemogelijkheid voor de gemeenten te bieden en om de kosten(structuur) transparant te maken.

Onder supervisie van een begeleidingscommissie (waarin ook de gemeente Brunssum middels haar beleidsmedewerker gezondheidszorg is vertegenwoordigd) heeft in het voorjaar van 2004 een interviewronde plaatsgevonden onder belangrijke sleutelfiguren van alle gemeenten. Een van de voorstellen naar aanleiding van deze evaluatie is om de begeleidingscommissie op basis van de resultaten van dit onderzoek een plan van aanpak te laten opstellen om de verbeterpunten in het verdere implementatietraject aan te pakken.

De conclusies en aanbevelingen van de evaluatie zijn als volgt samen te vatten. Gemeenten en GGD zijn positief over de effecten van de invoering van het PKA-model. Men is unaniem van mening dat de gezamenlijke ontwikkeling en implementatie van het PKA-model een goede keuze is geweest. De ontwikkeling van het PKA-model GGD heeft bijgedragen aan een betere relatie en meer vertrouwen tussen GGD en gemeente. Ook op inhoudelijk niveau ziet men verbetering; enerzijds hebben gemeenten een beter inzicht gekregen in de producten en de werkwijzen van de GGD, anderzijds hebben de GGD-medewerkers meer inzicht gekregen in de informatiebehoefte van gemeenten. En tenslotte heeft het PKA-model gezorgd voor meer duidelijkheid over en inzicht in de kosten van afzonderlijke producten. Niemand stelt dan ook de PKA-systematiek als zodanig ter discussie.

Gezien de positieve evaluatie door zowel gemeenten, als GGD, adviseert de begeleidingscommissie evaluatie PKA om de PKA-systematiek te handhaven. Een aantal zaken is volgens de sleutelfiguren nog voor verbetering vatbaar. Deze verbeterpunten leiden tot de een aantal aanbevelingen:

- geadviseerd wordt één duidelijk aanspreek- en coördinatiepunt bij de GGD te creëren, waar gemeenten met al hun vragen met betrekking tot productkeuzes, financiële of inhoudelijke zaken terecht kunnen;
- gemeenten blijken, meer dan tot nu toe gebruikelijk, behoefte te hebben aan individueel, op de gemeente toegesneden advies, met betrekking tot onder andere gemeentelijk gezondheidsbeleid en de interpretatie van onderzoeksresultaten. Aanbevolen wordt om de adviesrelatie GGD-individuele gemeente verder te ontwikkelen.;
- aanbevolen wordt om meer inzicht te verschaffen in de realisatie van productafspraken. Dit kan door de in concept ontwikkelde dienstverleningsovereenkomsten te implementeren en gekoppeld daaraan evaluatiegesprekken tussen GGD en gemeente te voeren;
- om goed naar gemeenten verantwoording af te kunnen leggen, hebben de GGD-afdelingshoofden meer inzicht nodig in de eigen realisatie (zowel financieel, als inhoudelijk). Geadviseerd wordt om de managementrapportages (GGD-intern) verder te ontwikkelen.

Op basis van de realisatie kunnen ook eventuele aannames in onder andere de kostprijs van de producten heroverwogen worden;

- aanbevolen wordt om te streven naar meerjarenafspraken voor minimaal 4 jaar. Daartoe dient echter allereerst de inhoud van de basisvoorzieningen nogmaals kritisch te worden bezien. Verder dient in onderling overleg tussen GGD en gemeenten bepaald te worden, op welke wijze flexibiliteit ingebouwd kan worden, zodat afname/wijziging van keuzeproducten tussentijds mogelijk blijft.

Aan elke financiële systematiek kleven bezwaren. Ook het volgen van de financiële uitgangspunten van de PKA-systematiek levert soms in de praktijk problemen op. Aanbevolen wordt om, zonder af te stappen van de gekozen systematiek, te bezien of er mogelijk oplossingen zijn voor deze knelpunten. Het betreft:

- de afhankelijkheid van de prijs van het gekozen volume, waardoor de prijs van een product steeds kan fluctueren;

- de wijze van toerekening van overhead aan nieuwe en/of marktproducten, als de overhead al toegerekend is aan de bestaande producten.

Tenslotte is de begeleidingscommissie van mening, dat, gezien de positieve evaluatie, het zinvol is om ernaar te streven dat de PKA-systematiek in het fusie-proces tussen de drie Zuid-Limburgse GGD-en behouden blijft en bij voorkeur uitgebreid wordt naar de twee andere regio's in Zuid-Limburg.

### **6.7 Fusie GGD-en.**

De Gemeenteraad van Brunssum heeft in haar vergadering van 23 maart 2004 besloten in te stemmen met (de start van) een proces van onderzoek en uitwerking van mogelijkheden om te komen tot één organisatie voor openbare gezondheidszorg in Zuid-Limburg door de GGD Zuidelijk Zuid-Limburg (GGD ZZL), de GGD Oostelijk Zuid-Limburg (GGD OZL), het Streekgewest Westelijke Mijnstreek (SWM) en Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR Zuid-Limburg).

De Raad heeft het Algemeen Bestuur van GGD-OZL in dit kader de opdracht gegeven de volgende voorwaarden aan een eventuele fusie te verbinden:

- a. de fusie mag op geen enkele wijze leiden tot meerkosten voor de gemeente Brunssum;
- b. er dient naar gestreefd te worden dat de toekomstige besluitvormingsstructuur zodanig ingericht wordt dat de formele invloed van de afzonderlijke gemeenten ten aanzien van de financiën en de inhoud niet afneemt;
- c. de organisatie dient zodanig ingericht te worden dat er voldoende flexibiliteit is om lokaal maatwerk te kunnen leveren;
- d. in het proces van onderzoek en uitwerking dienen de gemeenten zowel bestuurlijk als ambtelijk volwaardig betrokken te worden, door in de diverse onderdelen van de projectstructuur vertegenwoordigd te zijn;

Begin 2005 wordt m.b.t. de mogelijkheden van een toekomstige fusie van de GGD-en in Zuid-Limburg meer informatie verwacht.

## **HOOFDSTUK 7. OVERIG ZORGAANBOD EN AANDACHTSPUNTEN.**

*In de vorige hoofdstukken is onder meer ingegaan op taken die op basis van de WCPV en andere wetgeving expliciet aan de gemeente zijn opgedragen. Aanvullend daarop wordt in dit hoofdstuk ingegaan op risicogroepen, overig zorgaanbod en andere aandachtspunten op het terrein van (gezondheids-)zorg.*

*Dit hoofdstuk stelt u voorts in staat kennis te maken met de diverse deelterreinen van gezondheidszorg en de uitvoering daarvan in Brunssum. Overigens worden niet alle op het gebied van gezondheid actieve organisaties hierin genoemd (bijv. Groene Kruis). In dit kader wordt o.a. gewezen op de mogelijkheden die Internet biedt. Voorts wordt aandacht besteed aan individuele beroepsbeoefenaren die in Brunssum gevestigd zijn alsmede (in meer beschrijvende vorm) aan lokale en regionale voorzieningen. Voor een totaaloverzicht van de meest belangrijke zorgverleners in Brunssum en de regio wordt verwezen naar bijlage 2.*

*Opgemerkt wordt dat de thema's gezonde leefwijzen en leefomgeving als activiteiten van de verschillende belangengroeperingen in dit hoofdstuk nader benoemd worden.*

### **7.1 Risicogroepen.**

Uit meerdere (voornamelijk landelijke) onderzoeken is gebleken dat bepaalde groepen een achterstand hebben op het gebied van gezondheid dan wel aanmerkelijk grotere gezondheidsrisico's lopen ten opzichte van andere groepen. Het betreft dan met name: chronisch zieken, prostituees, verslaafden, dak- en thuislozen, verwaarloosden. De mogelijke "risicogroepen" mensen met een lagere sociaal-economische status, allochtonen, jeugdigen en ouderen kwamen in eerdere hoofdstukken aan de orde.

Een chronisch karakter van een ziekte brengt met zich mee dat langdurig een beroep moet worden gedaan op gezondheidsvoorzieningen. Wanneer een chronische ziekte samengaat met een verminderde mobiliteit wordt vaak een structureel en ingrijpend beroep gedaan op mantelzorg. Daarbij komt dat chronisch zieken vaak beperkt kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven. De kans op bijvoorbeeld vereenzaming is dan ook groter dan bij gezonde inwoners.

Prostituees, verslaafden en dak- en thuislozen e.d. zijn qua omvang een beperkte groep. Het is evenwel een groep met een heel hoog gezondheidsrisico voor zichzelf maar soms ook voor anderen. Dit laatste geldt met name voor prostituees.

- *Prostituees.*

Tot en met 2004 is er in Brunssum één officiële sexinrichting in de gemeente gevestigd. Aan de afgegeven vergunning zijn voorwaarden gekoppeld om de volksgezondheid te beschermen. Zo wordt aan een legale seksinrichting de verplichting opgelegd dat de inrichting regelmatig wordt gecontroleerd door de GGD en dat de daar werkende prostituees moeten kunnen aantonen dat ze regelmatig worden onderzocht op geslachtsziekten.

Een onbekend deel van de prostitutie blijft waarschijnlijk evenwel illegaal. Uit oogpunt van gezondheid kan dit een probleem betekenen.

- *Verslaafden.*

Het gebruik van alcohol en drugs vertoont een stijgende lijn en brengt gezondheidsrisico's en maatschappelijke problemen met zich mee. De verslaafdenproblematiek concentreert zich voor wat betreft de regio Parkstad in Heerlen. Dit laat onverlet dat ook in de gemeente Brunssum sprake is van een bepaalde mate van verslavingsproblematiek. Inzake de methadonverstrekking (voor ongeveer 25 verslaafden in Brunssum) vinden momenteel (zowel bestuurlijk als ambtelijk) gesprekken plaats om, in plaats van verstrekking vanuit de methadonbus, mede gelet op de technische toestand van de bus alsmede de toekomstig mogelijk te bieden extra individuele zorg, over te gaan tot in pandige verstrekking (bijvoorbeeld vanuit Medisch Centrum Atrium te Brunssum).

- *Dak- en thuislozen en verwaarloosden.*

Het komt steeds vaker voor dat mensen zichzelf verwaarlozen, hun woning vervuilen en vereenzamen. Het gemeentelijk beleid is gericht op het vroegtijdig herkennen en melden en het aanpakken van verwaarlozing. Maatschappelijk Werk speelt een belangrijke rol bij de begeleiding van betrokkenen. Hierbij wordt opgemerkt dat de gemeentelijke mogelijkheden beperkt zijn omdat het niet verplicht is hulp c.q. begeleiding te accepteren, tenzij betrokkene een gevaar is voor zichzelf om zijn omgeving.

De verwachting is dat er steeds meer mensen tussen wal en schip vallen en een zwervend bestaan gaan leiden. Dit betreft enerzijds personen die niet over geldige verblijfspapieren beschikken en anderzijds mensen die vanwege complexe problemen op straat komen te staan en elke vorm van hulp afwijzen (zorgwekkende zorgmijders). Dak- en thuislozen en verwaarloosden hebben een hoge kans op ziekte en leveren een verhoogd besmettingsgevaar op voor hun omgeving. Het gaat hier om personen die over het algemeen zeer ongezond leven. Vaak is er sprake van verslaving in combinatie met psychische problemen.

### **7.2 Infectieziektenbestrijding.**

Het voorkomen en bestrijden van infectieziekten is expliciet een taak van de GGD-OZL. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze taak. Voor een aantal infectieziekten bestaat een aangifteplicht. Het aantal aangiften kan van jaar tot jaar behoorlijk verschillen doordat er soms uitbraken van bepaalde ziektes (b.v. tuberculose) voorkomen. Geconstateerd kan worden dat de GGD uiterst correct en zorgvuldig omgaat met de communicatie rondom infectieziekten. Huisartsen in de regio en gemeente(n) worden steeds tijdig op de hoogte

gesteld bij voorkomende gevallen en bij informatie met betrekking tot ontwikkelingen inzake SARS, meningokokken e.d.

Een belangrijke rol van de GGD is "outbreakmanagement", hetgeen inhoudt dat de dienst verantwoordelijk is voor de bestrijding van de infectieziekten wanneer die zich voordoen. De acties rond (het voorkomen van verspreiding van) een besmettelijke ziekte kunnen gericht zijn op het individu, op bepaalde groepen maar ook op instellingen.

- *Vaccinatieprogramma.*

In het kader van de jeugdgezondheidszorg wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad van zuigelingen en kinderen conform het landelijk vastgestelde rijksvaccinatieprogramma. Hierop werd ook bij de behandeling van de jeugdgezondheidszorg ingegaan.

Met tevredenheid kan geconstateerd worden dat de verschillende vaccinatiepercentages in Brunssum hoog zijn:

1. voor wat betreft het vaccinatiepercentage inzake de Meningokokken C-campagne in 2002 scoorde Brunssum, op één gemeente na, het hoogste percentage 94,70 % (ter vergelijking: de regio OZL scoorde 92,28 %);
2. de vaccinatiegraad van zuigelingen (2002) bedroeg in Brunssum respectievelijk 97,2 % Difterie, (Kinkhoest), Tetanus, Polio (DKTP), 96,9 % voor Hepatitis Bacterie (HIB), 96,9 % voor Bof Mazelen en Rode hond (BMR) waarmee Brunssum in alle gevallen uitstijgt boven de gemiddelden in OZL (respectievelijk 94,7, 95,1 en 95,1);
3. de vaccinatiegraad van kleuters en schoolkinderen (2002) bedroeg in Brunssum 97,6 % (kleuters DTP), 99,3 % (kleuters HIB), 98,1 % (schoolkinderen DTP) en 99,2 % BMR (schoolkinderen). Ook hier scoort Brunssum goed in vergelijking tot de gemiddelden in OZL (respectievelijk 93,4 %, 94,9 %, 94,3 % en 97,0 %).

Volgens de richtlijnen van WHO is een vaccinatiegraad van 90% voldoende om groepsimmuniteit te krijgen (de hele populatie wordt beschermd tegen infectieziekten). Hieruit mag geconcludeerd worden dat de scores v.w.b. de behaalde vaccinatiegraad in de gemeente Brunssum zeer goed zijn.

- *Seksueel Overdraagbare Aandoeningen.*

Voor wat betreft Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) wordt actief aan opsporing gewerkt en geprobeerd om toch zoveel mogelijk ook deze ziekten te bestrijden. Bij de GGD kunnen inwoners tegen geringe vergoeding terecht voor onderzoek, voorlichting en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen en voor een HIV-test (Humaan Immunodeficiëntie Virus). Indien gewenst kan men zich anoniem laten onderzoeken. Het aantal AIDS-gevallen (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) blijft vrijwel constant. De overige seksueel overdraagbare aandoeningen nemen echter in aantal toe. Door voorlichting en door middel van een lage drempel van het SOA-spreekuur wordt bevorderd dat prostituees zich regelmatig laten onderzoeken, voorlichten en eventueel behandelen voor geslachtsziekten.

- *Legionella.*

Naar aanleiding van stringente regels van de rijksoverheid in het kader van legionellapreventie heeft de gemeente Brunssum alle gemeentelijke panden gecontroleerd. De gemeente Brunssum was een van de eerste gemeenten in Nederland die aan de eisen van de wet voldeed. Tot dusver werd tweemaal per jaar een controle gehouden en dienden alle gecontroleerde panden legionellavrij te zijn.

Het betrof hier o.a. de volgende panden:

Bestuurscentrum, Oude Raadhuis, Gymzaal Terborchstraat, Microhal Brunssum Noord,,Sporthal Rumpen, Sportpark Houserveld BSV Limburgia, Sportpark Klingelsberg VV De Leeuw, Sportpark Carisborg SV Treebeek, Gemeentelijke Technische Dienst, Brunnahal, Sportpark in de Struiken SV Langeberg, Sportpark Peerdendries SV Brunssum, Tennispark Akerstraat LTCB, Brikke-Oave, Gymzaal Schildstraat, Gymzaal Planeetstraat, Muziekschool, Zwembad de Zeekoelen, Zwembad de Bronspot, Centrum voor Maatschappelijk Werk en Welzijnswerk, Speeltuin Buchkesberg, Speeltuin Treebeek, Scouting Marie Adelheid, Scouting St. Franciscus, Scouting St. Willibrordus, Scouting St. Vincentius/ Rumpen, Kampeercentrum, Kinderboerderij Schutterspark, Schuttershuuske, Speeltuin Schutterspark, de peuterspeelzalen Pinokkio en Hummelhoek alsmede de kinderdagverblijven.

Op basis van de aanvankelijke wetgeving (de Tijdelijke regeling legionellapreventies waterleidingen) is de eigenaar van een accommodatie met een "collectieve waterleidinginstallatie" verplicht een risicoanalyse uit te laten voeren, zonodig een beheersplan op te stellen en de nodige maatregelen te treffen om de kans op legionellabesmetting te minimaliseren.



Accommodaties waar geen douches aanwezig zijn worden vrijgesteld van de regeling. Van alle accommodaties die onder de regeling vallen en waarvan de gemeente eigenaar dient een risicoanalyse te worden uitgevoerd.

Naast forse eenmalige investeringen bracht uitvoering van de wettelijke regeling relatief hoge kosten voor beheersmaatregelen met zich mee (doorspoelen, bemonstering, energie e.d.).

De controle op de naleving van de legionellawetgeving geschiedt door de inspectie van het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieuhygiëne (VROM). De gemeente heeft geen controlerende functie voor wat betreft accommodaties die eigendom zijn van derden (b.v. campings).

In 2004 verschijnt een nieuwe wet waarbij zowel de preventie als ook de maatregelen slechts gelden voor zorginstellingen, gevangenissen, asielcentra, zwembaden alsmede bij grote evenementen.

Voor de gemeente Brunssum betekent dit dat vanaf dat moment alleen de zwembaden aan de wet dienen te voldoen en dat alle eerdere inspanningen nu niet meer nodig zijn. Voor de Zeekoelen en de Bronspot bedragen deze kosten structureel jaarlijks € 12.395

### **7.3 *Bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker en borstkanker.***

Binnen het kader van de preventie en vroegtijdige onderkenning wordt veel belang toegekend aan de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker. Om de deelname aan deze onderzoeken te bevorderen wordt zowel landelijk als regionaal aandacht geschonken aan het verstrekken van informatie aan betrokkenen.

Alle vrouwen van dertig tot en met zestig jaar worden om de vijf jaar opgeroepen voor een bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. In de regio Oostelijk Zuid-Limburg was de opkomst voor 2002 60,1 %. In de gemeente Brunssum was het opkomstpercentage 61,9 %. Het aantal verwijzingen in 2002 bedroeg 1,1 %.

Het bevolkingsonderzoek borstkanker vindt tweejaarlijks plaats onder vrouwen tussen de 50 en 75 jaar. In Brunssum nam in 2002 ongeveer 83,4 % van de opgeroepen vrouwen tussen 50 en 69 jaar deel aan het onderzoek. Voor de 70-75 jarigen was dit 75,9 %. In totaal was het opkomstpercentage 82,0 %. Voor de regio Oostelijk Zuid-Limburg was dit 80,5 %. In totaal werd 1,5 % van de gescreende vrouwen in 2002 doorverwezen voor nader onderzoek.

Het opkomstpercentage voor het bevolkingsonderzoek borstkanker is hoger dan voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. De oorzaak hiervan is vooral gelegen in het feit dat de kans op borstkanker groter is en dit ook zo door vrouwen wordt ervaren.

In juli 2004 heeft opnieuw een onderzoek plaatsgevonden vanuit een unit op het parkeerterrein naast het bestuurscentrum. De gegevens van dit onderzoek zijn nog niet bekend.

### **7.4 *Huisartsen en tandartsen.***

Brunssum telt per 1 januari 2004 twaalf huisartsen (waarvan één gevestigd is op het terrein van Afnorth). Het betreft in drie gevallen groepspraktijken. Daarnaast telt Brunssum elf tandartsen (twee groepspraktijken).

Hoewel er landelijk op diverse plaatsen reeds problemen bestaan om te voorzien in huisartsenzorg is er momenteel nog geen sprake van een serieus huisartsentekort in Brunssum.

De druk op de huisartsenzorg zal in de nabije toekomst verder toenemen. Een aantal redenen is:

- het aantal afgestudeerde huisartsen is landelijk gezien onvoldoende om de tekorten op te kunnen vullen.;
- steeds meer afgestudeerde huisartsen geven de voorkeur aan een parttime praktijk;
- er wordt een toenemende vraag naar huisartsenzorg geconstateerd (onder meer door de vergrijzing);
- de gemiddelde leeftijd van de zittende huisartsen en het natuurlijke verloop;
- huisartsen hebben in het algemeen een voorkeur om te werken in groepspraktijken. De solopraktijk begint steeds meer tot het verleden te behoren en is voor een startende huisarts niet meer aantrekkelijk.

Er worden landelijk initiatieven ontwikkeld om het huisartsentekort tegen te gaan (meer opleidingsplaatsen). Dit zal evenwel pas op de langere termijn effecten hebben op het huisartsenaanbod. Een soortgelijke ontwikkeling doet zich overigens ook voor bij tandartsen.

De feitelijke verantwoordelijkheid voor de huisartsenzorg ligt bij de zorgverzekeraar. Die moeten voldoende huisartsen contracteren. Zorgverzekeraars en huisartsenverenigingen zullen regionaal de handen ineen moeten slaan. Op landelijk niveau onderhandelen het rijk, de zorgverzekeraars en de huisartsen over de financiering. Discussiepunt is met name de vergoeding van praktijkkosten.

Hoewel de gemeente dus niet verantwoordelijk is voor de huis- en tandartsenzorg kan zij faciliterend optreden. Hierbij wordt gedacht aan het ontwikkelen van initiatieven om het voor een huisarts aantrekkelijk te maken om in Brunssum te wonen en te (blijven) werken. Hierbij kan gedacht worden aan ondersteuning van initiatieven om te komen tot een groepspraktijken dan wel door projecten voor wijk- of doelgroepgerichte preventie. Voorts kan gedacht worden aan planologische ondersteuning c.q. meewerken aan wijziging bestemmingsplannen.

#### **7.5     *Apotheken.***

In de gemeente Brunssum zijn 4 apotheken gevestigd. Momenteel doen zich voor wat betreft de apotheekvoorzieningen geen bijzondere ontwikkelingen voor.

#### **7.6     *Overige (para-)medische beroepen.***

Tot de overige (para-)medische beroepen worden gerekend: psychologen, psychiaters, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, mondhygiënisten, oogheilkundig assistentes, pedicures e.d. De omvangrijkste paramedische beroepsgroep wordt gevormd door de fysiotherapeuten.

Hoewel de genoemde beroepen een belangrijke plaats innemen binnen de gezondheidszorg bestaat er op dit moment geen aanleiding om hier als gemeente een (actieve) rol in te gaan spelen.

#### **7.7     *Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.***

De Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) is verantwoordelijk voor de voorbereiding van activiteiten bij grootschalige medische inzet bij rampen. Er zijn op Zuid-limburgse schaal afspraken gemaakt over de inzet onder rampomstandigheden van de gezondheidszorginstellingen in de regio enerzijds en de brandweer, politie en gemeenten anderzijds. Een en ander is afgestemd met de gemeentelijke rampenplannen.

#### **7.8     *Ziekenhuizen, verpleeghuizen en zorgcentra.***

In Brunssum en in de regio Parkstad Limburg bevinden zich diverse ziekenhuizen, verpleeghuizen, zorgcentra en verzorgingshuizen.

Het Atrium-ziekenhuis Brunssum valt onder de Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Zuid Limburg. Het marktaandeel van Atrium MC in de regio OZL is stabiel en bedraagt ruim 82 %. Van het totaal aantal opnamen binnen het Atrium komt gemiddeld 93 % uit het directe verzorgingsgebied.

Ondanks de groei van de zorgvraag is de laatste jaren een forse verschuiving zichtbaar van klinische zorg naar dagverpleging en poliklinieken. Deze verschuiving wordt mogelijk gemaakt door de voortschrijdende medische technologie en de innovatie van de zorg. Ook binnen de klinische zorg is al geruime tijd sprake van de gemiddelde pleegduur.

De gevolgen van de demografische ontwikkelingen (1 % bevolkingsgroei in de komende 10 tot 15 jaar) gerelateerd aan een afnemend aantal beschikbare bedden, zullen voor de gezondheidszorg aanzienlijk zijn. Daarnaast zal de groei van het aantal ouderen gepaard gaan met een groei van het aantal chronische patiënten. Dit betekent dat medisch specialistische hulp niet direct zal leiden tot blijvend herstel, maar vooral tot het verlengen van het leven c.q. het verbeteren van de kwaliteit van het leven. Daarnaast wordt een toename van kanker verwacht evenals gewrichtsslijtage, botfracturen en oogaandoeningen.

De toename van deze chronische problematiek heeft niet alleen gevolgen voor de omvang van de vraag naar medisch specialistische hulp (cure), maar ook voor het traject na de medisch specialistische behandeling.

Verpleeghuizen en zorgcentra hebben zowel een lokale als een regionale functie. Plaatsing van een inwoner is slechts mogelijk met een indicatie. De laatste jaren komt steeds meer aandacht voor de wachtlijstproblematiek in de zorg. Er wordt veel aandacht besteed aan het ontrafelen van de oorzaken en wat eraan gedaan kan worden. Inmiddels zijn er landelijk gelden beschikbaar gesteld voor het terugbrengen van de wachtlijsten. Een probleem bij die aanpak is dat uitbreiding van bedden capaciteit in de praktijk heel veel tijd kost. Het is daarom van belang in een vroegtijdig stadium de toekomstige zorgbehoefte in beeld te hebben en hier tijdig met initiatieven op in te spelen.

#### **7.9     *Vrijwilligersorganisaties.***

Vrijwilligers vormen een aanvulling op de reguliere zorg en de mantelzorg. De grote instellingen (ziekenhuis, verzorgingshuizen en verpleeghuis) hebben binnen hun eigen organisatie een actieve vrijwilligersgroep. Er zijn

daarnaast een niet onbelangrijk aantal vrijwilligers die zich vanuit andere kaders inzetten voor degenen die zorg nodig hebben. Deze vrijwilligersorganisaties als Unie van Vrijwilligers en plaatselijke afdelingen van de Zonnebloem worden ondersteund middels een jaarlijks gemeentelijk subsidie. Daarnaast ontvangen ook plaatselijke EHBO-verenigingen subsidie.

In dit kader wordt opgemerkt dat de gemeente Brunssum (afhankelijk van verdere besluitvorming in ieder geval tot en met 2006) jaarlijks subsidie verleend aan landelijke, regionale en lokale gehandicapten- / zorgorganisaties.

Voorbeelden hiervan zijn o.a.:

- Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie
- Bechterewpatiënten Zuid-Limburg
- Stg. Bottercuyl
- EHBO Brunssum
- Stichting Kinderen Voorrang
- Stichting Radar
- Samen Verder
- Stichting Slachtofferhulp Zuid-Limburg
- Unie van Vrijwilligers
- Zonnebloem Brunssum-Centrum
- Zonnebloem Brunssum-Noord
- Zonnebloem Treebeek

Voor genoemde organisaties worden gesubsidieerd vanuit de Subsidieverordening Welzijn dan wel via de producten Jeugd- en Jongerenwerk of Preventieve en curatieve gezondheidszorg.

#### **7.10 Regionaal Indicatie Orgaan Oostelijk Zuid-Limburg.**

Het jaar 2004 is het laatste jaar waarin de gemeentelijke overheid verantwoordelijk is voor het instandhouden van een Regionaal Indicatie Orgaan dat objectief en integraal kan beoordelen of iemand in aanmerking komt voor AWBZ-gefinancierde zorg (bijv. verpleeg- en verzorgingshuiszorg of thuiszorg).

Als gevolg van nieuwe wet -en regelgeving zal vanaf 2005 deze verantwoordelijkheid overgeheveld worden naar de centrale overheid. In dit kader wordt het zelfstandig bestuursorgaan Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) opgericht.

Het subsidiebedrag van de gemeente aan het RIOZL voor 2004 bedraagt € 234.877.

#### **7.11 Collectief Vraagafhankelijk Vervoer (Reisnet).**

Doel hiervan is het instandhouden van een vraagafhankelijk collectief vervoerssysteem voor de gemeente Brunssum om burgers die geen gebruik kunnen maken van het regulier openbaar vervoer toch mobiliteit te aan te bieden.

Het is aanvullend openbaar vervoer met als belangrijke kenmerken dat het toegankelijk en geschikt is voor gehandicapten, mensen van deur tot deur vervoerd en wordt uitgevoerd met kleine taxibusjes.

Dit systeem is een samenwerkingsverband tussen de Parkstad-gemeenten en is dientengevolge operationeel in de hele Parkstad-regio.

Het betreft hier een zogenaamd open systeem (het systeem is toegankelijk voor WVG-ers en voor OV-ers). Er is sprake van een tariefsdifferentiatie. De WVG-ers betalen een gereduceerd tarief ten opzichte van de openbaarvervoer-reizigers.

Reisnet Parkstad Limburg kende in 2003 en 2004 de invoering van tariefsdifferentiatie ten faveure van de WVG-ers en ten nadele van de openbaar vervoer-reiziger. Dit in het kader van kostenbeheersing en OV-volumebeperking. De zoneprijs is voor de WVG-er verlaagd en voor de OV-er verhoogd.

De gemeente Brunssum heeft met ingang van 2004 naast de standaard tarieven een extra 65-plus tarief ingevoerd ten faveure van alle burgers vanaf 65 jaar.

De provincie heeft plannen om per 2005 een gesloten Zuid Limburg-breed systeem van collectief vraagafhankelijk vervoer in te voeren. Deze plannen worden verder uitgewerkt, er is nu echter nog geen duidelijkheid of en wanneer dit daadwerkelijk zal plaatsvinden. De gevolgen van voornoemde plannen voor de gemeente Brunssum zijn nog niet duidelijk.

De bijdrage van de gemeente aan het CVV op jaarbasis bedraagt € 700.000 (budget WVG).

#### **7.12 Regiegroep Ouderenbeleid Brunssum.**

De regiegroep ouderenbeleid ontwikkelt, formuleert en bewaakt de voortgang van het totale ouderenbeleid in de gemeente Brunssum. In deze regiegroep nemen zitting, de gemeente, Wonen Weller, Wonen Zuid, Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Zuid Limburg, Stichting Gehandicaptenraad Brunssum, Seniorenraad Brunssum, Zorggroep Thuis Oostelijk Zuid Limburg, Stichting Christelijke Zorgorganisatie, Centrum Maatschappelijk Werk en Welzijnswerk, Stichting Zorgcentrum Huize Louise, Centrale van Ouderenbonden, Stichting Ouderenwelzijn Brunssum en Huisartsenorganisatie Brunssum

De regiegroep speelt na de raadsaccordering van het "Masterplan Wonen, Welzijn en Zorg" (op 23 maart 2004), een zeer belangrijke rol t.a.v. de uitvoering en de voortgang van het Masterplan.

De regiegroep is geen rechtspersoon maar een samenwerkingsverband van diverse organisaties (professioneel en vrijwillig). Zij worden niet financieel ondersteund.

### **7.13 Stichting Ouderenwelzijn Brunssum.**

Doel van deze stichting is het leveren van een substantiële bijdrage aan het in stand houden en/of verbeteren van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen in hun eigen omgeving. Dit gebeurt door middel van het aanbieden van een breed scala aan voorzieningen en activiteiten op de terreinen zorg, educatie, recreatie en dienstverlening.

De stichting bereikt een groot aantal ouderen in Brunssum en maakt gebruik van diverse locaties en woonprojecten om haar dienstenaanbod uit te voeren. De medewerking van meer dan 300 vrijwilligers ter verwezenlijking van haar doelstelling draagt er toe bij dat de stichting klantvriendelijk, vraaggericht en flexibel kan opereren. Het totale subsidiebedrag in 2004 bedroeg € 366.000.

Relevante producten zijn onder andere:

- maaltijdvoorziening (gezonde leefwijze), maaltijden aan huis leveren;
- tafeltje dekje (gezonde leefwijze), samen eten, sociale contacten;
- algemene hulpdienst (leefomgeving), hulp bij boodschappen etc.;
- meer bewegen voor ouderen (gezonde leefwijze), diverse activiteiten;
- recreatieve activiteiten (gezonde leefwijze en leefomgeving), diverse activiteiten;
- personen alarmering (gezonde leefwijze en leefomgeving);
- ouderenadviseur (leefomgeving);
- wijk-Bel-Bus (leefomgeving).

### **7.14 Centraal Loket voor Wonen, Welzijn en Zorg (WWZ-Kompas).**

Doel hiervan is het leveren van een centraal loket voor alle inwoners van Brunssum (en daaraan gelieerde hulpvragers) waar zij informatie, dienstverlening en advies kunnen krijgen op het brede gebied van Wonen, Welzijn en Zorg.

Het centraal loket is sedert eind 2002 operationeel. Binnenkort verschijnt een evaluatie. In algemene termen kan gezegd worden dat het WWZ-Kompas voldoet aan de vragen vanuit de lokale samenleving en de gemeente ook tevreden is over het functioneren.

Het WWZ-Kompas is een gemeentelijk initiatief in samenwerking met de organisaties die ook deel uitmaken van de Regiegroep Ouderenbeleid Brunssum.

### **7.15 Ouderenverenigingen.**

Doel van de ouderenverenigingen is belangenbehartiging voor ouderen. Er zijn 16 ouderenverenigingen die op hun beurt weer deel uitmaken van de Centrale van Ouderenbonden.

De 16 ouderenverenigingen in Brunssum werken allen met vrijwilligers die de belangen van de leden (en ook van de niet-leden voor zover dit algemene zaken betreft) in hun wijk of buurt behartigen.

De afzonderlijke bonden/verenigingen krijgen van de gemeente subsidie tot een totaal subsidiebedrag van € 11.600.

Relevante producten zijn:

- ziekenbezoek (leefomgeving);
- ondersteuning (leefomgeving);
- recreatieve activiteiten (leefomgeving).

### **7.16 Seniorenraad.**

De Seniorenraad is een onafhankelijk adviesorgaan voor de gemeente Brunssum. Deze raad geeft, gevraagd en ongevraagd, advies ten aanzien van het brede (beleids-) gebied betreffende de senioren (ouderen of 55-plussers). De Seniorenraad levert een bijdrage aan de gemeentelijke visie en beleidsontwikkeling en -uitvoering en ontvangt een jaarlijks subsidiebedrag van ongeveer € 23.000.

### **7.17 Gehandicaptenraad.**

De Gehandicaptenraad is een adviesorgaan van de gemeente Brunssum. Deze raad geeft, gevraagd en ongevraagd, advies op het brede (beleids-) terrein van de gehandicapten.

Naast haar formele, adviserende, taken houdt de Gehandicaptenraad zich ook bezig met het verbeteren van de woon- en leefomgeving van de gehandicapte in Brunssum.

Men ontvangt jaarlijks een subsidiebedrag van € 5200 per jaar.

Relevante producten zijn:

- verbeteren Toegankelijkheid (leefomgeving);
- verbeteren Mobiliteit (gezonde leefwijze en leefomgeving).

### **7.18 Gehandicaptenorganisaties.**

Doel van de gehandicaptenorganisaties is belangenbehartiging voor alle gehandicapten in Brunssum. De diverse gesubsidieerde organisaties houden zich al sinds jaren bezig met voornoemd doel. Enkele zijn echter veelal gericht op recreatieve en educatieve producten en minder op zorg en gezondheidsitems.

Het subsidiebedrag bedraagt € 4.900 en wordt verdeeld over de diverse actief zijnde organisaties.

Relevante producten (in deze):

- recreatieve activiteiten (leefomgeving);
- ondersteuning na en tijdens ziekte (gezonde leefwijze);
- ziekenbezoek (leefomgeving);
- cursussen (gezonde leefwijze en leefomgeving);
- lichamelijke activiteiten (gezonde leefwijze);
- hulpverlening, concreet en emotioneel ( leefomgeving en gezonde leefwijze);
- vervoersdiensten (leefomgeving).

### **7.19 Wet Voorzieningen Gehandicapten.**

In 2004 is de Wet Voorziening Gehandicapten (WVG) opnieuw geëvalueerd en is de daaruit voortvloeiende nieuwe verordening vastgesteld door de gemeenteraad. Aanleiding voor genoemde evaluatie zijn een aantal redenen die in de kadernota 2003 genoemd worden.

In 2004 wordt een Europese aanbesteding t.a.v rolstoelen en andere WVG-hulpmiddelen afgerond en gaat de gemeente Brunssum per 15 juli 2004 een contract aan met een nieuwe leverancier ter verhoging van het algehele kwaliteits- en dienstverleningsniveau en ter vermindering van de uitgaven.

### **7.20 Centrum voor Maatschappelijk Werk en Welzijnswerk.**

Het Centrum voor Maatschappelijk Werk en Welzijnswerk is op het terrein van gezondheidsbeleid onder meer actief door middel van participatie in en coördinatie van projecten als Rots en water (cursus weerbaarheid voor kinderen op basisscholen) en buurtjeugdnetwerk Oost.

Het buurtjeugdnetwerk Oost tracht middels vroegtijdige signalering problemen bij 0-12 jarigen (en de gezinnen) zo adequaat mogelijk op te pakken. In dit kader vindt eenmaal per 6 weken overleg plaats tussen consultatiebureau, peuterspeelzaal, basisschool, CMWW (coördinatie) en politie.

Het buurtjeugdnetwerk is eind 2003 van start gegaan vooruitlopend op de totstandkoming van de Brede Maatschappelijke Voorziening in Brunssum-Oost. Afhankelijk van de ervaringen is uitbreiding van het netwerk naar andere wijken in Brunssum alsmede uitbreiding met andere deelnemers (GGD) op enig moment mogelijk. Naar aanleiding van de evaluatie over de eerste helft van 2004 wordt voorsnog geconcludeerd dat een eventuele participatie van de GGD (nog) niet aan de orde is.

In een tweede evaluatie (medio 2005) zal een en ander opnieuw ter sprake worden gebracht. De kosten van deze mogelijk toekomstige uitbreiding komen ten laste van het budget preventieve en curatieve gezondheidszorg.

### **7.21 Huiselijk geweld.**

Huiselijk geweld is de meest voorkomende geweldsvorm in hedendaagse samenleving. Bij geen enkele geweldsvorm vallen zoveel slachtoffers. Jaarlijks sterven 70 vrouwen en 75 kinderen aan de gevolgen. Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer wordt gepleegd. Anders dan bij andere geweldsvormen maken slachtoffer en pleger deel uit van elkaars leefomgeving. Huiselijk geweld komt voor in alle maatschappelijke milieus en binnen alle culturen.

Binnen het integrale veiligheidsbeleid en het gezondheidsbeleid zijn het primair de gemeenten die de regierol op zich dienen te nemen. In onze regio houdt het Samenwerkingsverband Huiselijk Geweld Regio Parkstad Limburg zich bezig met de ontwikkeling van een aanpak huiselijk geweld.

Inmiddels zijn in 2004 een aantal regionale actiepunten uitgevoerd waaronder preventieprojecten, hulpaanbod aan plegers, pr-activiteiten en een grote publiekscampagne. Er is een adviespunt huiselijk geweld Zuid-Limburg waar (anoniem) advies wordt gegeven voor slachtoffers en daders. Dit adviespunt in Heerlen (045-5740815) is dag en nacht bereikbaar. In de Nota Integraal Veiligheidsbeleid wordt hier nader op ingegaan.

### **7.22 Integraal veiligheidsbeleid.**

Het thema veiligheid is een actueel item dat de burger in belangrijke mate bezig houdt en waarbij iedereen betrokken is. Integraal veiligheidsbeleid is het samenhangende beleid dat is gericht op het voorkomen en beperken van risico's en inbreuken op die veiligheid. Kortom een beleid gericht op de publieke veiligheid dat in principe het gehele gemeentelijke beleidsterrein omvat.

Ofschoon de gemeente Brunssum formeel beschikt over de Nota Integrale Openbare Orde en Veiligheid (1996) blijkt deze in de praktijk niet hanteerbaar.

Veiligheid is een zeer breed thema. Het is niet alleen het bestrijden van geweld op straat of het terugdringen van de bedreiging die uitgaat van rondhangende groepen mensen in de openbare ruimte (zoals wegen, plantsoenen, pleinen, bossen en parken) maar ook het naleven van brandvoorschriften in bijvoorbeeld scholen en café's of het goed onderhouden van straten, achterpaden en groenvoorzieningen zodat verloedering wordt tegengegaan en mensen zich prettig voelen in de openbare ruimte.

Onveiligheid dreigt overal waar waar toezicht ontbreekt en overheid en burgers het tolereren dat wetten en regels worden overtreden.

Om in dit brede terrein van veiligheidsaspecten structuur aan te brengen worden, met behulp van de VNG-methodiek, vijf veiligheidsvelden onderscheiden met een aantal veiligheidsthema's.

Het betreft hier de volgende veiligheidsvelden: veilige woon- en leefomgeving, bedrijvigheid en veiligheid, jeugd en veiligheid, fysieke veiligheid alsmede integriteit en veiligheid.

In 2003 is een analyse gemaakt van de huidige veiligheidssituatie in de gemeente Brunssum. De uitkomst van dit veiligheidsonderzoek leidt tot de conclusie dat de huidige veiligheidssituatie als "normaal" kan worden getypeerd. De cijfers omtrent subjectieve en objectieve veiligheid wijken niet wezenlijk af van die uit andere, vergelijkbare gemeenten. Met andere woorden: Brunssum heeft geen bijzondere veiligheidsproblemen in vergelijking met andere gemeenten van dezelfde grootte. Natuurlijk kunnen op alle veiligheidsvelden verbeteringen worden aangebracht.

Binnen de beleidsvelden "bedrijvigheid en veiligheid" en "fysieke veiligheid" is weliswaar van weinig opvallende problematiek sprake, maar hier valt wel duidelijk het algemene gemis aan concreet en consequent handavingsbeleid op. Om deze reden heeft de Raad het College van Burgemeester en Wethouders opdracht gegeven om een project "Integrale handhaving" op te starten.

Het doel van integraal veiligheidsbeleid is nu om systematisch en planmatig verbetering aan te brengen in de veiligheidssituatie van de gemeente Brunssum.

Omdat niet alle veiligheidsvelden tegelijk kunnen worden aangepakt heeft de raad twee prioritaire veiligheidsvelden gekozen, waar deze integrale aanpak op wordt toegepast. De eerste aandacht zal worden

gegeven aan de veiligheidsvelden 'veilige woon- en leefomgeving' en 'jeugd en veiligheid'. Veiligheidsvelden die het meest herkenbaar zijn voor de burger.

Voor de zomer 2004 worden door de projectleider gesprekken gevoerd met de betrokken partners in de veiligheidsketen, zoals politie, brandweer, woningcorporaties, CMWW en burgers. Na de zomer zal een veiligheidsprogramma worden uitgewerkt dat, na accordering door projectgroep en stuurgroep, in november 2004 aan de Raad zal worden aangeboden.

### 7.23 *Wet op de Jeugdzorg.*

Momenteel ligt de nieuwe Wet op de jeugdzorg ter behandeling bij de Eerste Kamer. De waarschijnlijke invoeringsdatum zal 1 juli 2004 of 1 januari 2005 worden. Vooruitlopend op deze invoeringsdatum kan wel al zoveel mogelijk volgens de uitgangspunten van de nieuwe wet worden gewerkt.

De bestaande Wet op de jeugdhulpverlening voldoet niet meer aan de huidige eisen welke gesteld moeten worden aan hulpverlening aan jongeren en hun ouders, reden waarom sinds 1994 gewerkt is aan de totstandkoming van de nieuwe Wet op de jeugdzorg.

De Wet op de jeugdzorg is gebaseerd op een meer cliëntgerichte, samenhangende jeugdzorg. Per provincie dient er één toegang tot alle voorzieningen voor jeugdzorg te komen: het Bureau Jeugdzorg. Binnen de provincie Limburg functioneert het Bureau Jeugdzorg reeds enige tijd als centrale voorziening.

De vijf beleidsdoelstellingen van de nieuwe wet zijn:

- de *vraag van de cliënt staat centraal*, waardoor de jeugdige eerder de zorg zal kunnen krijgen die aansluit bij zijn behoefte;
- de *jeugdige heeft een recht op zorg*, zorg die moet voldoen aan een aantal voorwaarden: zo dicht mogelijk bij huis, zo kort mogelijk, zo licht mogelijk als verantwoord is en zo snel mogelijk;
- *één centrale, herkenbare toegang* tot de jeugdzorg, in de vorm van een onafhankelijk, provinciaal bureau jeugdzorg;
- *integratie* van Advies- en meldpunt kindermishandeling, de gezinsvoogdij en de jeugdreclassering in het bureau jeugdzorg, om ook de bescherming van jongeren die niet zelf om hulp (kunnen) vragen beter te kunnen realiseren;
- *introductie van gezinscoaching*, welke ingezet gaat worden bij gezinnen die met meerdere hulpverleningsinstanties te maken hebben.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het lokale jeugdbeleid. Een adequaat en slagvaardig jeugdbeleid dat goed aansluit op de jeugdzorg kan helpen voorkomen dat problemen bij het opgroeien en opvoeden van jeugdigen ontstaan of onnodig verergeren.

De gemeentelijke taken zijn in het kader van de nieuwe Wet op de Jeugdzorg nader omschreven. De taken van opvoed-, opgroei- en gezinsondersteuning die behoren tot het gemeentelijk domein zijn als volgt omschreven:

- informatie verstrekken aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien;
- signaleren van problemen door instellingen als jeugdgezondheidszorg en onderwijs;
- toegang tot het (gemeentelijk) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van een "sociale kaart" voor ouders, kinderen, jeugdigen en verwijzers;
- pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening), zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren;
- coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (gezinscoaching).

Uitgaande van deze gemeentelijke functies dient er een sluitend lokaal hulpaanbod tot stand te komen. Voor de gemeente Brunssum kan worden gesteld, dat een geheel sluitend aanbod weliswaar nog niet gerealiseerd is, maar dat er de komende jaren op alle fronten wel hard aan wordt gewerkt: het in Oost opgestarte Buurtjeugdnetwerk, uitvoering van VVE-programma's, Maatschappelijk werk op het voortgezet onderwijs, opvang van uitvallende leerlingen in probleemsituaties, deelname van de jeugdgezondheidszorg in zorgteams basis- en voortgezet onderwijs, uitvoering van weerbaarheidsprojecten t.b.v. leerlingen van groepen 7 en 8 van de basisscholen op diverse locaties alsmede het registreren van leerplichtige leerlingen en de opvang en begeleiding van (voortijdig) schoolverlaters.

Samenvattend kan de conclusie getrokken worden dat, in overleg met het CMWW, nog uitvoering gegeven dient te worden aan de totstandkoming van gezinscoaching op lokaal niveau, in die situaties waarin hulpverlening door bureau jeugdzorg (nog) niet vereist is.

Ook het opmaken van een "sociale kaart", aan de hand waarvan ouders, jeugdigen en verwijzers kunnen beoordelen tot welke instantie zij zich kunnen wenden moet nog worden uitgewerkt. Op basis van de evaluatie

van het Buurt jeugd netwerk Oost kan worden bepaald, of deze werkwijze ook in andere Brunssumse wijken moet worden toegepast. Uit de ervaringen van dit netwerk kan tevens blijken aan welke vormen van opvoedingsondersteuning behoefte bestaat. Te denken valt o.a. aan het project HomeStart of door de Thuiszorg te verzorgen cursussen t.a.v. opvoedingsproblematiek voor wisselende doelgroepen. Over de wijze waarop het Bureau Jeugdzorg betrokken kan worden bij het lokale jeugdbeleid vindt regionaal overleg plaats met de Provincie in het zogeheten OOGO.

Het merendeel van de noodzakelijke maatregelen kan wellicht getroffen worden binnen de beschikbare financiële mogelijkheden.

#### **7.24 Wet Maatschappelijke Ondersteuning.**

Vermoedelijk met ingang van 1 januari 2006 worden de gemeenten regisseur van de keten van wonen, zorg en welzijn. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de daaruit voortvloeiende taken hebben grote consequenties voor de gemeenten. Allerlei bestaand beleid over wonen, welzijn, zorg en vervoer moet worden herzien.

Bovendien moet de gemeente in kaart brengen wat burgers nodig hebben aan voorzieningen om mee te kunnen doen aan de samenleving. De WMO komt er voor de zogenaamde kwetsbare burger (op basis van een inkomenstoets ?).

De gemeente krijgt verschillende taken en rollen. Eerst die van beleidsmaker en vervolgens van regisseur en controller. De gemeente krijgt overigens geen formele bevoegdheid om het handelen van relevante partners te beïnvloeden. De gemeente zal moeten aangeven hoe ze haar beleid afstemt met dat van woningcorporaties, zorgorganisaties, zorgverzekeraars en welzijnsorganisaties. Momenteel gebeurt dat in trajecten rondom wonen, welzijn en zorg. Vooral de component welzijn zal veel inkleuring moeten krijgen. De gemeenten worden integraal verantwoordelijk voor de toegang, de uitvoering en de financiering. Al deze taken zijn neergelegd in wettelijke regelingen zoals de Welzijnswet, AWBZ, WVG en Ziekenfondswet.

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning komt straks in de plaats van een aantal - waarvan ook enkele van bovenstaande - wetten. Het doel van de wet is het toerusten van mensen om maatschappelijk te participeren en daarvoor op lokaal niveau de voorwaarden te scheppen. In de contourennota zijn twee hoofdtaken benoemd:

- het voeren van een algemeen beleid, gericht op bevordering van de zelfredzaamheid van de burgers, hun maatschappelijke participatie en de leefbaarheid van hun woonomgeving. Onderdeel van dit beleid is het versterken van de zogenaamde "civil society" (letterlijk: burgerlijke samenleving). Het beleid moet tevens gericht zijn op het realiseren van algemene voorzieningen;
- individueel toe te kennen voorzieningen van te verlenen maatschappelijke zorg.

De gevolgen van de invoering van de WMO voor de gemeenten zijn onder meer:

- meer kennis nodig met betrekking tot producten (prijs en kwaliteit);
- van subsidiebeleid naar contractfinanciering;
- samenwerking met zorgkantoren noodzakelijk;
- couleur locale (letterlijk: plaatselijke inkleuring);
- monitoring van vraagontwikkeling;
- benchmarking;
- laagdrempelige toegang tot lokale voorzieningen;
- burgers betrokken bij beleidsontwikkeling en prioritering;
- vraaggericht aanbod van instellingen;
- kwaliteitsbewaking door de overheid.

De gemeenten worden zelf verantwoordelijk voor de indicatiestelling. De WMO verplicht gemeenten elke vier jaar een plan op te stellen met betrekking tot een samenhangend beleid, de uitvoering daarvan, de te verwachten concrete acties, de te bereiken resultaten, de financiering daarvan en de aandacht voor toegankelijkheid van de lokale samenleving voor mensen met beperkingen.

De financiering zal (volgens het voorstel) mogelijk plaatsvinden via de algemene uitkering uit het gemeentefonds.



## **HOOFDSTUK 8. ORGANISATORISCHE EN FINANCIËLE CONSEQUENTIES.**

*Op het gebied van gezondheidsbeleid gebeurt in Brunssum al heel veel. In de voorgaande hoofdstukken is hier al ruime aandacht aan besteed. In dit laatste hoofdstuk worden alle organisatorische en financiële consequenties alsmede een twintigtal actiepunten overzichtelijk weergegeven. Gelet op de huidige financiële situatie is gekozen voor een realistisch perspectief waardoor inzet van extra financiële middelen niet noodzakelijk blijkt. Afhankelijk van de uitkomsten van diverse lokale (gezondheids-) onderzoeken kan de eventuele aanpak van de daarin gesignaleerde problematiek vanaf 2005 echter wel extra geld kosten. Tot op heden zijn voor uitvoering daarvan vooralsnog geen extra financiële middelen gereserveerd.*

### **8.1 Organisatorische consequenties.**

Gezondheidsbeleid heeft betrekking op een groot aantal beleidsterreinen, waarvoor diverse functionarissen en portefeuillehouders verantwoordelijk zijn.

Om de samenhang en afstemming hiervan te waarborgen alsmede de voortgang in de uitvoering te bewaken, is coördinatie vereist.

Bestuurlijk gezien is de wethouder volksgezondheid (gezondheidszorg) binnen het College van Burgemeester en Wethouders de coördinator van het gezondheidsbeleid. Ambtelijk ligt die coördinerende taak bij de medewerker gezondheidsbeleid van de afdeling Welzijn en Onderwijs.

Met de totstandkoming van deze nota voor de periode 2005 t/m 2007 is een goede basis gelegd voor de toekomstige verdere ontwikkeling van het lokale gezondheidsbeleid.

Periodiek zal de Raad (en/of Commissie) geïnformeerd worden over de voortgang, de geplande activiteiten en de resultaten van de inspanningen met betrekking tot het gezondheidsbeleid.

In 2008 zal (voor de daaropvolgende jaren) een nieuwe (vervolg-) notitie Lokaal Gezondheidsbeleid verschijnen.

## 8.2 Actiepunten.

Vooruitlopend op onderstaande zijn, in het kader van het reeds ingezette gezondheidsbeleid per 1 januari 2004, een groot aantal acties ingevoerd. Mede op basis van de inhoud van voorgaande hoofdstukken kunnen de volgende nieuwe actiepunten geformuleerd worden (tussen haakjes coördinerende afdeling i.c. samenwerkende organisatie(s) plus datum van afhandeling).

1<sup>e</sup>. met ingang van 1 januari 2005 een inventarisatie opmaken van alle projecten die binnen het onderwijsveld in Brunssum worden uitgevoerd op het gebied van leerlingenzorg in combinatie met gezondheidszorg (o.a. Marietje Kessels-project, Rots en Water, ondersteuning CMWW, inzet Bureau Jeugdzorg) en op basis van deze inventarisatie te bezien op welke onderdelen aanvulling noodzakelijk is of waar sprake is van overlap waarna duidelijk dient te worden welke middelen herschikt kunnen of moeten worden en ten behoeve van welke projecten inzet zinvol wordt geacht door zowel onderwijs als gemeente (W&O / 1-7-2005);

2e. gelet op de eerste resultaten naar aanleiding van de evaluatie van de projectgroep buurtjeugdnetwerk Brunssum-Oost, het PKA-product buurtjeugdnetwerk (jaarlijkse kosten ongeveer € 2.100) voor de wijk Brunssum-Oost, vooralsnog niet af te nemen, doch afhankelijk van de resultaten en naar aanleiding van de volgende evaluatie (medio 2005), dit standpunt op dat moment te heroverwegen (W&O i.s.m. CMWW / 1-7-2005);

3<sup>e</sup>. met ingang van 1 september 2004 jaarlijks (tot 2009) bijeenkomsten in het kader van sportdeelname, Fair Play en sportinstuif te organiseren voor basisscholieren (3 scholen per jaar zonder financiële bijdrage) (SRA i.s.m. Sportpunt Parkstad / 1-1-2009);

4<sup>e</sup>. gelet op het gezondheidsbelang in het algemeen en dat van de Brunssumse jongeren in het bijzonder wordt, conform de resultaten en aanbevelingen van meerdere (gezondheids-) onderzoeken, in ieder geval voor de periode van 2004 tot en met 2007 gekozen voor afname van het PKA-product SOA-zorg (Sexueel Overdraagbare Aandoeningen) voor jongeren van 15-25 jaar (W&O i.s.m. GGD / 1-1-2008);

5<sup>e</sup>. gelet op het belang van de Brunssumse jongeren worden, mede conform de wensen van hulpverleningsinstanties, scholen en lokale politiek, in ieder geval voor de periode van 2004 tot en met 2007, de navolgende niet-verplichte PKA-deelproducten afgenomen:

risicoleerlingbespreking: zorgteam basisonderwijs;

risicoleerlingbespreking: zorgteam voortgezet onderwijs, alsmede;

risicoleerlingbespreking: Permanente Commissie Leerlingenzorg (W&O i.s.m. GGD / 1-1-2008);

6<sup>e</sup>. gelet op eerdere ervaringen alsmede het belang van de Brunssumse jongeren wordt het PKA-product Vergroten weerbaarheid kinderen (Marietje Kessels) voor de periode van 2004 tot en met 2007 afgenomen ten gunste van de gefuseerde basisschool Meander in de wijk Brunssum-Oost. Afhankelijk van de resultaten zal uitbreiding naar andere wijken en basisscholen jaarlijks overwogen worden (W&O i.s.m. GGD / continu);

7<sup>e</sup>. het doelmatig en doelgericht vormgeven van de Jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen in de nota Integraal Jeugdbeleid en daarin tevens aandacht te schenken aan het professionaliseringstraject Peuterspeelzaalwerk en Jeugd- en Jongerenwerk, het creëren van jeugdfaciliteiten in de Brede Maatschappelijke Voorzieningen, aspecten als jongerenparticipatie, kinderopvang, afstemming onderwijs en jeugdzorg, risicoleerlingbespreking, onderwijskansenplan, Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid, jeugd en veiligheid alsmede bestrijding jeugdwerkloosheid (W&O / continu);

8<sup>e</sup>. met ingang van 1 januari 2005, afhankelijk van de uitkomsten van een aantal lopende (gezondheids-) onderzoeken en in overleg met andere vakinhoudelijke afdelingen, alle voor- en nadelen in kaart te brengen die mogelijk kunnen leiden tot een toekomstige afname van het PKA-product Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering (kosten in 2005 € 78.496) voor de wijk Brunssum-Oost (W&O i.s.m. GGD / continu);

9°. met ingang van 1 januari 2005 de conclusies en aanbevelingen, naar aanleiding van de periodiek door de GGD uit te voeren onderzoeken in het kader van Technische Hygiënezorg Kinderdagverblijven en Peuterspeelzalen, voor verdere afhandeling te doen toekomen aan die instanties (Stichting Kinderopvang Humanitas respectievelijk CMWW) die vanaf dat moment hiervoor formeel verantwoordelijk zijn, en hen jaarlijks aan de gemeente (afd. W&O) te laten rapporteren tot welke acties de conclusies en aanbevelingen geleid hebben (Humanitas en CMWW / continue);

10°. met ingang van 1 januari 2005 zal er jaarlijks (tot 2009), tegen een geringe vergoeding, een fitheidstest voor ouderen georganiseerd worden waarbij, op verzoek, een individueel sportadvies wordt verstrekt (W&O i.s.m. Sportpunt Parkstad / 1-1-2009);

11°. met ingang van 1 januari 2005 in de Nota Integraal Veiligheidsbeleid aandacht te besteden aan veiligheidsaspecten die een relatie hebben met gezondheidsbeleid in het kader van veilige woon- en leefomgeving, bedrijvigheid en veiligheid, jeugd en veiligheid, fysieke veiligheid alsmede integriteit en veiligheid (ABZ / 1-1-2006);

12°. met ingang van 1 januari 2005 in het kader van het Integraal Veiligheidsbeleid, mede naar aanleiding van in 2005 te verschijnen nieuwe richtlijnen van het Ministerie van VWS, een nader onderzoek in te stellen naar de mogelijkheden van (gezondheids-) inspecties bij lokale tatoeages- en/of piercinginrichtingen, en de uitkomsten van dat onderzoek te implementeren in lokale regelgeving (APV) en/of vergunningseisen (ABZ / 1-1-2006);

13°. mede gelet op de besluitvorming (in maart 2004) van het bestuur van Regio Parkstad Limburg met betrekking tot het thema huiselijk geweld valt dit thema onder verantwoordelijkheid van de afdeling Algemeen Bestuurlijke Zaken (i.c. de medewerker Openbare Orde en Veiligheid). Het thema huiselijk geweld zal zo spoedig mogelijk geïntegreerd worden in het toekomstig integraal veiligheidsbeleid (ABZ / 1-1-2005);

14°. gelet op de uitkomsten en aanbevelingen van het uitgebreide jongerenonderzoek van de GGD-OZL zullen deze, op het terrein van veiligheid, na verdere analyse, geïntegreerd worden in het integraal veiligheidsbeleid. In het veiligheidsprogramma 2005 zal hier, in de vorm van mogelijke actieplannen op worden teruggekomen (ABZ / 1-1-2006);

15°. de toekomstige uitkomsten en aanbevelingen van het in 2004 gehouden vervolgonderzoek naar de aard en omvang van gokverslaving, alcohol- en drugsgebruik in het uitgaansleven van Brunssum zullen, na verschijning en na verdere analyse, geïntegreerd worden in het integraal veiligheidsbeleid. In het veiligheidsprogramma 2005 zal hier, in de vorm van eventuele actieplannen op worden teruggekomen (ABZ / 1-1-2006);

16°. met ingang van 1 januari 2005 het milieubeleidsprogramma en het milieu-uitvoeringsprogramma op raakvlakken met gezondheidszorg ter advisering voor te leggen aan de betrokken vakinhoudelijke afdeling en/of beleidsambtenaar (Milieu / continu);

17°. met ingang van 1 januari 2005 beleidsstukken op het terrein van ruimtelijke wetgeving die raakvlakken hebben met gezondheid zonodig ter advisering voor te leggen aan de betrokken vakinhoudelijke afdeling en/of beleidsambtenaar. Omgekeerd dienen ook gezondheidsvraagstukken, waarvoor een (deel-) oplossing ligt in ruimtelijke wetgeving/-beleid, zonodig met de vakinhoudelijke afdeling(en) te worden kortgesloten (W&O i.s.m. Milieu / continu);

18°. met ingang van 1 januari 2005, afhankelijk van de uitkomsten van een aantal lopende (gezondheids-) onderzoeken, gelet op het gestelde in de hoofdstukken 3, 4 en 5 van deze nota en de daarin opgenomen aanbevelingen, in overleg met de externe organisaties waaronder de GGD-OZL en de Zorggroep Thuis OZL, te bezien of de gemeente Brunssum toekomstig extra (preventieve) PKA-producten dient af te nemen dan wel andere activiteiten in het kader van het lokale gezondheidsbeleid dient te ontwikkelen. Het betreft hier met name uitkomsten van de onderzoeken "Sterfte in de regio" van de GGD, "Gezondheidsenquête volwassenen" van de GGD, "Gezondheidsenquête jeugd" van de GGD alsmede "Onderzoek drugs-, alcohol- en gokverslaving in het uitgaansleven van Brunssum" van Mondriaan Zorggroep in samenwerking met de afdeling W&O (W&O i.s.m. GGD en Zorggroep Thuis / continu);

19°. met ingang van 1 september 2004 de resultaten van het jongerenonderzoek Brunssum (van de GGD) op de agenda te plaatsen van het periodiek overleg tussen de afdeling W&O van de gemeente Brunssum met het onderwijsveld in Brunssum (onderwijsplatform) teneinde in 2005 een nader (preventief) actieplan te formuleren (W&O i.s.m. basis- en middelbaar onderwijs in Brunssum / 1-1-2006);

20°. het structurele halfjaarlijkse overleg tussen (afvaardigingen van) de Raad van Bestuur van de Stichting GOZL (Atrium), het College van B&W van Onderbanken en het College van B&W in Brunssum, gelet op enkele praktische bezwaren (waaronder planning) te beëindigen en dit overleg, toekomstig, alleen bij gebleken behoefte, en al dan niet in Commissieverband, te laten plaatsvinden;

21°. in de eerste helft van 2008 zal (voor de periode 2008 t/m 2011) een nieuwe (vervolg-) notitie Lokaal Gezondheidsbeleid verschijnen (W&O / 1-7-2008). De start hiervan vindt uiterlijk plaats op 1 januari 2008.

### **8.3 Financiële consequenties.**

Momenteel wordt op het gebied van gezondheidsbeleid in Brunssum al veel gedaan. Dat betekent echter niet dat we er al zijn.

Gelet op de huidige financiële situatie binnen de gemeente is gekozen voor een realistisch perspectief. Dat wil zeggen dat er sprake moet zijn van doelstellingen en plannen waarvoor in de toekomst slechts een beperkt beroep op aanvullende middelen hoeft te worden gedaan. Een andere werkwijze of een vernieuwende aanpak hoeft niet automatisch en altijd meer geld te kosten, integendeel. Gebleken is dat bestaand beleid dat niet het gewenste resultaat oplevert, beëindigd zal moeten worden ten gunste van vernieuwende activiteiten.

Dit neemt niet weg dat bepaalde voorstellen, gelet op de gesignaleerde problematiek, toekomstig extra geld zouden kunnen gaan kosten. Tot op heden zijn echter geen extra financiële middelen gereserveerd.

De kosten ten laste van de gemeente Brunssum voor de uitvoering van het in deze nota opgenomen gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn opgenomen in onderstaand overzicht.

Opgemerkt dient te worden dat de gemeente voor de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar (uniform deel) jaarlijks (van het Ministerie van VWS) een doeluitkering ontvangt (2004: € 272.417).

Voor de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen (maatwerkdeel) ontvangt de gemeente een bedrag via het gemeentefonds (2004: € 24.826).

Overigens heeft het Algemeen Bestuur van de GGD-OZL in juni 2004 besloten een totaalbedrag van € 627.735 terug te laten vloeien naar de respectievelijke gemeenten in de regio OZL.

Dit bedrag bestaat uit de, in het exploitatiesaldo opgenomen, incidentele bate (€ 242.400) plus het resterende saldo (€ 464.963). Verdeling vindt plaats naar ratovan het inwoneraantal van de gemeenten per 1 januari 2003. Het aandeel voor Brunssum is, conform Raadsbesluit d.d. 29 juni 2004, gebruikt ter eenmalige dekking van de begroting 2004.

De algemene reserve van de GGD bedraagt overigens €390.000 (6 % van de totale structurele reserve) en is tevens de optimale omvang van het weerstandsvermogen dat inmiddels (eind 2003) het gewenste niveau heeft bereikt.

#### **De gemeentelijke begroting voor 2005 gaat uit van de volgende uitgaven:**

714000/442507	Preventieve en curatieve gezondheidszorg (algemene gezondheidszorg)	€ 193.885
714000/442556	Preventieve en curatieve gezondheidszorg (jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar)	€ 191.694
714000/442558	Baarmoederhalskankeronderzoek	€ 2.723
650000/434362	Kinderdagverblijven (technische hygiënezorg KDV/PSZ)	€ 4.207
652500/442370	WVG-keuringen (op tariefbasis)	€ 44.276
610010/434306	Soza-keuringen BMW (op tariefbasis)	€ 41.250
724000/434391	Forensische Geneeskunde - Begrafeniskosten (op tariefbasis)	€ 5.395

***Totale kosten gezondheidszorg (kosten GGD) : € 483.480***

715000/442501	Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar (uniform deel)	€ 280.704
716000/442501	Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar (maatwerk deel)	€ 25.190
	<b><i>Totale kosten jeugdgezondheidszorg (kosten Zorggroep Thuis OZL) :</i></b>	<b>€ 305.894</b>