

# STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)



## STAAT VAN DE GEZONDHEIDSZORG 2005

DEELRAPPORT

**De gemeenten zijn veel meer betrokken bij de openbare gezondheidszorg, ze moeten nu meer zelf uitvoeren**

*Resultaten van het toezicht op de gemeentelijke betrokkenheid 2004*

Den Haag, november 2005



## Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid toezicht op de lokale beleidsvorming op het gebied van de openbare gezondheidszorg. In 1995 heeft de inspectie al onderzoek gedaan naar de bestuurlijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg. Aangezien het tien jaar geleden is en de situatie in de openbare gezondheidszorg sinds die tijd is gewijzigd, heeft de inspectie de bestuurlijke betrokkenheid opnieuw beoordeeld, grotendeels volgens de in 1995 gevolgde systematiek. Een steekproef van gemeenten en GGD'en heeft een schriftelijke vragenlijst ontvangen en veertig gemeenten zijn bezocht. In aanvulling op dit onderzoek heeft een onderzoeksbureau op verzoek van de inspectie gekeken naar de inhoud en kwaliteit van de nota's lokaal gezondheidsbeleid.

### **De bestuurlijke betrokkenheid van de gemeenten is verbeterd**

Meer gemeenten hebben overleg met de GGD, meer gemeenten hebben een afstemmingsoverleg over preventie, budgetten zijn toegenomen en ook de gemeenten en GGD'en oordelen positief over de ontwikkelingen en huidige situatie. De verplichting voor gemeenten om een nota lokaal gezondheidsbeleid te schrijven, heeft eraan bijgedragen dat gemeenten meer betrokken zijn en dat het onderwerp hoger op de politieke agenda staat.

### **Consistentie van het beleid is nog onvoldoende**

Gemeenten hebben vrijwel altijd een grote rol in het opstellen van de nota *Lokaal gezondheidsbeleid* maar de consistentie van het beleid is nog onvoldoende. Gemeenten ontbreekt het aan inzicht in de gezondheidssituatie van bepaalde risicogroepen, waardoor zij de prioriteiten niet juist kunnen bepalen en plannen wordt bemoeilijkt. Gemeenten moeten de kwaliteit van de nota en de beleidscyclus verbeteren en afspraken maken met de GGD over het aanleveren van voldoende informatie over de gezondheidstoestand van risicogroepen.

### **Gemeenten besteden nog te weinig aandacht aan facetbeleid**

De mogelijkheden die gemeenten hebben om de volksgezondheid te bevorderen door gevolgen van beslissingen op andere beleidsterreinen af te wegen, benutten zij onvoldoende. Instrumenten hiervoor gebruiken gemeenten onvoldoende en advies van de GGD voor facetbeleid lijken gemeenten onvoldoende gestructureerd in te winnen. Gemeenten moeten facetbeleid en integraal beleid meer bewust inzetten om de volksgezondheid te bevorderen evenals het gebruik van de juridische instrumenten.

### **De afstemming van het gemeentelijk op het landelijk beleid is onvoldoende zeker**

Het ministerie van VWS en de koepelorganisaties moeten de instrumenten aanleveren waarmee gemeenten de afstemming op landelijk beleid beter kunnen vormgeven.



## Inhoudsopgave

|                 |                                                                                                                                                                        |           |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>        | <b>Inleiding</b>                                                                                                                                                       | <b>7</b>  |
| 1.1             | Achtergrond                                                                                                                                                            | 7         |
| 1.2             | Risico's voor de volksgezondheid in relatie tot de rol van de gemeente                                                                                                 | 8         |
| 1.3             | Doel en methode van het onderzoek                                                                                                                                      | 8         |
| <b>2</b>        | <b>Conclusies en maatregelen</b>                                                                                                                                       | <b>10</b> |
| 2.1             | Traject Versterking openbare gezondheidszorg                                                                                                                           | 10        |
| 2.1.1           | <i>De gemeentelijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg en de GGD'en is verbeterd</i>                                                                        | 10        |
| 2.1.2           | <i>Gemeenten maken hun rol als regisseur en financier van de collectieve preventie onvoldoende waar doordat het beleid niet consistent is en de uitvoering onzeker</i> | 11        |
| 2.1.3           | <i>De integratie van de collectieve preventie in het gemeentelijke beleid schiet tekort</i>                                                                            | 13        |
| 2.1.4           | <i>Afstemming van het gemeentelijk op het landelijke beleid onvoldoende zeker</i>                                                                                      | 15        |
| 2.2             | Aanbevelingen inspectierapport <i>Gemeentelijke betrokkenheid</i> goed opgevolgd                                                                                       | 16        |
| 2.3             | Wet maatschappelijke ondersteuning                                                                                                                                     | 17        |
| 2.4             | Maatregelen                                                                                                                                                            | 17        |
| 2.4.1           | <i>Maatregelen ten aanzien van gemeenten</i>                                                                                                                           | 17        |
| 2.4.2           | <i>Maatregelen ten aanzien van ministerie van VWS en landelijke organisaties</i>                                                                                       | 18        |
| 2.4.3           | <i>Maatregelen ten aanzien van de Inspectie voor de Gezondheidszorg</i>                                                                                                | 19        |
| <b>3</b>        | <b>Bevindingen</b>                                                                                                                                                     | <b>20</b> |
| 3.1             | Respons en achtergrondkenmerken                                                                                                                                        | 20        |
| 3.2             | Ontwikkelingen in bestuurlijke betrokkenheid zijn positief                                                                                                             | 21        |
| 3.3             | Knelpunten zijn gelijk gebleven                                                                                                                                        | 26        |
| 3.4             | De gemeente als regisseur en financier, een moeilijke rol                                                                                                              | 27        |
| 3.4.1           | <i>Contacten met instellingen</i>                                                                                                                                      | 27        |
| 3.4.2           | <i>Adviescommissie en Raadscommissie voor de volksgezondheid</i>                                                                                                       | 28        |
| 3.5             | Nota lokaal gezondheidsbeleid is geschreven, maar het vervolg is onzeker                                                                                               | 32        |
| 3.6             | Facetbeleid krijgt onvoldoende aandacht                                                                                                                                | 39        |
| 3.7             | Uitvoering van wettelijke taken niet altijd gegarandeerd                                                                                                               | 41        |
| 3.8             | Uitvoering van de OGGZ onvoldoende gestructureerd                                                                                                                      | 44        |
| 3.9             | Jeugdgezondheidszorg                                                                                                                                                   | 48        |
| 3.10            | Ondersteuning van landelijke overheid voldoet niet                                                                                                                     | 50        |
| <b>Bijlagen</b> |                                                                                                                                                                        |           |
| 1               | Referenties                                                                                                                                                            | 53        |
| 2               | Lijst van afkortingen en definities                                                                                                                                    | 54        |
| 3               | Tabellen                                                                                                                                                               | 57        |



# 1 Inleiding

Op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de taak toezicht te houden op de lokale beleidsvorming op het gebied van de openbare gezondheidszorg. In 1995 heeft de inspectie al onderzoek gedaan naar de bestuurlijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg.

## 1.1 Achtergrond

Sinds 2003 is de gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid in werking<sup>[1]</sup>. Deze aangepaste wet beschrijft taken van de gemeenten nadrukkelijker dan de vorige versie van deze wet. Het rijk en de gemeenten hebben de verplichting gekregen hun beleidsvoornemens eens per 4 jaar vast te leggen in een nota gezondheidsbeleid. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg in zijn geheel, dus ook voor de 0-4 jarigen, ligt nu bij de gemeenten.

Aanleiding voor de wijziging is onder andere geweest het inspectierapport over de bestuurlijke betrokkenheid bij de collectieve preventie<sup>[3]</sup>. Uit dit onderzoek bleek dat de betrokkenheid van gemeenten bij de collectieve preventie zeer divers was, dat beleid veelal te reactief was en te weinig sturing gaf aan de activiteiten en diensten van de GGD. Het facetbeleid, waarbij gezondheidsbeleid wordt afgestemd met andere beleids-terreinen, was op lokaal niveau zwak ontwikkeld, evenals de afstemming tussen zorg-aanbieders.

Na het verschijnen van dit rapport zijn tal van initiatieven genomen om de openbare gezondheidszorg te verbeteren. Er is een visie op de openbare gezondheidszorg beschreven<sup>[4]</sup>, een nationaal contract openbare gezondheidszorg opgesteld<sup>[5]</sup>, de epidemiologische gegevensverzameling is gestructureerd in een landelijke monitor volksgezondheid en jeugdgezondheid<sup>[6]</sup> en kwartiermakers van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland hebben gemeenten ondersteund bij het opstellen van een nota gezondheidsbeleid. Daarnaast is de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) per 1-1-2003 gewijzigd; alle WCPV-taken vallen nu onder de Kwaliteitswet zorginstellingen, waardoor instellingen verplicht zijn een kwaliteits-systeem op te zetten om de kwaliteit van de zorg vast te leggen en te bewaken. Ook nu nog zijn er verschillende projecten gaande om de openbare gezondheidszorg of delen daarvan te versterken. Begin 2005 hebben de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, het ministerie van VWS en het Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) het Convenant lokaal beleid ondertekend met de doelstelling gemeenten te ondersteunen bij het uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid<sup>[7]</sup>. Gemeenten hebben een netwerk gevormd om best-practices te vertalen naar de praktijk en ervaringen uit te wisselen rondom een aantal thema's (Netwerk gezonde gemeenten)<sup>[8]</sup>.

Al vrij snel na de wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid bleek dat gemeenten moeite hadden met het opstellen van een nota. Zij bleken vooral een gebrek te ervaren aan geld, ambtelijke capaciteit, directe bevoegdheden en politieke urgentie om gezondheidsbeleid op een goede manier vorm te geven en uit te voeren<sup>[9]</sup>. Ook de nota van het rijk verscheen later dan verwacht door de val van het kabinet Balkenende I<sup>[10]</sup>.

Vanuit het rijk komen signalen om de schaal waarop de openbare gezondheidszorg werkt, aan te passen aan de behoefte. Wat lokaal kan moet lokaal gedaan worden.

Landelijke problemen moeten zowel lokaal als landelijk worden aangepakt om de belangrijkste gezondheidsproblemen van dit moment effectief aan te pakken<sup>[11,12]</sup>. Een andere ontwikkeling met mogelijke gevolgen voor de WCPV-taken openbare geestelijke gezondheidszorg en delen van de jeugdgezondheidszorg is de Wet maatschappelijke ondersteuning<sup>[13]</sup>. Daardoor krijgt de gemeente meer verantwoordelijkheden om partijen aan te sturen.

## 1.2 Risico's voor de volksgezondheid in relatie tot de rol van de gemeente

Met preventie is nog veel gezondheidswinst<sup>[a]</sup> te behalen<sup>[14]</sup>. De Memorie van toelichting bij de Wet collectieve preventie volksgezondheid geeft aan dat het bereiken van een betere gezondheid door het aanbieden van preventie het best werkt langs korte lijnen, dicht bij de burger, en dat daarom de zorg voor de gezondheid van kwetsbare groepen lokaal moet worden georganiseerd<sup>[15]</sup>.

De gemeenten zijn ervoor verantwoordelijk dat taken worden uitgevoerd en dragen zorg voor continuïteit, samenhang en afstemming binnen de collectieve preventie en met de curatieve gezondheidszorg. Ook stemt de gemeente het gezondheidsbeleid af met gemeentelijk beleid op andere terreinen met behulp van facetbeleid en integraal beleid<sup>[b]</sup>.

Gemeenten moeten niet alleen de landelijk vastgestelde basistaken uitvoeren, maar zich ook richten op specifieke lokale gezondheidsproblemen met lokaal maatwerk. Het rijk geeft met de preventienota de richting aan en stelt prioriteiten<sup>[10]</sup>. Nota's van gemeenten sluiten hierbij aan. Gemeenten en rijk hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid en moeten eigen en complementaire taken vervullen.

Wanneer de gemeente geen goede invulling geeft aan deze verantwoordelijkheden worden de gezondheidsproblemen niet effectief aangepakt en behaalt de overheid niet de gezondheidswinst die door preventie kan worden bereikt.

Er ontstaan ook verschillen in de uitvoering van taken, wat gewenst is omdat het beleid afgestemd moet worden op de lokale situatie. Daarnaast zijn er taken die in elke gemeente aangeboden moeten worden om effectief landelijke en regionale gezondheidsrisico's en -bedreigingen te bestrijden.

## 1.3 Doel en methode van het onderzoek

De inspectie heeft het thematisch toezicht bestuurlijke betrokkenheid uitgevoerd ten behoeve van de rapportage *Staat van de Gezondheidszorg* over de openbare gezondheidszorg.

Het hoofddoel van het onderzoek naar bestuurlijke betrokkenheid is een oordeel te geven over de gemeentelijke aansturing van de openbare gezondheidszorg. Dit doet de inspectie door een oordeel te geven over het effect van het traject Versterking Openbare Gezondheidszorg (Lemstra) op de gemeentelijke betrokkenheid en over de mate waarin een goede aansturing geborgd is. Naast dit onderzoek heeft de inspectie de nota's lokaal gezondheidsbeleid beoordeeld<sup>[2]</sup>.

---

[a] Verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven.

[b] Facetbeleid: dat onderdeel van het volksgezondheidsbeleid dat is gericht op andere sectoren dan de gezondheidszorg (IGZ, 1995). Integraal beleid: staat voor het tegelijkertijd en in onderlinge samenhang benaderen van alle relevante beleidsterreinen rond een bepaald probleem (M. Mascini, 2003).



Het onderzoek is inventariserend van aard en grotendeels opgezet volgens de methodiek uit 1995 om vergelijking van de bestuurlijke betrokkenheid mogelijk te maken<sup>[3]</sup>. De inspectie heeft een steekproef van honderd gemeenten gekozen, waarbij zij gelet heeft op verspreiding over inspectieregio's en gemeentegrootte. De helft van de gemeenten en alle GGD-regio's in de steekproef hebben deelgenomen aan het onderzoek naar betrokkenheid in 1995. De huidige gemeenten en GGD-regio's zijn niet helemaal te vergelijken met 1995 door herinrichting van gemeenten en fusies van GGD'en.

Per GGD-regio is de centrumgemeente aangeschreven en tenminste één perifere gemeente. Amsterdam en Rotterdam zijn toegevoegd aan de steekproef om informatie uit alle G4-gemeenten<sup>[c]</sup> te krijgen.

Schriftelijke vragenlijsten zijn samengesteld met oude vragen uit het onderzoek uit 1995 en nieuwe vragen gebaseerd op de gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid, met Memorie van toelichting, en documenten, zoals het convenant openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)<sup>[16,17]</sup>. De vragenlijsten zijn besproken in een projectgroep met vertegenwoordigers van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland. Ze zijn vervolgens getest in twee gemeenten en bij één GGD.

Ongeveer gelijktijdig met het thematisch toezicht is het onderzoek uitgevoerd naar de nota's lokaal gezondheidsbeleid. Voor dat onderzoek is dezelfde steekproef van gemeenten gebruikt en uit de (eerste) respondenten hiervan heeft de inspectie een steekproef van veertig gemeenten getrokken voor de bezoeken. Per inspectieregio zijn tien gemeenten geselecteerd.

Tijdens het bezoek aan de gemeenten is gebruikgemaakt van een vragenlijst met aanvullende en verdiepende vragen om het gesprek met de wethouder en eventueel een beleidsmedewerker volksgezondheid, enigszins te structureren. Elke bezochte gemeente ontving na het bezoek een beknopt gespreksverslag. Er is afgezien van een bezoek aan de GGD'en omdat deze reeds bezocht werden in het kader van het algemeen toezicht<sup>[2]</sup>.

---

[c] Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

## 2 Conclusies en maatregelen

De beleidsvorming ten aanzien van de openbare gezondheidszorg is aanmerkelijk verbeterd door de verplichting in de Wet collectieve preventie volksgezondheid dat gemeenten een nota gezondheidsbeleid moeten opstellen. De betrokkenheid van de gemeente is toegenomen sinds 1995 en de financiering van de openbare gezondheidszorg, hoewel een duidelijk knelpunt, is verbeterd. De nota's gezondheidsbeleid van de gemeenten leiden echter niet altijd tot een verbetering van de openbare gezondheidszorg. De gemeente pakt de lokale problemen niet voldoende aan, omdat de gemeenten voor het stellen van prioriteiten onvoldoende inzicht hebben in de lokale gezondheidssituatie. De kansen voor implementatie van de nota's is in de helft van de gemeenten te laag en het draagvlak voor de uitvoering ontbreekt.

De samenhang in het lokale gezondheidsbeleid die de gemeente zou moeten bewerkstelligen, komt ook maar beperkt tot stand. Facetbeleid wordt te weinig gebruikt en de nota's beschrijven niet alle WCPV-taken nauwkeurig genoeg waardoor er lacunes zijn in het preventieve zorgaanbod.

De landelijke gezondheidsprioriteiten, waar de gemeente een bijdrage moet leveren aan de uitvoering van activiteiten, worden onvoldoende coherent aangepakt.

### 2.1 Traject Versterking openbare gezondheidszorg

#### 2.1.1 De gemeentelijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg en de GGD'en is verbeterd

Op basis van de aspecten van bestuurlijke betrokkenheid, zoals nagegaan in 1995, concludeert de inspectie dat de gemeentelijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg en de GGD is toegenomen.

#### **Meer gemeenten hebben overleg met de GGD**

Meer gemeenten hebben op het niveau van portefeuillehouder en raadscommissie overleg gehad met de GGD (Portefeuillehouder; 87 versus 43 procent in 1995. Raadscommissie volksgezondheid; 29 versus 14 procent in 1995).

#### **Dankzij de nota staat preventie op de agenda, maar de GGD wordt niet besproken in de raad**

De inhoudelijke onderwerpen uit 1995 staan nog steeds in minder gemeenten op de agenda dan de financiële onderwerpen. Wel hebben vrijwel alle gemeenten de nota gezondheidsbeleid (86-98%, afhankelijk van het gemeentelijk gremium) en de meeste gemeenten de integratie van de jeugdgezondheidszorg (49-87%) besproken in het college, de raadscommissie en de raad. Opvallend is dat de raad het minst betrokken is bij de GGD. Binnen het duale stelsel heeft de raad een belangrijke controlerende rol en schept zij de kaders voor het college<sup>[18]</sup>.

#### **Ontwikkeling van budgetten positief, maar financiële situatie in 2004 knelt**

De ontwikkeling van de budgetten voor GGD-taken lijken gunstiger dan in 1995, hoewel de gemeenten in 2004 te maken hebben gekregen met financiële tegenvallers<sup>[19]</sup>. Dit heeft ook zijn weerslag heeft gehad op het gezondheidsbeleid.

### **Gemeenten zijn meer betrokken bij het opstellen van beleid**

De gemeenten zijn tegenwoordig in vrijwel alle gevallen betrokken als coördinator en penvoerder van de nota gezondheidsbeleid. Bij het stellen van prioriteiten voor het gezondheidsbeleid speelt de voorkeur van de gemeenteraad en het college nu in vrijwel alle gemeenten een rol. De wettelijke verplichting en landelijke ontwikkelingen wegen zwaarder mee bij de keuze van gemeenten.

### **Afstemming van preventie vindt in meer gemeenten plaats, maar gebeurt ad hoc**

Afhankelijk van het onderwerp waar het overleg zich op richt heeft driekwart tot 90 procent van de gemeenten een afstemmingsoverleg over preventie vergeleken met ongeveer eenderde van de gemeenten in 1995. Daarnaast nemen nu veel meer wethouders deel en is de gemeente in meer dan de helft van de gevallen de coördinator van het afstemmingsoverleg.

Wel vindt de afstemming volgens eenderde van de GGD'en nog ad hoc plaats en staat preventie meestal incidenteel op de agenda van het afstemmingsoverleg.

### **Aandacht voor facetbeleid is toegenomen**

Het aantal gemeenten dat rekening houdt met gevolgen voor de volksgezondheid van beslissingen op andere beleidsterreinen, is toegenomen. Ook het aantal gemeenten dat opgeeft expliciet advies te vragen aan de GGD bij facetbeleid is sterk toegenomen (91 versus 34 procent in 1995).

### **Gemeenten en GGD'en oordelen positief over de ontwikkelingen, de verplichting helpt**

De gemeenten vinden dat de bestuurlijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg is toegenomen door het proces om tot de nota gezondheidsbeleid te komen en omdat het verplicht is.

Het aantal gemeenten en GGD'en dat vindt dat de openbare gezondheidszorg in de afgelopen 5 jaar is verbeterd, is sterk toegenomen (gemeenten: 48 versus 37 procent in 1995; GGD'en: 69 versus 35 procent in 1995).

Dit beeld komt overeen met de resultaten van een enquête van Binnenlands Bestuur gehouden onder wethouders volksgezondheid<sup>[20]</sup>. Wethouders zijn meer tijd gaan besteden aan het onderwerp zorg en het staat nadrukkelijker op de politieke agenda. Wethouders geven echter ook aan dat de groei in het aanzien van de portefeuille niet altijd samengaat met een toename in formatie en budget.

#### **2.1.2 Gemeenten maken hun rol als regisseur en financier van de collectieve preventie onvoldoende waar doordat het beleid niet consistent is en de uitvoering onzeker**

#### **Meerderheid gemeenten heeft een nota gezondheidsbeleid waarmee ze sturing geven aan de openbare gezondheidszorg**

Nog steeds hebben niet alle gemeenten in Nederland een vastgestelde nota gezondheidsbeleid (peildatum mei 2005)<sup>[21]</sup>. De 72 gemeenten die geen vastgestelde nota hebben, voldoen niet aan de wettelijke eisen en ontberen een instrument om de openbare gezondheidszorg mee aan te sturen. Van de gemeenten die nog geen vastgestelde

nota hebben, heeft tenminste 11 procent te maken gehad met een gemeentelijke herindeling.

### **Gemeenten ervaren knelpunten bij het voeren van de regie**

De financiële situatie is volgens de helft van de wethouders een knelpunt bij het aansturen van de openbare gezondheidszorg. Ook ervaren zij dat ze veel taken hebben gekregen zonder voldoende instrumenten om deze uit te laten voeren. Daarnaast maken gemeenten nog te beperkt gebruik van de beschikbare juridische instrumenten om de openbare gezondheidszorg uit te voeren.

### **Planvorming leidt in de helft van de gemeenten niet tot consistent beleid**

- **Gemeenten sturen het beleidsproces aan, maar een kwart van de gemeenschappelijke nota's is niet lokaal ingevuld**

De gemeenten hebben in grote mate richting gegeven aan het beleid doordat zij in de meeste gevallen betrokken waren als coördinator (89%) en penvoerder (94%) van de nota. Veel gemeenten (60%) in één (GGD-)regio hebben een gemeenschappelijke nota opgesteld, waardoor samenhang met andere gemeenten wordt gewaarborgd. De specifieke lokale problemen krijgen mogelijk daardoor te weinig aandacht, omdat een kwart van de gemeenten deze nota niet heeft aangevuld met een lokaal plan van aanpak.

- **Beleidsconsistentie in de helft van de gemeenten onvoldoende; inzicht in risicogroepen is beperkt**

De helft van de onderzochte nota's is niet op consistente wijze opgesteld <sup>[2]</sup>. De gemeenten hadden onvoldoende inzicht in de gezondheidssituatie, baseerden de analyse van de gezondheidssituatie niet op de cijfers, of zetten acties in die gezien de aard van de problemen of de doelgroep onvoldoende logisch waren. Het inzicht in de lokale gezondheidsproblemen is met name onvoldoende voor specifieke risicogroepen zoals de jeugd van 0-4 jaar, mensen met lage sociaal economische status en OGGZ-doelgroepen. Vooral het inzicht in de gezondheidstoestand en omvang van de laatste doelgroep is zeer beperkt. Een onvoldoende inzicht in de omvang en problemen van de doelgroepen bemoeilijkt het gemeenten om de juiste prioriteiten te stellen en de zorg voor deze doelgroepen goed te plannen.

### **Implementatie onvoldoende zeker**

- **Draagvlak voor nota buiten de gemeente zelf is beperkt**

Het draagvlak voor het beleid binnen de gemeentelijke organisatie is goed. De gemeenten zijn vaak betrokken geweest als coördinator en penvoerder van het beleid en de nota is in de meeste gemeenten ook besproken in diverse gremia. Anderzijds is er minder aandacht geschonken aan het betrekken van andere beleidsterreinen, externe partijen en de burger zowel bij de planning als bij de uitvoering.

- **Planning van de implementatie is weinig concreet bij meer dan de helft van de gemeenten**

Meer dan de helft van de gemeenten heeft nauwelijks of matig aandacht geschonken aan het uitvoeren van de beleidsvoornemens <sup>[2]</sup>. Ongeveer een kwart

van de gemeenten heeft geen plan van aanpak en de financiering van activiteiten lijkt een probleem. Doordat gemeenten de uitvoering onvoldoende gestructureerd lijken te volgen, is het ook onzeker of gemeenten tijdig bijsturen om de doelstellingen van de nota te behalen.

### **Vervolg beleidscyclus en evaluatie is nog onvoldoende geborgd**

- **Minder dan de helft van de gemeenten heeft een planning voor de volgende nota gezondheidsbeleid**

Deels bereiden gemeenten zich hier wel op voor, omdat driekwart van de gemeenten met de GGD afspraken heeft gemaakt over het aanleveren van epidemiologische gegevens voorafgaand aan het opstellen van de volgende nota.

- **Nog te weinig gemeenten evalueren de nota**

Bijna de helft van de gemeenten heeft (nog) geen evaluatie van de nota gepland en slechts een kwart van de gemeenten heeft activiteiten uit de nota of het plan van aanpak geëvalueerd.<sup>[2]</sup>

Een heldere systematiek om de uitvoering en resultaten van activiteiten goed te volgen lijkt veelal te ontbreken. In 12 procent van de gemeenten monitort niemand de doelstellingen van het beleid of weet de gemeente niet of iemand de doelstellingen monitort.

### **Financiering van beleidsvoornemens is onvoldoende geborgd**

Van gemeenten die in 2004 gestart zijn met de uitvoering van de nota wordt vooral door gebrek aan capaciteit en geld 20 procent van de activiteiten nog niet uitgevoerd. Ook heeft maar de helft van de gemeenten budget vrijgemaakt voor het uitvoeren van de activiteiten op korte termijn, en een kwart van de gemeenten op de lange termijn. De moeilijke financiële situatie blijkt uit de ontwikkeling van de geldstromen van alle gemeenten samen. Er is sprake geweest van een sterke toename van de uitgaven aan zorg tussen 1999 en 2004, maar in 2004 kregen gemeenten te maken met enkele financiële tegenvallers<sup>[19]</sup>.

#### **2.1.3 De integratie van de collectieve preventie in het gemeentelijke beleid schiet tekort**

##### **Facetbeleid krijgt nog onvoldoende aandacht**

- **Andere beleidsterreinen te weinig betrokken**

Hoewel blijkt dat vrijwel alle gemeenten op enig beleidsterrein de gevolgen voor de volksgezondheid afwegen, zijn hierin grote verschillen gevonden per beleidsterrein en vindt de afweging merendeels incidenteel plaats. Opvallend is dat 21 procent van de gemeenten aangeeft nooit gevolgen af te wegen wat betreft beslissingen op het gebied van verkeer en vervoer, en ruimtelijke ordening. Op deze twee beleids-terreinen kan de gemeente zeker facetbeleid vormen met een gunstig effect op de volksgezondheid, zoals aanleg van veilige fietspaden en voldoende speelruimte in nieuwe wijken.

- **Professioneel advies te weinig gevraagd**

Bijna alle gemeenten vragen wel op één of meerdere beleidsterreinen advies aan de GGD, maar 9 procent van de gemeenten heeft aangegeven op geen enkel terrein

advies te vragen. In slechts 9 procent van de nota's is expliciet aangegeven dat de gemeente advies heeft gevraagd aan de GGD. Volgens opgave van de GGD'en is met geen enkele gemeente een afspraak gemaakt over deze afweging. Het lijkt daarom het zeer onwaarschijnlijk dat de beoordeling van beleidsvoornemens op een structurele wijze wordt ingevuld.

– **Beschikbare instrumenten onvoldoende benut**

De mogelijkheden om met inzet van eigen juridische instrumenten gezondheidswinst te behalen, gebruiken gemeenten nog onvoldoende. Zo maakt slechts 33 procent van de gemeenten gebruik van convenanten, 51 procent gebruikt de algemeen plaatselijke verordening en 59 procent gebruikt het bestemmingsplan om de volksgezondheid te bevorderen.

**Afstemming preventie, cure en care vindt nog niet overal plaats**

De afstemming tussen preventie, cure en care krijgt nog onvoldoende aandacht. Afhankelijk van het onderwerp vindt in een tiende tot een kwart van de gemeenten geen afstemmingsoverleg plaats over preventie.

Gemeenten hebben ook kansen laten liggen bij de afstemming van het beleid met de curatieve gezondheidszorg. In de meeste gemeenten zijn huisartsen en de thuiszorg betrokken bij het bepalen van de knelpunten, maar zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn in veel minder gemeenten betrokken. Ook gaat het vooral om het bepalen van de gezondheidsproblemen en minder om het bepalen van de oplossingen, de implementatie en de financiering. Met name de mogelijke rol van zorgverzekeraars bij het financieren van activiteiten rond volksziekten zoals diabetes, wordt nu niet benut.

**Gemeenten hebben rol in vangnet**

Bijna driekwart van de bezochte gemeenten heeft geen problemen met de toegang tot de huisartsenzorg. Gemeenten baseren zich voornamelijk op signalen van huisartsen of anderen en spelen met name een faciliterende rol op het gebied van huisvesting, zoals bij de vorming van een HOED ('huisartsen onder één dak') constructie. Ook geven gemeenten aan overleg te hebben met zorgverzekeraars en regionale huisartsenverenigingen om mogelijke tekorten in zorg te kunnen signaleren en oplossen.

**WCPV-taken niet altijd goed omschreven**

De inhoud van de nota's voldoet in minder dan de helft van de gevallen aan de omschrijving van de wettelijke taken <sup>[2]</sup>. Ook geven gemeenten aan niet voor alle taken een visiedocument te hebben. Dit geldt vooral voor medische milieukunde en technische hygiënezorg.

Gemeenten besteden onvoldoende aandacht aan de evaluatie van de uitvoering van WCPV-taken en ze weten onvoldoende wie deze voor hen uitvoert, gezien de opvallende verschillen in de opgave van de GGD en de gemeente voor sommige taken, met name medische milieukunde en technische hygiënezorg. Het ontbreekt gemeenten daardoor aan inzicht in het effect van de activiteiten die ze (laten) uitvoeren en het kan tot gevolg hebben dat taken niet worden uitgevoerd of dat overlap ontstaat.

## **Uitvoeren openbare geestelijke gezondheidszorg nog onvoldoende gestructureerd**

- **Veel gemeenten maken afspraken, maar te weinig via een convenant**  
Iets meer dan de helft van de gemeenten geeft aan dat er een convenant is afgesloten voor OGGZ-activiteiten. Wel heeft 82 procent van de gemeenten afspraken met (centrum)gemeenten gemaakt over de activiteiten. Het is onzeker of deze afspraken voldoende bindend zijn om de uitvoering van taken te garanderen.
- **Afstemming niet voldoende gestructureerd**  
Het overleg over de OGGZ-problematiek staat onvoldoende gestructureerd op de agenda van de gemeenteraad en het college en afstemming over preventie vindt merendeels incidenteel plaats. De onderlinge consultatie heeft 41 procent van de gemeenten niet goed georganiseerd.

## **Jeugdgezondheidszorg**

- **Integratie jeugdgezondheidszorg stagneert**  
In de meeste gemeenten is nog geen sprake van integratie van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Veelal wordt gekozen voor een samenwerkingsverband zonder organisatorische consequenties (54%). Bij een deel is de keuze nog niet gemaakt (29%).  
Gemeenten volgen de voortgang van de integratie JGZ onvoldoende en zijn onvoldoende in staat de JGZ aan te sturen. Een kwart van de gemeenten heeft geen gestructureerd overleg met de GGD en thuiszorg over de integratie en een kwart weet niet wanneer de integratie voltooid moet zijn. In één op de vijf gemeenten is geen plan van aanpak gekoppeld aan het beleidsplan voor de integratie of is dit onbekend bij de gemeente.
- **Maatwerk sluit nog niet voldoende aan bij de lokale situatie**  
Volgens 18 procent van de gemeenten zijn er maatwerkproducten nodig die nog niet worden geboden. GGD'en geven aan dat dit in 59 procent van de gemeenten het geval is, waardoor het aannemelijk lijkt dat het aanbod nog onvoldoende aansluit bij de lokale situatie of behoefte.  
Gemeenten moeten de verschillende onderdelen van het maatwerk altijd uitvoeren, maar zijn vrij in de invulling daarvan. Vier gemeenten hebben het maatwerk niet ingevuld en veertien hebben de gelden ervoor niet aan de jeugdgezondheidszorg besteed.

### **2.1.4 Afstemming van het gemeentelijk op het landelijke beleid onvoldoende zeker**

#### **Uitvoering van de landelijke prioriteiten op lokaal niveau is onvoldoende zeker**

Ongeveer driekwart van de gemeenten heeft drie of vier van de vijf landelijke prioriteiten opgenomen in de lokale nota's gezondheidsbeleid, maar de gemeenten zelf geven aan zich meer te richten op de lokale prioriteiten. Dit heeft volgens gemeenten onder andere te maken met het te laat verschijnen van de landelijke preventienota en het feit dat de landelijke prioriteiten niet goed aansluiten bij de lokale prioriteiten. Ook is onvoldoende zeker of de in de nota genoemde prioriteiten worden uitgewerkt in activiteiten en of deze vervolgens worden uitgevoerd.

Het beeld dat ontstaat uit de gesprekken en de verzamelde gegevens is er een van gemeenten die zich richten op de eigen lokale problemen, zonder voor alle doelgroepen

inzicht te hebben in de gezondheidssituatie, en hier prioriteit aan geven boven de landelijke gezondheidsproblemen. Daar staat tegenover dat de GGD'en aangeven dat de projecten die zij uitvoeren meestal of altijd aansluiten bij landelijke programma's (88%).

### **De ondersteuning en aansturing van het rijk wordt als te beperkt ervaren**

De ondersteuning van het rijk voldoet voor bijna de helft van de gemeenten maar in beperkte mate. Vooral de taakafbakening, instrumenten voor aansturing van de openbare gezondheidszorg en de coördinatie van onderzoek voldoen niet of beperkt volgens de gemeenten. De ondersteuning van kwartiermakers is in één op de vijf gemeenten gebruikt bij het opstellen van de nota, maar dit heeft niet geleid tot een consistentere nota. Weinig gemeenten hebben de landelijk beschikbaar gestelde instrumenten voor het facetbeleid gebruikt.

De aansturing van het rijk door de preventienota is beperkt. Gemeenten hebben aangegeven dat de nota te laat verscheen, te beperkt was qua reikwijdte, of dat zij geen oordeel hebben over de nota, in sommige gevallen omdat de inhoud of nota zelf hun onbekend is.

## **2.2 Aanbevelingen inspectierapport *Gemeentelijke betrokkenheid goed opgevolgd***

### **Plaats en inhoud duidelijker voor gemeenten**

De algemene opvatting over de plaats en de inhoud van de openbare gezondheidszorg is verbeterd, dankzij de beschrijving van de basistaken en de wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid, maar ook door de visie van het Platform openbare gezondheidszorg en doordat gemeenten en het rijk een nota hebben geschreven. Anderzijds blijft het voor gemeenten moeilijk de openbare gezondheidszorg aan te sturen en af te stemmen met het takenpakket van de GGD. Dit geldt bijvoorbeeld voor de integratie JGZ en de uitvoering van het maatwerk. Ook bij de vangnetfunctie voelt de gemeente zich nog niet altijd de probleemhouder.

### **Betrokkenheid is verbeterd**

De diversiteit in bestuurlijke betrokkenheid blijft aanwezig. Er zijn nog steeds verschillen in gemeenten wat betreft de mate van aandacht voor de volksgezondheid. Vele factoren spelen een rol zoals gemeentegrootte en beleids capaciteit. Ook enthousiasme en kennis van de openbare gezondheidszorg bij ambtenaren, wethouders en gemeenteraadsleden is van belang. Toch lijkt door alle wijzigingen de betrokkenheid verbeterd, vooral voor de kleinere gemeenten.

### **Gemeenten hebben eigen beleid, maar de kwaliteit is niet overal voldoende**

Dankzij de nota formuleren gemeenten nu gezondheidsbeleid en bij het opstellen hebben zij een belangrijke rol op zich genomen als coördinator en schrijver. Dit neemt nog niet weg dat gemeenten een onvoldoende inzicht hebben in wat zij willen bereiken en dat de kwaliteit van de beleids cyclus onvoldoende is.

Ook kunnen gemeenten nog veel verbetering bereiken door bewuster om te gaan met het facet volksgezondheid binnen andere beleidsterreinen. De mogelijkheden zijn aanwezig en zeker de grote steden hebben kansen om binnen de sociale pijler van het



grootstedenbeleid integraal beleid te vormen gericht op de bestrijding van overgewicht bij de jeugd<sup>[22]</sup>.

### **Ondanks toegenomen budgetten is financiering nog vaak een knelpunt**

Financiering blijft een belangrijk knelpunt voor de gemeenten en de GGD'en. De vraag is of gemeenten de GGD nog steeds vanuit een begrotingstechnische invalshoek bekijken. Zeker is dat gemeenten nu beter nadenken over de producten die zij willen afnemen van de GGD en wat zij daarmee bereiken. Probleem blijft wel de discussie tussen de gemeenten en de GGD over wat goed voor de burger is. De professionals willen altijd meer (*"er valt nooit iets af"*), terwijl gemeenten niet graag zien dat de kosten stijgen en 'meer willen voor minder'.

### **Aansturing door landelijke overheid nog niet optimaal**

Deels hangt dit samen met de geboden instrumenten die niet voldoen, zoals de preventienota waarin prioriteiten staan die kleine gemeenten niet herkennen en waarin grote gemeenten juist soms gezondheidsproblemen niet terugvinden. Gemeenten zeggen hierover twee dingen: "We willen meer geholpen worden richting te geven aan de openbare gezondheidszorg, maar we willen ook de vrijheid houden om autonoom te bepalen waar we ons geld aan uitgeven". Het één zou het ander niet moeten uitsluiten, omdat activiteiten in synergie uitgevoerd meer winst opleveren dan afzonderlijk uitgevoerde activiteiten van gemeenten en het rijk. Voorkomen moet worden dat elke afzonderlijke gemeente het wiel zelf gaat uitvinden en dat de bedreigingen die landelijk worden gesignaleerd niet voldoende worden erkend en aangepakt.

## **2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning**

Een nieuwe ontwikkeling, die de openbare gezondheidszorg beïnvloedt, is de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Het risico bestaat dat de ambtelijke capaciteit wordt opgeslokt door de invoering en uitvoering van de WMO en dat de politieke interesse voor preventie meer naar de achtergrond verdwijnt.

## **2.4 Maatregelen**

De inspectie heeft voor de verschillende betrokken partijen een aantal acties benoemd naar aanleiding van de bevindingen.

### **2.4.1 Maatregelen ten aanzien van gemeenten**

#### **Facetbeleid en integraal beleid moeten meer aandacht krijgen**

- Gemeenten moeten in het kader van de volksgezondheid meer aandacht besteden aan facetbeleid en integraal beleid in de beleidsvorming. Het gaat er vooral om bewust de gevolgen af te wegen en de volksgezondheid op voor de gemeenten eenvoudige en goedkope wijze te bevorderen. Hiervoor kunnen gemeenten de beschikbare juridische instrumenten gebruiken die zij nog onvoldoende inzetten, evenals de instrumenten voor facetbeleid<sup>[23,24]</sup>. Met de GGD kunnen duidelijke afspraken worden gemaakt over de adviesfunctie. Gemeenten kunnen hiermee direct starten, maar moeten in ieder geval bij de volgende nota hieraan aandacht besteden.

- Gemeenten moeten de ondersteuning ten aanzien van juridische instrumenten en facetbeleid, ontwikkeld door het NIGZ<sup>[25]</sup> en anderen, gebruiken bij de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid.

#### **Kwaliteit van het beleid en de beleidscyclus moeten beter**

- Voor de huidige beleidscyclus is het belangrijk dat gemeenten de uitvoering beter gaan volgen en de doelstellingen monitoren. In de ‘instrumentenkoffer’ van GGD Nederland en de VNG is een instrument aangeleverd dat gemeenten kunnen gebruiken om de uitvoering te volgen<sup>[26]</sup>. Met de GGD moeten duidelijke afspraken worden gemaakt over het monitoren van de doelstellingen.
- Voor lokale prioriteiten moeten lokale programma’s worden uitgevoerd door de gemeente en de GGD gebaseerd op voldoende lokale gegevens.
- Bij een volgende nota is het van belang dat gemeenten evalueren en de consistentie van het beleid verbeteren. Hiervoor is het noodzakelijk dat zij inzicht hebben in de gezondheidssituatie, ook van die van de risicogroepen. Hierover moet met de GGD afspraken worden gemaakt.

#### **Programma’s gericht op de landelijke prioriteiten moeten lokaal meer uitgevoerd worden**

- De afstemming met landelijke prioriteiten moet voldoende aandacht krijgen. In principe bepaalt het rijk deze prioriteiten en zou het ook instrumenten kunnen geven om programma’s uit te voeren. Hierin is dus ook een taak weggelegd voor de professionals en het rijk om de gemeenten die programma’s aan te dragen die aansluiten bij de landelijke prioriteiten en die geschikt zijn om in de lokale situatie toe te passen. Als dergelijke programma’s beschikbaar zijn moeten ze ook in alle gemeenten worden uitgevoerd.

#### **Uitvoering van taken beter aansturen**

- De uitvoering van de taken medische milieukunde en technische hygiënezorg moet door gemeenten beter aangestuurd worden. In de praktijk betekent dit dat de gemeenten met de GGD afspraken moeten maken over de uitvoering. Dit moet op korte termijn gebeuren.
- Gemeenten moeten de uitvoering van het maatwerkdeel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg (JGZ) meer baseren op de gezondheidsproblemen in de gemeente. Gemeenten moeten de taken van het maatwerkdeel altijd uitvoeren. De doeluitkering die hiervoor bestemd is kan ook alleen aan de JGZ besteed worden.

### **2.4.2 Maatregelen ten aanzien van ministerie van VWS en landelijke organisaties**

#### **Beter ondersteunen lokaal**

- De volgende preventienota moet tijdig gereed zijn zodat deze meer invloed heeft op de invulling en richting van het lokale beleid. De nota moet helder aangeven wat gemeenten moeten uitvoeren op basis van de landelijke prioriteiten. Hierbij moet aandacht worden geschonken aan het landelijk aanbod van ondersteunende instrumenten.
- Het NIGZ moet ‘best-practices’ aanbieden gericht op de uitvoering van de landelijke en lokale prioriteiten.

- De VNG wordt geadviseerd gezondheidsaspecten een rol te laten spelen bij het opstellen van modelverordeningen op terreinen anders dan gezondheidsbeleid.
- GGD Nederland moet zorgen voor het opstellen van richtlijnen voor de beleidsadvisering van GGD'en aan gemeenten.

### **Afwegen belang van centrale en decentrale uitvoering**

Waar gemeenten weinig beleidsvrijheid hebben, valt te overwegen de beleidsvorming meer expliciet centraal uit te voeren en de nadruk te leggen op de uitvoering door de gemeente. Dit kan de kwaliteit van de uitvoering ten goede komen. Dit geldt voor het uniforme deel van de jeugdgezondheidszorg, delen van de infectieziektebestrijding, delen van de gezondheidsbevordering gerelateerd aan overgewicht, diabetes en roken, en aan delen van de medische milieukunde.

### **Integratie jeugdgezondheidszorg (JGZ) bevorderen**

De integratie JGZ moet een nieuwe impuls krijgen. Het ministerie van VWS en koepelorganisaties stimuleren de organisatorische integratie van de JGZ.

### **Toezicht op openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) behouden**

Om de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) te waarborgen, ook binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO), is het van belang dat de inspectie toezicht kan blijven houden.

## **2.4.3 Maatregelen ten aanzien van de Inspectie voor de Gezondheidszorg**

### **Handhaving en toezicht nota**

- De inspectie stelt een handhavingplan op voor het toezicht op gemeenten die nog geen vastgestelde nota hebben. Dit plan voert de inspectie in 2005-2006 uit.
- De inspectie houdt toezicht op de uitvoering van de nota's, de kwaliteit hiervan en de voorbereiding op de volgende beleidscyclus. De inspectie doet dit in 2006-2007 wanneer de meeste gemeenten starten met een volgende beleidscyclus.

### **Toezicht op uitvoeren taken**

De inspectie integreert het gemeentelijk gezondheidsbeleid in het gelaagd en gefaseerd toezicht op de openbare gezondheidszorg met behulp van indicatoren. Een deel van de indicatoren heeft direct of indirect te maken met de rol van de gemeente.

## 3 Bevindingen

De bevindingen uit het onderzoek naar bestuurlijke betrokkenheid, die in het volgende hoofdstuk zijn weergegeven, betreffen met name de gegevens zoals opgegeven door de gemeenten. Waar relevant of wanneer vragen alleen aan de GGD zijn gesteld, worden deze gegevens ook besproken.

### 3.1 Respons en achtergrondkenmerken

#### Validiteit van het onderzoek

Door de vergelijking van de gegevens van 85 gemeenten, 17 GGD'en, 80 nota's en de gesprekken met 40 wethouders (triangulatie) heeft de inspectie een voldoende representatief beeld gekregen van het lokaal openbaar gezondheidsbeleid. Hierdoor kan ze uitspraken doen over de landelijke situatie. Voor enkele deelvragen zijn door het beperkte aantal respondenten niet alle conclusies zondermeer geldig voor alle Nederlandse gemeenten.

Een steekproef van honderd gemeenten is gekozen op basis van gemeentegrootte-klasse, deelname aan eerder inspectieonderzoek tien jaar geleden en op basis van geografische locatie. Honderd gemeenten zijn aangeschreven en de eerste tachtig die reageerden zijn in het onderzoek meegenomen. Door deze werkwijze is er mogelijk een geringe en positieve selectie ontstaan. De gemeenten die hebben gereageerd zijn mogelijk verder met het ontwikkelen van beleid. Daarnaast heeft een positieve selectie plaatsgevonden bij de te bezoeken gemeenten omdat de steekproef hiervoor is getrokken uit de gemeenten die al hadden deelgenomen aan het onderzoek naar de nota's lokaal gezondheidsbeleid <sup>[2]</sup>. Dit heeft invloed op de resultaten, maar de verwachting is dat dit gemiddeld een te positief beeld van de situatie geeft.

#### Respons

De respons op de schriftelijke vragenlijst bedraagt 85 procent voor de gemeenten en 100 procent voor de GGD'en. De perifere gemeenten hebben iets minder vaak gereageerd dan de centrumgemeenten, maar dit heeft te maken met het feit dat de centrumgemeenten allemaal zijn bezocht.

De verdeling van gemeentegrootte is ten opzichte van 1995 gewijzigd. Dit hangt samen met de vele fusies tussen gemeenten die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden, zoals ook blijkt uit de veranderde landelijke verdeling. De grotere gemeenten zijn iets oververtegenwoordigd, maar dit was ook in 1995 het geval. Kijkend naar de mate van verstedelijking is dit vergelijkbaar met het landelijke beeld (bijlage 3; tabellen 1 t/m 3).

Van de respondenten zijn 36 gemeenten ook in 1995 betrokken geweest bij het onderzoek naar bestuurlijke betrokkenheid (42%).

Een klein aantal gemeenten heeft niet meegedaan aan zowel het onderzoek naar de nota, als aan het onderzoek naar de bestuurlijke betrokkenheid (n = 7). Het zijn allemaal kleine gemeenten (minder dan 50.000 inwoners)<sup>[d]</sup> die niet of weinig stedelijk<sup>[e]</sup> zijn.

---

[d] Kleine gemeente; < 50.000 inwoners, middelgrote gemeente; 50.000-100.000 inwoners, grote gemeente; > 100.000 inwoners.

[e] Indeling volgens CBS.

## Achtergrondkenmerken

De GGD is in de meeste gevallen onderdeel van een gemeenschappelijke regeling; een enkelvoudige met alleen GGD functies (34%) of een meervoudige met geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (33%). Gemiddeld nemen 18 gemeenten deel aan de gemeenschappelijke regeling.

De G4-gemeenten hebben allen een eigen gemeentelijke dienst. In Rotterdam is daarnaast sprake van een enkelvoudige gemeenschappelijke regeling voor GGD-functies.

De wethouder volksgezondheid is meestal degene die de gemeente vertegenwoordigt in het algemeen bestuur van de gemeenschappelijke regeling. In het dagelijks bestuur wordt minder dan eenderde van de gemeenten vertegenwoordigd door de wethouder (zie tabel 1). Minder perifere gemeenten hebben een vertegenwoordiger in het dagelijks bestuur (53%) vergeleken met centrumgemeenten (100%) en minder vaak is dit de wethouder.

Tabel 1

### Vertegenwoordiging in het algemeen en dagelijks bestuur van de gemeenschappelijke regeling

| <i>Vertegenwoordiger</i>  | <i>Algemeen bestuur</i> |                 | <i>Dagelijks bestuur</i> |                 |
|---------------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
|                           | <i>%</i>                |                 | <i>%</i>                 |                 |
|                           | <i>2004</i>             | <i>1995</i>     | <i>2004</i>              | <i>1995</i>     |
|                           | <i>(n = 82)*</i>        | <i>(n = 76)</i> | <i>(n = 82)*</i>         | <i>(n = 76)</i> |
| Wethouder volksgezondheid | 76                      | 68              | 31                       | 44              |
| Ander lid college B&W     | 17                      | 31              | 23                       | 26              |
| Lid gemeenteraad          | 17                      | 45              | 0                        | 5               |
| Gemeente-ambtenaar        | 0                       | 1               | 0                        | 1               |
| Andere                    | 4                       | -               | 10                       | -               |
| Geen                      | -                       | -               | 42                       | 22              |

\* Drie gemeenten hebben geen gemeenschappelijke regeling; - = niet gevraagd

## 3.2 Ontwikkelingen in bestuurlijke betrokkenheid zijn positief

In het vorige onderzoek naar bestuurlijke betrokkenheid heeft de inspectie conclusies ten aanzien van de betrokkenheid gebaseerd op de volgende aspecten:

- Contacten met de GGD op verschillende bestuurlijke niveaus.
- Budget voor WCPV-taken.
- Onderbouwing van keuzes voor beleidsdoelstellingen.
- Afstemming van preventieprogramma's met cure en care.
- Het facetbeleid.

Daar waar een directe vergelijking mogelijk is worden cijfers van zowel 1995 als 2004 weergegeven.

## Contacten met de GGD

In bijna alle gemeenten vindt gestructureerd overleg (gepland met agenda en/of notulen) plaats tussen de GGD en de wethouder volksgezondheid. In minder dan eenderde van de gemeenten heeft overleg plaats tussen de GGD en de raadscommissie volksgezondheid en in slechts 5 procent van de gemeenten is er overleg tussen de GGD en de gemeenteraad. De wethouders van centrumgemeenten hebben vaker overleg met de GGD dan de wethouders van perifere gemeenten (*t-toets, p < 0,001*). Het aantal gemeenten dat op het niveau van de wethouder of raadscommissie overleg heeft met de GGD is toegenomen ten opzichte van 1995 en ook de frequentie van overleg tussen de wethouder en GGD lijkt toegenomen (tabel 2). Mogelijk hebben meer kleinere gemeenten nu ook een raadscommissie wat de lagere frequentie van overleg kan verklaren.

Tabel 2  
Overleg GGD en bestuur

| Bestuurscollege      | %    |      | Frequentie van overleg<br>(n/jr) (mediaan) |      |
|----------------------|------|------|--------------------------------------------|------|
|                      | 2004 | 1995 | 2004                                       | 1995 |
| College B&W          | 8    | 5    | 2                                          | 1    |
| Portefeuillehouder   | 87*  | 43   | 5                                          | 4    |
| Raadscommissie VGZ** | 29*  | 14   | 1                                          | 3    |
| Gemeenteraad         | 5    | 4    | 1                                          | 1    |

\* Significant verschil;  $X^2$ ,  $p < 0,05$ . \*\* VGZ = volksgezondheid.

Ten opzichte van 1995 staan de toen genoemde onderwerpen in een toegenomen aantal gemeenten op de agenda van het college. De inhoudelijke onderwerpen uit 1995 (projecten en calamiteiten) staan nog steeds in minder gemeenten op de agenda dan de financiële onderwerpen (tabel 3).

Tabel 3  
Agendering collectieve preventie (% gemeenten)

| Bestuur        | Begroting* |      | Jaarrapport** |      | Projecten |      | Calamiteiten |      |
|----------------|------------|------|---------------|------|-----------|------|--------------|------|
|                | 2004       | 1995 | 2004          | 1995 | 2004      | 1995 | 2004         | 1995 |
| College B&W    | 92         | 78   | 81            | 63   | 65        | 54   | 74           | 46   |
| Raadscommissie | 72         | 69   | 58            | 58   | 33        | 54   | 37           | 41   |
| Gemeenteraad   | 81         | 74   | 47            | 52   | 13        | 33   | 28           | 26   |

\* begroting in 2004: begrotingsbehandeling gezondheidsbeleid en/of begrotingsbehandeling GGD;

\*\* jaarrapport in 2004: jaarverslag en/of jaarrekening GGD

## Financiering

De ontwikkeling van de budgetten voor GGD-taken lijken gunstiger dan in 1995. In de meerderheid van de gemeenten is in de afgelopen drie jaar het budget voor GGD-taken

toegenomen (73%), terwijl in 1995 het budget in de helft van de gemeenten toenam over eenzelfde periode (tabel 4).

Tabel 4  
**Ontwikkeling van budget**

|                 | <i>WCPV-taken (%)</i>       |                             | <i>Preventieprojecten (%)</i> |                             |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
|                 | <i>2004 t.o.v.<br/>2002</i> | <i>1995 t.o.v.<br/>1993</i> | <i>2004 t.o.v.<br/>2002</i>   | <i>1995 t.o.v.<br/>1993</i> |
| Toename         | 73                          | 49                          | 19                            | 20                          |
| Afname          | 13                          | 10                          | 9                             | 6                           |
| Gelijk          | 0                           | 31                          | 8                             | 25                          |
| Onbekend/n.v.t. | 14                          | 10                          | 64*                           | 49                          |

\* enkele gemeenten geven aan geen projecten uit te voeren

In 1995 beoordeelde 66 procent van de gemeenten of de gedane investeringen efficiënt waren besteed. In 2004 is dit toegenomen tot 89 procent van de gemeenten.

### Beleidscyclus

Het aantal gemeenten dat informatie van verschillende instanties gebruikt bij de analyse van de gezondheidsproblemen is toegenomen. De toename in gebruik van informatie is het grootst voor informatie uit het onderwijs en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (tabel 5).

Tabel 5  
**Informatie gebruikt voor probleemanalyse**

| <i>Instelling waarvan informatie is gebruikt</i> | <i>% 2004<br/>(n = 82)</i> | <i>% 1995<br/>(n = 38)</i> |
|--------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| GGD                                              | 99                         | 87                         |
| Onderwijs                                        | 78                         | 26                         |
| CAD / verslavingszorg                            | 74                         | 42                         |
| Huisartsen                                       | 72                         | 37                         |
| GGZ (RIAGG)                                      | 71                         | 29                         |
| Politie                                          | 61                         | 34                         |
| Huisvesting                                      | 61                         | 24                         |
| Milieudienst                                     | 60                         | 32                         |
| RIVM*                                            | 59                         | 21                         |
| Verzorgingshuizen                                | 51                         | 21                         |
| Verpleeghuizen                                   | 49                         | 21                         |
| Ziekenhuizen                                     | 39                         | 16                         |
| Media                                            | 31                         | 29                         |
| Universiteiten                                   | 15                         | 18                         |

\* RIVM: in 2004 gespecificeerd tot Volksgezondheid toekomst verkenningen (VTV) en andere rapporten RIVM

Meer gemeenten geven aan bij het maken van beleidskeuzen verschillende aspecten te betrekken. Voor alle aspecten is het aantal gemeenten dat dit betreft bij de beleids-overweging toegenomen, maar dit geldt het sterkst voor de aspecten wettelijke verplichting, financiële haalbaarheid en landelijke ontwikkelingen (tabel 6).

Tabel 6

**Keuzeoverwegingen\***

| <i>Overweging</i>                            | <i>% 2004<br/>(n = 82)</i> | <i>% 1995<br/>(n = 38)</i> |
|----------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ambtelijke adviezen                          | 99                         | 61                         |
| Advies GGD                                   | 98                         | 69                         |
| Wettelijke verplichting                      | 96                         | 16                         |
| Betrokkenheid wethouder/Voorkeur college B&W | 94                         | 47                         |
| Financiële haalbaarheid                      | 92                         | 16                         |
| Landelijke ontwikkelingen                    | 90                         | 18                         |
| Voorkeur gemeenteraad                        | 88                         | 26                         |
| Advies van andere diensten                   | 81                         | 24                         |
| Prioriteiten preventienota                   | 78                         | -                          |
| Klachten / vragen bevolking                  | 72                         | -                          |
| Maatschappelijke lobby                       | 57                         | 40                         |
| Internationale ontwikkelingen                | 49                         | 3                          |
| Media / publiciteit                          | 28                         | 5                          |
| Andere                                       | 7                          | 34                         |

\* *mondelijke vraagstelling in 1995, schriftelijke in 2004; - = niet gevraagd*

**Afstemming preventie, cure en care**

De gemeenten hebben de wettelijke taak om de afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve zorg te bevorderen. In 2004 heeft de inspectie gekeken naar de afstemming op drie terreinen: jeugdbeleid, ouderenbeleid en OGGZ/bemoeizorg. In 1995 werd gevraagd naar een afstemmingsoverleg in het algemeen, niet specifiek voor een bepaalde doelgroep.

Afhankelijk van het onderwerp waar het overleg zich op richt heeft driekwart tot 90 procent van de gemeenten een afstemmingsoverleg over preventie. In 1995 had ongeveer eenderde van de gemeenten een overleg over het afstemmen van preventie. Opvallend is dat wethouders in meer dan de helft van de gemeenten deelnemen aan het afstemmingsoverleg (52 procent OGGZ/bemoeizorg – 66 procent ouderenbeleid). In 1995 waren wethouders in 18 procent van de gemeenten betrokken.

De gemeente is in de helft tot iets meer dan driekwart van de gevallen de coördinator van het afstemmingsoverleg. Met name op het gebied van jeugdbeleid en ouderenbeleid is de gemeente de coördinator (76%). Voor het overleg over OGGZ-problematiek/ bemoeizorg is de gemeente vaak de coördinator (48%), maar heeft de GGD in 31 procent van de gemeenten deze rol. Minder dan één op de tien GGD'en heeft een coördinerende rol binnen het overleg over jeugdbeleid of ouderenbeleid (respectievelijk 9 en 8%). Gemiddeld lijkt de rol van de GGD'en iets te zijn afgenomen, want in 1995



was de GGD in ruim eenderde van de gemeenten de coördinator van het afstemmings-overleg.

Tien van de zeventien GGD'en geven aan dat er knelpunten zijn in de afstemming tussen preventie en curatieve voorzieningen (59%). Het knelpunt dat de GGD'en het meest noemen is dat de afstemming ad hoc plaatsvindt (31%), gevolgd door het probleem dat er geen overeenstemming is over de rol of taken van de verschillende partijen (24%). De knelpunten die GGD'en noemen doen zich zowel bij perifere als bij centrumgemeenten voor.

In 1995 gaven minder GGD'en aan dat er knelpunten waren in het afstemmingsoverleg (47%).

### Facetbeleid

Op alle beleidsterreinen hebben meer gemeenten aangegeven de gevolgen van beslissingen voor de volksgezondheid af te wegen (tabel 7). Ook vragen meer gemeenten expliciet advies aan de GGD bij deze afweging (91 ten opzichte van 34 procent in 1995).

Tabel 7

#### Facetbeleid\*

| <i>(2004: n = 83)</i><br><i>(1995: n = 38)</i> | <i>Doorgaans/incidenteel</i> |             | <i>Nooit/onbekend (%)</i> |             |
|------------------------------------------------|------------------------------|-------------|---------------------------|-------------|
|                                                | <i>(%)</i>                   |             |                           |             |
| <i>Beleidsterreinen</i>                        | <i>2004</i>                  | <i>1995</i> | <i>2004</i>               | <i>1995</i> |
| Milieuzaken                                    | 92                           | 76          | 7                         | 24          |
| Onderwijs                                      | 89                           | 71          | 11                        | 29          |
| Openbare orde en veiligheid                    | 89                           | 71          | 11                        | 29          |
| Maatschappelijk werk (AMW)                     | 88                           | 63          | 12                        | 37          |
| Volkshuisvesting                               | 87                           | 74          | 13                        | 26          |
| Sociale voorzieningen                          | 86                           | 66          | 15                        | 34          |
| Verkeer en vervoer                             | 80                           | 71          | 21                        | 29          |
| Ruimtelijke ordening                           | 80                           | 63          | 21                        | 37          |
| Openbare werken                                | 72                           | 66          | 28                        | 34          |
| Cultuur en recreatie                           | 65                           | 61          | 34                        | 39          |
| Economische zaken/industriebeleid              | 61                           | 42          | 39                        | 58          |

\* *mondellinge vraag in 1995, schriftelijke in 2004*

Wethouders geven tijdens de gesprekken aan dat de bestuurlijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg is toegenomen. De nota lokaal gezondheidsbeleid heeft hier zeker aan bijgedragen. Het proces om tot de nota te komen en het feit dat het verplicht is heeft het onderwerp hoger op de politieke agenda gezet.

*“De betrokkenheid in de gemeenteraad was gering. Het opstellen van de nota heeft als katalysator gewerkt voor de betrokkenheid. Deze is ook bevorderd doordat er bij het totstandkomen van de nota veel aandacht is geweest voor inspraak.”* (wethouder volksgezondheid)

*“De vorige wethouders waren al zeer betrokken en de betrokkenheid is versterkt.”* (wethouder volksgezondheid)

“Doordat de nota een verplichting werd, staat het onderwerp meer op de politieke agenda. Het onderwerp wordt nu breder gedragen en er is meer samenhang in het gezondheidsbeleid. Ook op ambtelijk niveau krijgt het onderwerp meer aandacht, maar dit gaat ten koste van andere taken.” (wethouder volksgezondheid)

### 3.3 Knelpunten zijn gelijk gebleven

Meer dan de helft van de gemeenten geeft aan dat er knelpunten zijn in de relatie tussen de gemeente en de GGD (64%). Dit komt vrijwel overeen met 1995; toen gaf tweederde van de gemeenten aan dat er knelpunten waren. De GGD'en zijn in hun oordeel negatiever dan de gemeenten; 81 procent geeft aan dat er knelpunten zijn (tabel 8).

Tabel 8

#### Knelpunten in de relatie tussen de gemeente en de GGD

|              | <i>Opgave gemeente</i><br>(n = 85) % | <i>Opgave GGD</i><br>(n = 32) % |
|--------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Ja, enkele   | 46                                   | 63                              |
| Ja, meerdere | 18                                   | 19                              |
| Nee          | 35                                   | 19                              |
| Onbekend     | 1                                    | 0                               |

De knelpunten die de gemeenten het meest noemen zijn 'financiële bijdrage gemeente' (46%) en 'takenpakket van de GGD' (38%). Ook de GGD'en noemen deze knelpunten het meest (zie tabel 9). De situatie lijkt niet gewijzigd sinds 1995.

Tabel 9

#### Knelpunten gemeenten-GGD\*

| <i>Knelpunt</i>              | <i>Opgave gemeente</i> |                    | <i>Opgave GGD</i> |
|------------------------------|------------------------|--------------------|-------------------|
|                              | % 2004<br>(n = 85)     | % 1995<br>(n = 38) | % 2004            |
| Financiële bijdrage gemeente | 46                     | 45                 | 63                |
| Takenpakket GGD              | 38                     | -                  | 53                |
| Uitgaven GGD                 | 22                     | 11                 | 25                |
| Informatieverstrekking       | 19                     | 13                 | 31                |
| Bestuurlijke structuur       | 14                     | 29                 | 31                |
| (Ambtelijke) organisatie GGD | 14                     | 13                 | 9                 |
| Inhoudelijk overleg          | 13                     | 11                 | 28                |
| Kwaliteit uitvoering GGD     | 12                     | -                  | 0                 |
| Anderszins                   | 11                     | 34                 | 6                 |
| Personele bezetting GGD      | 9                      | -                  | 19                |

\* mondelinge vraag in 1995, schriftelijke in 2004; - = niet gevraagd

Geen enkele gemeente beoordeelt de huidige situatie van de collectieve preventieve zorg in de gemeente als slecht, maar één tiende vindt de situatie matig. Vergeleken met 1995 geven nu meer gemeenten aan de situatie redelijk te vinden (tabel 10).

Ook meer GGD'en oordelen nu dat de situatie redelijk is. Het oordeel van de GGD'en over de situatie in de door de inspectie onderzochte gemeenten binnen hun regio komt overeen met dat van de gemeenten zelf. Gemeenten en GGD'en oordelen positiever over de ontwikkeling van de collectieve preventie vergeleken met 1995.

Tabel 10

**Beoordeling situatie collectieve preventieve zorg in de gemeente\***

| <i>Categorie</i>      | <i>Opgave gemeente</i>           |               | <i>Opgave GGD</i>                |               |
|-----------------------|----------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|
|                       | <i>% 2004</i><br><i>(n = 85)</i> | <i>% 1995</i> | <i>% 2004</i><br><i>(n = 32)</i> | <i>% 1995</i> |
| Goed                  | 26                               | 45            | 22                               | 28            |
| Redelijk              | 64                               | 39            | 69                               | 50            |
| Matig                 | 11                               | 16            | 6                                | 22            |
| Slecht                | 0                                | 0             | 3                                | 0             |
| <b>Ontwikkeling**</b> | <b>% 2004</b>                    | <b>% 1995</b> | <b>% 2004</b>                    | <b>% 1995</b> |
| Verbetering           | 48                               | 37            | 69                               | 35            |
| Stabiele situatie     | 25                               | 32            | 25                               | 30            |
| Verslechtering        | 5                                | 5             | 0                                | 18            |
| Geen oordeel          | 19                               | 5             | 0                                | 2             |
| Onbekend              | 4                                | 11            | 6                                | 15            |

\* mondelinge vraag in 1995, schriftelijke in 2004; \*\*ontwikkeling over de afgelopen 5 jaar

De gemeenten oordelen positiever over de ontwikkelingen binnen de collectieve preventieve zorg de afgelopen 5 jaar dan in het afgelopen jaar. De GGD oordeelt positiever over de ontwikkelingen dan de gemeenten (bijlage 3 tabel 4).

### 3.4 De gemeente als regisseur<sup>[27]</sup> en financier, een moeilijke rol

#### 3.4.1 Contacten met instellingen

Gemeenten hebben de taak te zorgen voor samenhang en onderlinge afstemming binnen de collectieve preventie. Een voorwaarde om deze taak te kunnen uitvoeren is het contact met de verschillende instellingen betrokken bij de zorg binnen de openbare gezondheidszorg en bespreking van preventie op verschillende bestuurlijke niveaus. Met de GGD hebben de meeste gemeenten contact op het niveau van de wethouder. Gemeenten hebben daarnaast veelal overleg met welzijnsinstellingen en de thuiszorg op het niveau van het college of de wethouder. Op ambtelijk niveau vindt in meer gemeenten overleg plaats met alle genoemde instellingen (tabel 11).

Tabel 11

**Gestructureerd overleg in de periode 1-7-2003 – 1-7-2004 (1 keer of vaker)**

| <i>Deelnemers (n = 85)</i>        | <i>B&amp;W / wethouder<br/>(%)</i> | <i>Ambtelijk<br/>(%)</i> |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| GGD                               | 87 (wethouder)                     | -                        |
| Welzijnsinstellingen              | 81                                 | 88                       |
| Thuiszorg                         | 73                                 | 91                       |
| GGZ                               | 52                                 | 67                       |
| Instellingen voor verslavingszorg | 47                                 | 68                       |

- = *niet gevraagd*

Centrumgemeenten hebben vaker dan perifere gemeenten overleg met instellingen voor verslavingszorg, zowel op het niveau van de wethouder als ambtelijk ( $X^2$ ,  $p < 0,001$ ). Bij het overleg met GGZ-instellingen is er geen significant verschil tussen perifere en centrumgemeenten gevonden.

### 3.4.2 Adviescommissie en Raadscommissie voor de volksgezondheid

Slechts vier gemeenten hebben een externe adviescommissie voor de volksgezondheid. Eén van de vier gemeenten is een centrumgemeente. In drie van de vier commissies nemen huisartsen en GGD deel, in twee commissies de thuiszorg. In 1995 hadden twee gemeenten een externe adviescommissie.

De meerderheid (88%) van de gemeenten heeft een raadscommissie die onder andere adviseert over de volksgezondheid, maar 11 procent beschikt niet over een dergelijke commissie. Alle centrumgemeenten hebben een raadscommissie, tegenover 85 procent van de perifere gemeenten. Het aantal gemeenten dat een raadscommissie volksgezondheid heeft is toegenomen ten opzichte van 1995 (50%).

Van de gemeenten met een raadscommissie staat het onderwerp volksgezondheid bij de helft drie keer of vaker op de agenda (48%) en in een enkele gemeente (2%) geen enkele keer.

### Agendering inhoudelijke onderwerpen in vrijwel alle gemeenten

In vrijwel alle gemeenten staan de WCPV-taken expliciet op de agenda; zo wordt de nota lokaal gezondheidsbeleid op verschillende niveaus besproken (>85%). Ook de integratie van de jeugdgezondheidszorg is in de meerderheid van de gemeenten besproken in het college van B&W (87%) en in de helft van de gemeenten in de gemeenteraad (49%). De gemeenteraad lijkt minder vaak betrokken dan het college en de raadscommissie, met uitzondering van de bespreking van de nota die in bijna alle gemeenteraden (95%) heeft plaatsgevonden (bijlage 3 tabel 5).

### Afstemming preventie, cure en care

#### – Meerderheid gemeente heeft afstemmingsoverleg

Meer dan driekwart van de gemeenten heeft een afstemmingsoverleg waarin preventieprogramma's worden afgestemd met de curatieve gezondheidszorg en de

care (tabel 12). Afhankelijk van het onderwerp van overleg staat preventie in de helft van de gemeenten structureel (jeugdbeleid) of incidenteel op de agenda (ouderenbeleid, openbare geestelijke gezondheidszorg/bemoeizorg).

Tabel 12

**Structureel overleg over de afstemming over gezondheidsbeleid**

| <i>Overleg (n = 85)</i> | <i>Jeugdbeleid<br/>(%)</i> | <i>Ouderenbeleid<br/>(%)</i> | <i>OGGZ<sup>*</sup>/bemoeizorg<br/>(%)</i> |
|-------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| Ja                      | 89                         | 79                           | 75                                         |
| Nee                     | 9                          | 17                           | 15                                         |
| Onbekend                | 2                          | 5                            | 9                                          |

| <i>Preventie op de agenda<br/>van dit overleg</i> | <i>Jeugdbeleid<br/>(%) (n = 76)**</i> | <i>Ouderenbeleid<br/>(%) (n = 67)**</i> | <i>OGGZ/bemoeizorg<br/>(%) (n = 64)**</i> |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| Ja, incidenteel                                   | 41                                    | 55                                      | 50                                        |
| Ja, structureel                                   | 53                                    | 37                                      | 39                                        |
| Nee                                               | 4                                     | 2                                       | 0                                         |
| Onbekend                                          | 3                                     | 6                                       | 11                                        |

\* OGGZ = openbare geestelijke gezondheidszorg; \*\* Gemeenten met een overleg over dit onderwerp.

- Gemeenten betrekken niet altijd de partijen, die gezien het onderwerp van overleg betrokken moeten worden, bij de afstemming. In één derde van de gemeenten vindt geen afstemming plaats met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) over de openbare geestelijke gezondheidszorg en bemoeizorg (38%), en met de thuiszorg vindt niet in elke gemeente afstemming plaats over jeugdbeleid en ouderenbeleid (respectievelijk in 40% en in 30% niet) (bijlage 3 tabel 6).
- **Gemeente heeft coördinerende rol bij afstemming**  
De gemeente is in de meeste gevallen de coördinator van het afstemmingsoverleg, met name op het gebied van jeugdbeleid en ouderenbeleid (76%). Voor het overleg over openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) problematiek en bemoeizorg is de gemeente ook meestal de coördinator (48%) maar heeft de GGD in 31 procent van de gemeenten deze rol. De GGD geeft vaker aan de coördinator te zijn van het afstemmingsoverleg over de openbare geestelijke gezondheidszorg (46%).
- **Curatieve gezondheidszorg is betrokken bij beleidsvorming**  
De nota heeft bijgedragen aan de afstemming doordat partijen betrokken zijn en het proces volgen. De nadruk ligt op jeugdbeleid, huisartsenzorg en combinaties van wonen en zorg in zogenaamde woonzorgvoorzieningen of woonzorgzones. Bij het opstellen van de nota gezondheidsbeleid heeft meer dan de helft van de gemeenten knelpunten afgestemd met huisartsen (69%) en thuiszorg (61%). Minder gemeenten hebben zorgverzekeraars (40%) en ziekenhuizen (26%) betrokken. Bij het bepalen van de oplossingen voor knelpunten, de implementatie van beleid en de financiering hebben gemeenten deze partijen nog minder betrokken (zie tabel 18 in paragraaf 5.5 over de nota lokaal gezondheidsbeleid).

Tijdens de gesprekken met gemeenten gaf een enkele gemeente aan dat huisartsen geen of beperkt gehoor gaven aan het verzoek van de gemeente om mee te denken over het lokale gezondheidsbeleid.

*“De gemeente heeft marginale invloed op inhoud en organisatie van de zorg. Afstemming is niet gemakkelijk.”* (wethouder volksgezondheid)

*“Ook de lokale afstemming over curatieve zorg en de care is de laatste jaren verbeterd, bijvoorbeeld de bemoeienis met de eerste lijn en een woonzorgzone. De eerste lijn heeft door het lokaal gezondheidsbeleid nu het gevoel dat ze moet samenwerken met de gemeente.”* (wethouder volksgezondheid)

De meeste bezochte gemeenten hebben geen problemen met de toegang tot de huisartsenzorg (73%). Gemeenten baseren zich voornamelijk op signalen van huisartsen of anderen. Ze spelen veelal een faciliterende rol op het gebied van huisvesting, zoals bij de vorming van een huisartsenpraktijk onder één dak (HOED). Ook geven gemeenten aan in overleg te blijven met zorgverzekeraars en regionale huisartsverenigingen om mogelijke tekorten in de zorg te kunnen signaleren en op te lossen.

– **De budgetten voor collectieve preventie zijn toegenomen**

Het budget voor WCPV-taken is in meer dan driekwart van de gemeenten, waarvan de budgetten bekend waren, toegenomen tussen 2002 en 2003 (81%) en tussen 2003 en 2004 (78%). In bijna tweederde van de gemeenten (62%) nam het budget in beide perioden toe, maar in 18 procent van de gemeenten nam het budget eerst toe en vervolgens af (bijlage 3 tabel 7).

Gemeenten kunnen het budget op verschillende wijzen opbouwen zoals blijkt uit de toelichtingen: met of zonder ambulancezorg (CPA), geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen (GHOR) en inclusief of exclusief het budget voor de jeugdgezondheidszorg voor nul tot vier jarigen.

Niet altijd hebben gemeenten inzicht in de budgetten voor lokale preventieprogramma's doordat deze zijn opgenomen in het totaal budget voor de GGD of in een regionaal budget. Ook lichten enkele gemeenten toe dat er op dat moment geen sprake was van het uitvoeren van programma's of projecten (n = 7). Hierdoor kon minder dan de helft van de gemeenten de preciese budgetten voor projecten en programma's aangeven. De budgetten nemen in de helft van deze gemeenten toe tussen 2002 en 2003 (52%), maar in meer dan tweederde van de gemeenten af in 2004 (69%).

– **Efficiënte besteding van uitgaven meestal beoordeeld**

Minder dan één op de tien gemeenten beoordeeld nooit of de gedane uitgaven in het kader van WCPV-taken efficiënt worden besteed. De meeste gemeenten doen dit soms of meestal (68%, tabel 13). Er is geen verschil gevonden in de beoordeling tussen centrum- en perifere gemeenten.

Tabel 13

**Beoordeling efficiënte besteding uitgaven**

| <i>Frequentie van beoordeling (n = 79)*</i> | <i>%</i> |
|---------------------------------------------|----------|
| Altijd                                      | 20       |
| Meestal                                     | 33       |
| Soms                                        | 35       |
| Nooit                                       | 9        |
| Onbekend                                    | 3        |

\* Zes gemeenten geven geen frequentie aan van de beoordeling.

Gemeenten die de investeringen beoordelen doen dit meestal door te vragen om extra toelichting aan de GGD (63%). Meer dan eenderde gebruikt hiervoor een analyse van gezondheidsgegevens van de GGD (38%) of intern onderzoek (36%). Een kwart stelt extra vragen om toelichting aan andere OGZ-instellingen, 18 procent van deze gemeenten maakt gebruik van een analyse van indicatoren en 9 procent laat extern onderzoek uitvoeren. Een aantal gemeenten noemt nog andere methoden zoals de accountantsverklaring, jaarrekening/jaarverslag GGD en via diverse overlegvormen. Centrumgemeenten en grote gemeenten gebruiken vaker een analyse van indicatoren (beiden  $X^2$ ,  $p=0,002$ ) en de centrumgemeenten lijken iets vaker dan de perifere gemeenten gebruik te maken van de analyse van gezondheidsgegevens van de GGD (centrum-perifeer;  $X^2$ ,  $p=0,053$ ).

– **Meerderheid gemeenten ervaart knelpunten in de aansturing**

Uit de gesprekken met de gemeenten komt een wisselend beeld naar voren. Gemeenten geven veelal aan een gebrek aan financiële middelen te hebben om partijen goed aan te sturen, hoewel daar gemeenten tegenover staan die ook met beperkte middelen kansen zien om partijen om de tafel te krijgen.

*“De aansturing van de GGD is een knelpunt, dat heeft te maken met rolverdeling en competenties. Verder is de schaalgrootte een knelpunt en heeft men het gevoel te weinig “tools” te hebben. Door de toegenomen nadruk op concurrentie is de regie ook lastiger aan het worden bijvoorbeeld bij zorginstellingen.”* (inspecteur)

*“Er zijn geen knelpunten op bestuurlijk vlak. De regie over organisaties verloopt soms moeizaam. Wanneer de gemeente geld beschikbaar heeft is het makkelijker om organisaties aan te sturen”.* (wethouder volksgezondheid)

*“De rol van de gemeente is met name om de partners rond te tafel te krijgen en te faciliteren. De gemeente ervaart daar geen knelpunten in.”* (wethouder volksgezondheid)

*“De wethouder geeft aan dat het gebrek aan bevoegdheden in de sturing in de openbare gezondheidszorg geen knelpunt vormt. Veel aanbieders willen graag meedenken en zijn bereid zaken te ondernemen. Met de GGZ ging het in het verleden moeilijker, dat lag aan personen. De wethouder heeft gemerkt dat door het publiekelijk aanspreken van de geestelijke gezondheidszorg er een aantal zaken is verbeterd.”* (inspecteur)

### **3.5 Nota lokaal gezondheidsbeleid is geschreven, maar het vervolg is onzeker**

Een belangrijke wijziging in de collectieve preventie sinds 1995 is dat gemeenten verplicht zijn hun beleid ten aanzien van de lokale volksgezondheid vast te leggen in een nota. De memorie van toelichting bij de WCPV geeft een aantal aspecten aan waar gemeenten aandacht aan moeten besteden, zoals het betrekken van verschillende partijen bij het bepalen van de doelen en het aangeven van verbanden met andere beleidsterreinen. Om te komen tot een consistente nota is het noodzakelijk dat gemeenten een gedegen beleidscyclus volgen waarbij aandacht is voor de analyse van problemen, uitvoering en evaluatie van beleid.

#### **Meerderheid gemeenten heeft een nota**

Van de 85 respondenten van het thematisch toezicht hebben drie gemeenten geen concept-nota noch een vastgestelde nota. Twee gemeenten zijn volgens de gegevens van GGD Nederland wel begonnen met de ontwikkeling van de nota, één gemeente nog niet. Driekwart van de respondenten heeft een door de gemeenteraad en het college vastgestelde nota (75%).

#### **Meestal is het de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid**

Voor de meeste gemeenten is het de eerste nota gezondheidsbeleid, 17 procent had al eerder een nota geschreven. De oudste nota dateert uit 1992. Voor meer perifere en kleinere gemeenten is het de eerste keer dat zij een nota lokaal gezondheidsbeleid schrijven. (perifeer-centrum  $X^2$ ,  $p < 0,001$ ; gemeentegrootte  $X^2$ ,  $p = 0,019$ ).

#### **Gemeente coördineert het proces en gebruikt professionele ondersteuning**

De gemeente is in bijna alle gevallen de coördinator (geweest) bij het opstellen van de nota, eventueel samen met andere partijen zoals de GGD of andere gemeente(n) in de regio (89%). In 11 procent van de gemeenten is een andere partij de coördinator. Ook hebben vrijwel alle gemeenten zelf de nota geschreven (94%), in de helft van de gevallen samen met bijvoorbeeld GGD, regiogemeenten of een extern bureau (53%).

Bijna alle gemeenten hebben ondersteuning gebruikt bij het opstellen van de nota. Meestal betrof het ondersteuning van de GGD (82%). 22 procent heeft gebruikgemaakt van een kwartiermaker. Gemeenten noemden zelf nog de ondersteuning in de vorm van nota's van andere gemeenten, websites van relevante organisaties en regiogemeenten of samenwerkingsverband. In één gemeente is geen ondersteuning gebruikt en zeven gemeenten hebben niet aangegeven of ze ondersteuning hebben gebruikt.

Meer dan de helft van de gemeenten heeft een gemeenschappelijke basisnota<sup>[f]</sup> gebruikt om tot een lokale nota gezondheidsbeleid te komen (60%). Slechts twee gemeenten hebben deze nota in zijn geheel overgenomen zonder een lokale paragraaf toe te voegen of de nota te verwerken tot een lokale nota.

In 69 procent van de gevallen heeft de GGD, alleen of met anderen zoals de (regio-) gemeente, deze regionale of basisnota geschreven.

---

[f] Deze nota kan als basis worden gebruikt voor de lokale nota gezondheidsbeleid en wordt ook wel kapstoknota of kadernota genoemd. Hiermee wordt niet bedoeld een gezondheidsprofiel van de GGD.



Driekwart van de gemeenten die een basisnota heeft gebruikt, heeft een eigen plan van aanpak geschreven (74%). Dit plan is veelal gebaseerd op lokale gegevens (80%) en in mindere mate op lokale prioriteiten die door de gemeenteraad (45%) of het college zijn bepaald (38%).

### Veel partijen betrokken bij opstellen nota

Gemeenten hebben diverse partijen betrokken bij het opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid, maar met name bij het benoemen van gezondheidsproblemen en oplossingen of doelen en niet bij de implementatie. Opvallend is dat 10 procent van de gemeenten de GGD niet heeft betrokken bij het bepalen van de knelpunten of problemen. Bij het benoemen van oplossingen en doelen heeft 20 procent van de gemeenten de GGD niet betrokken. Daarnaast heeft 7 procent van de gemeenten aangegeven geen enkele partij te hebben betrokken bij het bepalen van gezondheidsproblemen en 14 procent niet bij het bepalen van de oplossingen. De ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn het minst betrokken geweest (zie tabel 18).

De meeste gemeenten kiezen voor een weinig interactieve manier om anderen te betrekken bij het opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid. In meer dan de helft van de gemeenten heeft de gemeente gevraagd om schriftelijk te reageren op concept-nota's (61%). Maar eenderde van de gemeenten maakt gebruik van inspraakavonden of interactief beleid (tabel 14).

Tabel 14

### Wijze waarop gemeenten partijen betrekken

| <i>Wijze van betrekken (n = 81)</i>                      | <i>%</i> |
|----------------------------------------------------------|----------|
| Verzoek om schriftelijke reactie op concept-nota's       | 61       |
| Werkconferentie of expertmeeting                         | 46       |
| Verzoek om advies of informatie                          | 43       |
| Door inspraakavonden te organiseren (interactief beleid) | 32       |
| Interviews met vertegenwoordigers uit de OGD             | 24       |
| Structureel overleg                                      | 22       |
| Informatieavond                                          | 17       |
| Anders                                                   | 9        |

### Gegevens gezondheidsinformatie ruimschoots beschikbaar

Bijna alle GGD'en geven aan monitorgegevens<sup>[g]</sup> (94%) en een gezondheidsprofiel<sup>[h]</sup> (88%) te hebben aangeleverd aan de gemeenten. Waar dit is aangeleverd, is het volgens de GGD door zowel de centrum- als perifere gemeente gebruikt.

De GGD'en hebben vrijwel allen door een gezondheidsenquête informatie verkregen over de gezondheidstoestand van volwassenen en jongeren van 4 tot 19 jaar (94%). Voor andere doelgroepen hebben GGD'en minder vaak op deze wijze de gezondheidstoestand in kaart gebracht. Gemeenten geven voor bijna alle doelgroepen aan minder

[g] Kwantitatieve gegevens, bijvoorbeeld uit gezondheidsenquêtes, die periodiek verzameld worden.

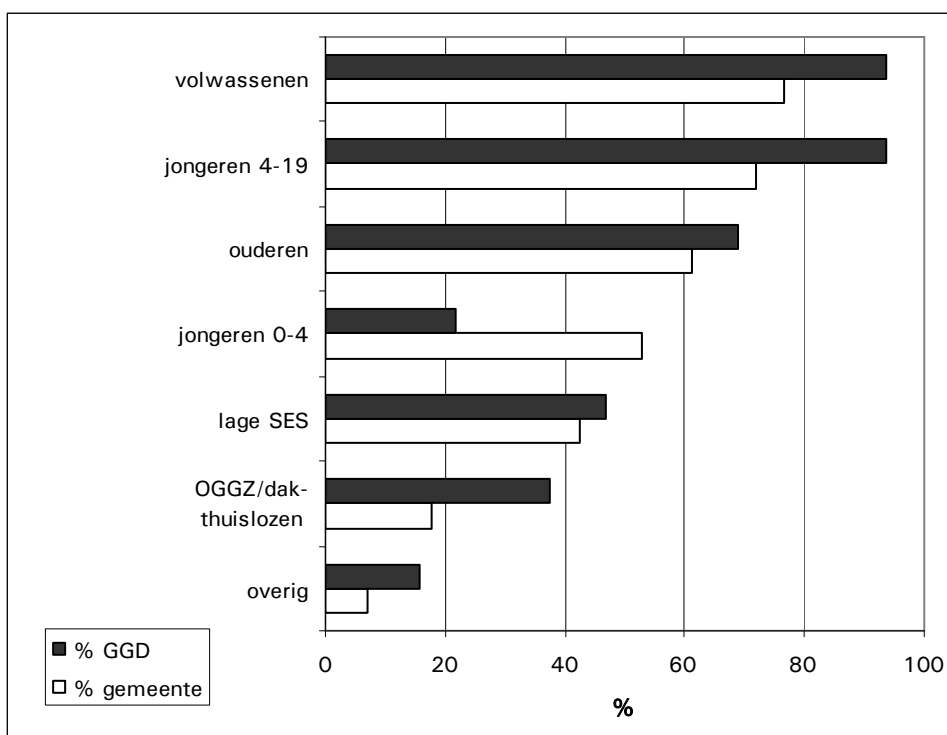
[h] Samengesteld beeld van de gezondheidssituatie die ook kwalitatieve gegevens kan bevatten.

vaak informatie te hebben over de gezondheidstoestand in de eigen gemeente (figuur 1).

Met name de informatie over de gezondheidstoestand van mensen met een lage sociaal economische status (SES) en dak- en thuislozen is in minder gemeenten bekend (respectievelijk 42% en 18%). Centrumgemeenten hebben vaker dan perifere gemeenten informatie op gemeentenniveau over de gezondheidstoestand van mensen met een lage SES en OGGZ-doelgroepen ( $X^2$ ,  $p \leq 0,013$ ). Voor de informatie over de gezondheidstoestand van de jeugd van nul tot vier jaar is het verschil net niet significant ( $X^2$ ,  $p = 0,052$ ).

Figuur 1

**Informatie over de gezondheidstoestand op gemeentenniveau (opgave gemeente en GGD)**



GGD'en leveren de gegevens over de gezondheidstoestand meestal aan op gemeentenniveau en het minst op landelijk niveau. Bij de keuze voor de onderwerpen baseren de GGD'en zich bijna allemaal op de doelen en prioriteiten van gemeenten (94%) en veelal op bekende gezondheidsproblemen (78%) of landelijk beschikbare vragen (66%). Gemeenten krijgen de informatie over de jeugd 0-4 naar verwachting veelal van de thuiszorg.

### Analyse van gezondheidsproblemen

Gemeenten geven aan voor de analyse van de gezondheidsproblemen vrijwel allemaal de cijfers van de GGD over de volksgezondheid (99%) te gebruiken en in mindere mate de cijfers van de thuiszorg (63%) en andere instellingen binnen de openbare gezondheidszorg (59%). De landelijke preventienota is door driekwart van de gemeenten gebruikt voor de analyse van de gezondheidsproblemen (77%), maar dit gebeurde veelal in beperkte mate (tabel 15). Centrum- en perifere gemeenten verschillen niet van elkaar wat betreft het gebruik van deze cijfers, met uitzondering van de gegevens uit de volksgezondheid toekomstverkenningen (VTV), andere rapporten van het RIVM,

RVZ-rapporten en thema's uit het nationaal contract: centrumgemeenten hebben deze documenten vaker gebruikt bij het bepalen van de gezondheidsproblemen (X2,  $p \leq 0,011$ ). Ook hebben meer centrumgemeenten informatie gebruikt van de CAD of verslavingszorg (X2,  $p = 0,027$ ).

Tabel 15

**Informatie gebruikt voor de analyse van de gezondheidsproblemen (beknopt)**

| <i>(n = 82)</i>                                                 | <i>Niet (%)</i> | <i>Beperkt (%)</i> | <i>In ruime mate (%)</i> | <i>Vrijwel geheel (%)</i> |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|---------------------------|
| Cijfers over de volksgezondheid van de GGD                      | 1               | 13                 | 55                       | 31                        |
| Cijfers over de volksgezondheid jeugd 0-4 jaar van de thuiszorg | 37              | 31                 | 26                       | 8                         |
| Cijfers over de volksgezondheid van een andere OGZ-instelling   | 42              | 44                 | 13                       | 1                         |
| Landelijke preventienota VWS <i>Langer gezond leven</i>         | 23              | 67                 | 10                       | 0                         |
| VTV                                                             | 60              | 24                 | 16                       | 0                         |

**Gemeenten maken een gewogen beleidskeuze**

Gemeenten stellen de prioriteiten voor het beleid vooral op basis van aspecten zoals advies van de ambtenaar (99%), voorkeur gemeenteraad (88%) of college van B&W (94%). Ook het advies van de GGD speelt in bijna alle gemeenten een rol bij het bepalen van de prioriteiten (98%). Aspecten die minder zwaar meewegen bij het maken van beleidskeuzen zijn; advies van andere gemeentelijke diensten, prioriteiten in de landelijke preventienota, landelijke ontwikkelingen en klachten/vragen uit de bevolking (tabel 16).

Tabel 16

**Overwegingen bij maken van beleidskeuzen**

| <i>Basis voor de beleidskeuzen (n = 82)</i> | <i>Niet (%)</i> | <i>Beperkt (%)</i> | <i>In ruime mate/vrijwel geheel (%)</i> |
|---------------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------------|
| Ambtelijke adviezen                         | 1               | 11                 | 89                                      |
| Advies van de GGD                           | 2               | 13                 | 84                                      |
| Wettelijke verplichting                     | 4               | 15                 | 82                                      |
| Voorkeur / besluit college                  | 5               | 20                 | 74                                      |
| Financiële haalbaarheid                     | 9               | 21                 | 71                                      |
| Voorkeur / besluit gemeenteraad             | 12              | 20                 | 68                                      |
| Landelijke ontwikkelingen                   | 10              | 52                 | 38                                      |
| Advies andere gemeentelijke diensten        | 20              | 44                 | 37                                      |
| Klachten/vragen uit de bevolking            | 28              | 46                 | 26                                      |
| Prioriteiten in landelijke preventienota    | 22              | 54                 | 24                                      |
| Lobby maatschappelijke sectoren             | 43              | 44                 | 13                                      |
| Internationale ontwikkelingen (WHO)*        | 51              | 43                 | 6                                       |
| Media                                       | 72              | 23                 | 5                                       |
| Andere                                      | 93              | 1                  | 6                                       |

Centrumgemeenten lijken wat vaker de internationale ontwikkelingen te volgen (61% versus 45% voor perifere gemeenten), maar verschillen zijn niet significant ( $X^2$ ,  $p = 0,236$ ).

Volgens de GGD'en sluiten de prioriteiten in de nota in ruime mate aan bij de waargenomen gezondheidsproblemen in de gemeente (72%) (tabel 17). In een enkele GGD-regio geeft men aan waarom prioriteiten niet geheel aansluiten; de prioriteiten zijn gebaseerd op "aannames omdat er geen profiel of monitor beschikbaar was" of dat de gemeente de gegevens en prioriteiten in de nota heeft overgenomen, maar in het plan van aanpak heeft gekozen voor eigen prioriteiten na een lokale analyse van wensen en knelpunten.

Tabel 17

**Aansluiten prioriteiten nota bij gezondheidsproblemen (opgave GGD)**

| <i>Aansluiting<br/>(n = 32)</i> | <i>Centrumgemeente<br/>aantal (%)</i> | <i>Perifere gemeente<br/>aantal (%)</i> | <i>Totaal %</i> |
|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------|
| Ja, enigszins                   | 4 (24)                                | 3 (20)                                  | 22%             |
| Ja, in grote mate               | 12 (71)                               | 11 (73)                                 | 72%             |
| n.v.t.                          | 1 (6)                                 | 1 (7)                                   | 6%              |

**Implementatie**

In de Memorie van toelichting bij de WCPV staat aangegeven dat gemeenten aan de nota een plan van aanpak kunnen toevoegen. Ongeveer driekwart van de gemeenten heeft een dergelijk plan<sup>[2]</sup>

Belangrijk voor de kansen voor uitvoering zijn de budgetten. Het budget voor WCPV-taken is in meer dan driekwart van de gemeenten, waarvoor dit kon worden berekend, toegenomen tussen 2002 en 2003 (81%) en tussen 2003 en 2004 (78%). In bijna tweederde van de gemeenten (62%) nam het budget in beide perioden toe, maar in één op de vijf gemeenten nam het budget eerst toe en vervolgens af (18%). Deze ontwikkeling sluit aan bij het beeld dat ontstaat uit de gesprekken.

*"Door bezuinigingen is er voorlopig geen geld voor innovatietrajecten. Activiteiten 2004 worden gefinancierd uit resterende middelen stedelijk ontwikkelingsbeleid. Een logische geldstroom ontbreekt nog voor volksgezondheid. Een kans vormen de gelden van de provincie voor pilotprojecten."* (wethouder volksgezondheid)

De meerderheid van de wethouders geeft aan dat de financiering een bedreiging is voor de uitvoering van de nota. Gemeenten zien zich genoodzaakt te bezuinigen waardoor niet altijd voldoende geld beschikbaar is om de activiteiten in de nota uit te voeren, projecten structureel te financieren en voldoende beleids capaciteit in te zetten. Ook zijn gemeenten van mening dat bij de decentralisatie van taken onvoldoende middelen zijn toegekend.

Enkele gemeenten geven aan bij de huidige bezuinigingsronden geen problemen te hebben ondervonden, maar dit wel te verwachten op de lange termijn. Anderen hebben gekozen voor plannen die met bestaande budgetten te realiseren zijn of hebben al bestaande projecten opgenomen in de nota.

Volgens gemeenten liggen er kansen voor het lokaal gezondheidsbeleid door financiering te zoeken bij andere beleidsterreinen (facetbeleid of integraal beleid) of andere partijen als provincie, het ministerie van VWS en verzekeraars. Ook verwachten gemeenten dat het aantonen van de effecten van de preventieve activiteiten kan bijdragen aan het makkelijker overtuigen van de gemeenteraad geld vrij te maken voor collectieve preventie.

*“Er spelen geen specifieke problemen. Het beleidsterrein is relatief ontzien. Op de achtergrond speelt het een rol, omdat er door het beleid in Den Haag onzekerheid is over de financiële middelen van de gemeente.”* (wethouder volksgezondheid)

Meer dan de helft van de gemeenten betaalt de eigen lokale projecten of programma's geheel of grotendeels uit structurele budgetten (52%) en een kwart betaalt ze uit projectfinanciering (24%).

Een ander aspect dat van invloed is op de kansen voor implementatie van beleid is het draagvlak dat de gemeente creëert voor het lokale gezondheidsbeleid. Meer dan de helft van de gemeenten geeft aan dat zij bij het plannen van de implementatie van de nota andere partijen heeft betrokken (59%). In de meeste gemeenten betreft het de GGD (51%). Opvallend is dat 41 procent geen enkele partij heeft betrokken bij het bepalen van de implementatie van het beleid tijdens het schrijven van de nota. Daarnaast hebben weinig gemeenten met andere partijen van gedachten gewisseld over de financiering: minder dan eenderde heeft andere partijen hierbij betrokken (32%). De zorgkantoren zijn door slechts één op de tien gemeenten betrokken (10%) (tabel 18).

Tabel 18

#### Betrekken van partijen bij opstellen nota (%)

| <i>Betrokken partij (n = 81)</i>   | <i>Benoemen knelpunten/gezondheidsproblemen</i> | <i>Benoemen oplossingen / doelen</i> | <i>Implementatie van de nota</i> | <i>Financiering</i> |
|------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Buurgemeente(n)                    | 57                                              | 52                                   | 28                               | 14                  |
| GGD                                | 90                                              | 82                                   | 51                               | 17                  |
| Huisartsen                         | 69                                              | 49                                   | 21                               | 3                   |
| Ziekenhuizen                       | 26                                              | 19                                   | 6                                | 0                   |
| GGZ                                | 52                                              | 40                                   | 17                               | 4                   |
| Thuiszorginstellingen              | 61                                              | 46                                   | 26                               | 5                   |
| Zorgverzekeraars                   | 40                                              | 31                                   | 12                               | 10                  |
| Patiënten-/consumentenorganisaties | 65                                              | 51                                   | 22                               | 1                   |
| Overig                             | 30                                              | 26                                   | 10                               | 3                   |
| Geen / onbekend                    | 7                                               | 14                                   | 41                               | 68                  |

#### Vervolg beleidscyclus

Minder dan de helft van de gemeenten heeft een planning voor de volgende nota gezondheidsbeleid (44%). Gemeenten met een vastgestelde nota en gemeenten met een concept-nota verschillen hierin niet van elkaar. De meeste nota's verschijnen in

2007 of 2008 (61%). In vijf gemeenten is wel bekend wanneer gestart wordt met het schrijven, maar niet wanneer de nota uitkomt.

Een kwart van de nota's verschijnt vóór of in 2006, het jaar waarin de volgende rijksnota verschijnt. Deze gemeenten hebben bij het opstellen van de volgende nota gezondheidsbeleid geen gelegenheid af te stemmen met de nieuwe landelijke speerpunten.

In driekwart van de gemeenten is met de GGD afspraken gemaakt over het aanleveren van epidemiologische gegevens voorafgaand aan het opstellen van de volgende nota (77%). In de meeste gemeenten gaat het om de gegevens over de lokale gezondheidssituatie (60%). Volgens de GGD'en hebben zij met driekwart van de gemeenten een afspraak om gegevens aan te leveren op gemeenteniveau (78%).

Driekwart van de GGD'en heeft al een volgend onderzoek gepland naar de gezondheidssituatie van volwassenen (78%) en jongeren van 4 tot 19 jaar (75%). Voor andere doelgroepen hebben minder GGD'en een volgend onderzoek gepland; variërend van 47 procent voor ouderen tot 22 procent voor OGGZ-doelgroepen/dak-thuislozen.

### **Beleidsevaluatie**

Om de uitvoering van de nota te kunnen volgen, de effecten van het beleid te meten en beleid bij te sturen moet evaluatie en monitoring van de beleidsdoelstellingen plaatsvinden. Bijna de helft van de gemeenten heeft (nog) geen evaluatie van de nota gepland (47%).

De helft van de gemeenten die de evaluatie gepland heeft, heeft ook een herhaalfrequentie voor de evaluatie afgesproken (51%). Veel gemeenten evalueren na één jaar (40%) of twee jaar (23%) (mediaan; 18 maanden). De meeste gemeenten evalueren de nota zelf (88%), eventueel samen met andere partijen als de GGD of regiogemeenten.

De doelstellingen van het gezondheidsbeleid monitort meer dan driekwart van de gemeenten zelf, eventueel samen met anderen (78%). In 12 procent van de gemeenten gebeurt dit helemaal niet of weet de gemeente niet of iemand de doelstellingen monitort. Ook de evaluatie van de uitvoering van enkele WCPV-taken krijgt onvoldoende aandacht (zie paragraaf 5.7 Uitvoering van wettelijke taken).

Uit de opgave van de GGD blijkt, dat zij voor slechts eenderde van de gemeenten op gemeentelijk niveau de doelstellingen van de nota gezondheidsbeleid monitort (33%). Ook uit de gesprekken blijkt dat gemeenten het volgen van de uitvoering van de nota onvoldoende structureel hebben vormgegeven. Meestal noemen gemeenten de monitor van de GGD als instrument om de voortgang te volgen. Overleg met de gemeenteraad of het college noemen gemeenten ook, maar hierover zijn vaak geen specifieke afspraken gemaakt of deze worden niet nagekomen.

*"De vorige nota heeft de gemeente geëvalueerd en hieruit kwam naar voren dat er te weinig mijlpalen waren opgenomen en dat de uitvoering van de nota slecht is gevolgd (o.a. door gemeentelijke herindeling). Deze nota is een leermoment geweest. De gemeente gaat nu de voortgang volgen door per project alles uit te werken en jaarlijks één keer terug te koppelen naar de stakeholders. De verantwoordelijkheden voor projecten wil de wethouder verdelen over drie gemeenten. Eén keer per twee maanden komen de wethouders bijeen om o.a. de voortgang te bespreken."* (wethouder volksgezondheid)

*“Het meten van de voortgang van de uitvoering is niet benoemd maar het is wel door de wethouder beloofd aan de raad. In ieder geval gaat de gemeente evalueren voor het schrijven van de volgende nota en eventueel tussentijds. Toetsing van beleid vindt plaats op basis van een aantal “w-vragen” die in de nota zijn benoemd. De cultuur binnen de gemeente stimuleert het volgen van wie wat doet niet. De griffier houdt een toezeggingenlijst bij en in 2005 heeft de gemeente prestatievelden benoemd.”*  
(wethouder volksgezondheid)

### **3.6 Facetbeleid krijgt onvoldoende aandacht**

De kansen om het lokaal gezondheidsbeleid af te stemmen met beleid op andere terreinen, oftewel facetbeleid, is één van de redenen geweest om de verantwoordelijkheden voor de collectieve preventie bij de gemeenten neer te leggen.

*“Facetbeleid is nog moeilijker dan het bereiken van gezondheidswinst”* (ambtenaar volksgezondheid)

Bij het opstellen van de nota zijn andere gemeentelijke afdelingen in minder dan de helft van de gemeenten betrokken. Gemeenteraadsleden zijn in 57 procent van de gemeenten betrokken <sup>[2]</sup>.

In bijna alle gemeenten (98%) geeft men aan in enige mate rekening te houden met volksgezondheid in bestuurlijke beslissingen op één van de andere terreinen. Meer dan de helft van de gemeenten doet dit uitsluitend incidenteel (54%). Voor enkele beleids-terreinen gebeurt dit ook wel vaker, zoals bij milieuzaken en maatschappelijk werk (respectievelijk 46 en 47 procent ‘doorgaans’).

Eén op de vijf gemeenten geeft aan nooit gevolgen af te wegen wat betreft beslissingen op het gebied van verkeer en vervoer, en ruimtelijke ordening. Ook openbare werken, cultuur en recreatie en economische zaken/industriebeleid zijn terreinen waar een deel van de gemeenten geen facetbeleid op voert (respectievelijk 28, 34 en 39 procent ‘nooit’; zie tabel 7, pag. 25).

Volgens de gemeenten ontbreekt het hun aan beleids capaciteit om ontwikkelingen op andere beleidsterreinen goed te volgen. Ook betrekken de ambtenaren van andere beleidsterreinen (*“de bouwjongens”*) hun collega’s van welzijn/zorg niet automatisch bij hun beleid. Voor de doelgroep ouderen lukt het wel om af te stemmen met de andere beleidsterreinen op het gebied van woonzorgvoorzieningen (wonen, welzijn en zorg).

*“De wijziging van de ambtelijke organisatie per één januari 2002 heeft verbetering opgeleverd. Het gaat nog op houtje-touwtje manier, met name op het niveau van voorzieningen. De ambtelijke capaciteit ontbreekt om alles te volgen. In 2005 wordt een gezondheidseffectscreening (GES) uitgevoerd.”* (wethouder volksgezondheid)

Het te verwachten effect van de nota op het facetbeleid wisselt. Gemeenten zien voordelen doordat het beleid nu samenhangend is omschreven, terwijl andere gemeenten aangeven dat de ambtelijke organisatie nog te zeer verkokerd is.

*“De nota helpt om collega's te overtuigen, maar er is al veel aandacht voor facetbeleid.”* (wethouder volksgezondheid)

*“Het te verwachten effect is gering. Het onderwerp is aan de orde geweest, maar niemand voelt zich hiervoor verantwoordelijk. Het ontbreekt aan de menskracht voor*

*adequate uitvoering, waardoor het één en ander slechts traag op gang komt. Het is de bedoeling om collegevoorstellen en raadsvoorstellen vergezeld te laten gaan van een advies over gezondheidsaspecten. Het was in de beeldvorming naar de raad goed dat het gezondheidsbeleid nu vastligt in een nota.” (wethouder volksgezondheid)*

Gemeenten moeten volgens de WCPV voor het afwegen van de gevolgen voor de volksgezondheid van beslissingen op andere beleidsterreinen advies inwinnen bij de GGD. Bijna alle gemeenten vragen wel op één of meerdere beleidsterreinen advies, maar één op de tien gemeenten heeft aangegeven op geen enkel terrein advies te vragen (9%). Op het gebied van milieuzaken hebben de meeste gemeenten expliciet advies gevraagd (doorgaans/incidenteel 83%), op het gebied van economische zaken/industriebeleid het minst (31%) (bijlage 3 tabel 8).

Gemeenten ontvangen ook op andere wijze advies, met name mondeling en niet expliciet gevraagd advies. Tweederde van de gemeenten krijgt advies van de GGD (66%). De meerderheid van de gemeenten vond het advies van de GGD in de meeste gevallen bruikbaar (65%) en de gemeenten stelden hun beleid soms (46%) of meestal (38%) bij naar aanleiding van het advies.

Eén op de vijf gemeenten geeft aan dat zij afspraken hebben gemaakt met de GGD over de gezondheidskundige beoordeling van beleidsvoornemens in andere beleidssectoren (21%). Volgens opgave van de GGD'en is met geen enkele gemeente een afspraak gemaakt over deze afweging.

Enkele gemeenten hebben gebruik gemaakt van instrumenten om facetbeleid te bewaken of beter vorm te geven. Twaalf gemeenten hebben de quick-scan facetbeleid gebruikt, acht gemeenten de gezondheidseffectscreening (GES) en de determinanten-beleidsscreening is maar door twee gemeenten gebruikt.

### **Gebruik juridische instrumenten**

Gemeenten hebben de beschikking over een aantal juridische instrumenten waarmee zij de volksgezondheid kunnen beïnvloeden, zoals verordeningen en vergunningverlening. Slechts een klein aantal gemeenten gebruikt geen enkel juridisch instrument om de volksgezondheid te bevorderen (17%).

Ongeveer 60 procent van de gemeenten maakt gebruik van de instrumenten handhaving, vergunningen en het bestemmingsplan. Eenderde van de gemeenten maakt gebruik van convenanten (33%).

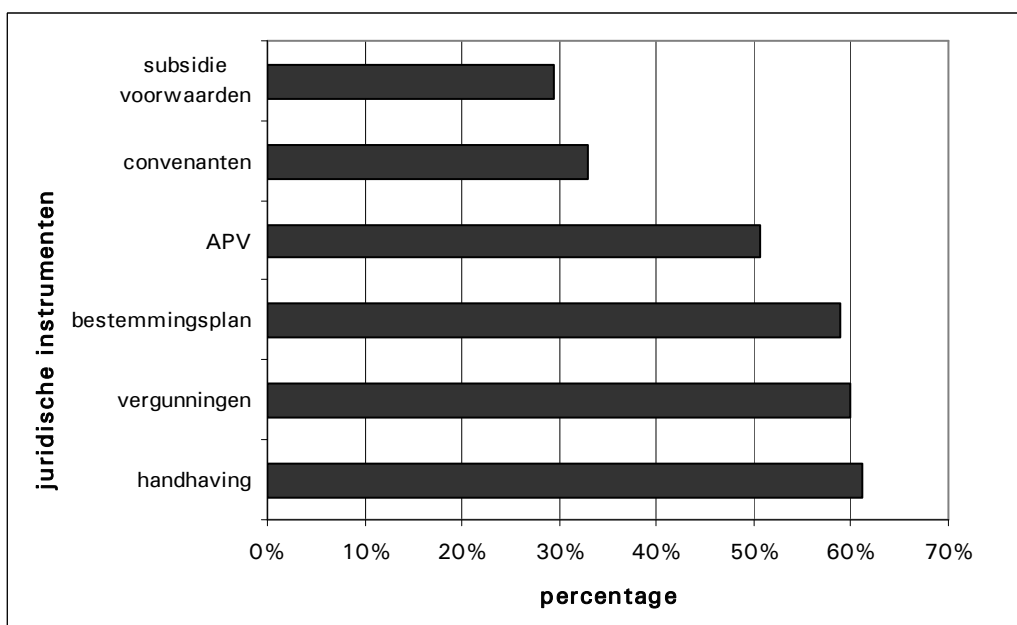
De toepassingen van de instrumenten die gemeenten het meest aangeven te hebben gebruikt zijn; handhaving van het rookverbod (57%), vergunningverlening bij evenementen (46%) en de aanleg van veilige fietspaden in het bestemmingsplan (44%). Slechts 14 procent van de gemeenten hebben de algemeen plaatselijke verordening (APV) als instrument ingezet om “happy hours”<sup>[ii]</sup> te beperken (figuur 2).

---

[ii] Uren waarin in een café verlaagde consumptieprijzen gelden.



Figuur 2  
Gebruik van juridische instrumenten



APV = algemeen plaatselijke verordening

### 3.7 Uitvoering van wettelijke taken niet altijd gegarandeerd

Gemeenten zijn niet alleen verplicht een nota te schrijven, zij moeten er ook voor zorgen dat zij de wettelijke taken beschreven in de WCPV (laten) uitvoeren.

De uitvoering van de medische milieukunde en technische hygiënezorg blijkt niet in alle gemeenten gewaarborgd. Dit geldt niet alleen voor de planning en coördinatie, maar ook voor de uitvoering is in 11 tot 20 procent van de gemeenten niet duidelijk of iemand de taken uitvoert (tabel 19).

Tabel 19

#### Medische milieukunde

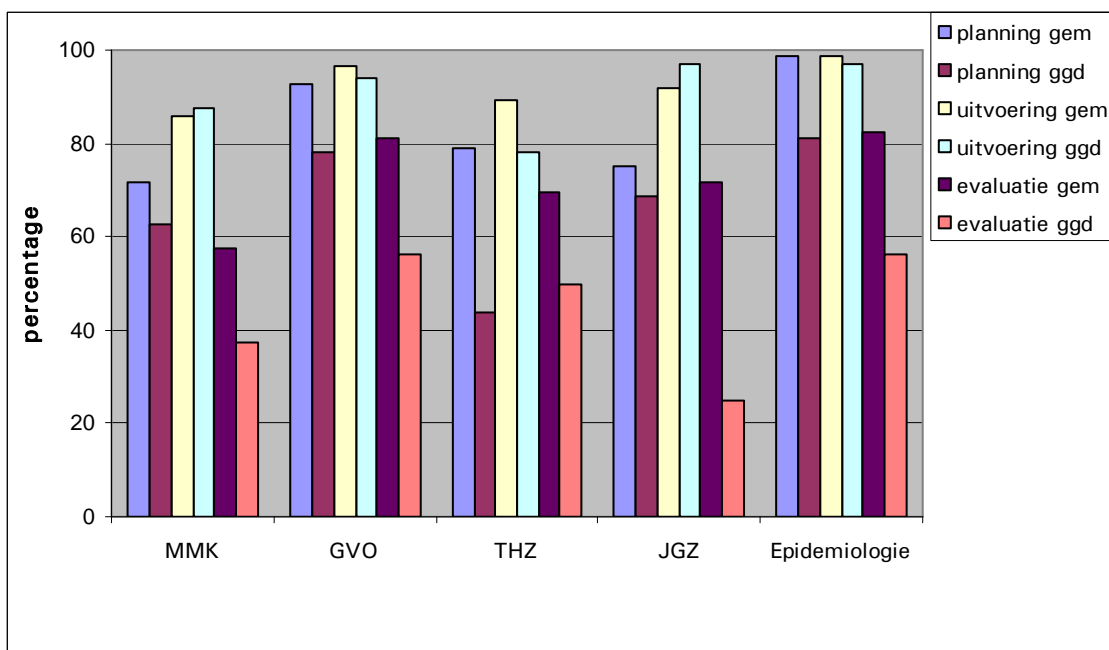
| Taken                         | Niet / onbekend wie uitvoert (%) |                        |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------|
|                               | Medische milieukunde             | Technische hygiënezorg |
| <b>Planning / Coördinatie</b> | 19                               | 15                     |
| <b>Uitvoering:</b>            |                                  |                        |
| - Signaleren                  | 17                               | 12                     |
| - Adviseren                   | 12                               | 11                     |
| - Voorlichting                | 13                               | 12                     |
| - Onderzoek                   | 20                               | 12                     |
| <b>Evaluatie</b>              | 39                               | 29                     |

Gemeenten lijken met name de evaluatie van de uitvoering van WCPV-taken minder goed te hebben georganiseerd. Het betreft vooral de terreinen medische milieukunde en technische hygiënezorg, maar ook de epidemiologie en jeugdgezondheidszorg (16 en 13%) (zie figuur 3). Daarnaast geven de GGD'en minder vaak aan dat zij de taken

uitvoeren voor de gemeenten. Vooral wat betreft de planning/coördinatie en de evaluatie van taken voeren GGD'en dit minder vaak uit dan de gemeenten denken. Voor de taak technische hygiënezorg geeft meer dan driekwart van de gemeenten aan dat de GGD de planning en coördinatie voor hen uitvoert (79%) terwijl de GGD aangeeft dit voor 44 procent van de gemeenten te doen.

Figuur 3

### Uitvoering WCPV-taken door de GGD volgens opgave gemeente en opgave GGD



*GEM = gemeenten; MMK = medische milieukunde; GVO = preventieprogramma's inclusief gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO); THZ = technische hygiënezorg; JGZ = jeugdgezondheidszorg*

Voor medische milieukunde en technische hygiënezorg heeft minder dan de helft van de gemeenten aangegeven een visie of beleid te hebben vastgelegd in een nota (lokaal gezondheidsbeleid) of ander document (tabel 20).

Tabel 20

### Visie of beleidsplan voor WCPV-taken

| WCPV-taak (n = 84)                          | Visie / beleidsplan (%) |
|---------------------------------------------|-------------------------|
| Jeugdgezondheidszorg                        | 80                      |
| Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) | 73                      |
| Gezondheidsvoorlichting- en opvoeding (GVO) | 68                      |
| Technische hygiënezorg                      | 45                      |
| Medische milieukunde                        | 44                      |

### Uitvoering preventieprogramma's

Meer dan de helft van de gemeenten biedt projecten of programma's aan op het gebied van roken, bewegen, alcohol en drugs. Minder dan de helft van de gemeenten biedt

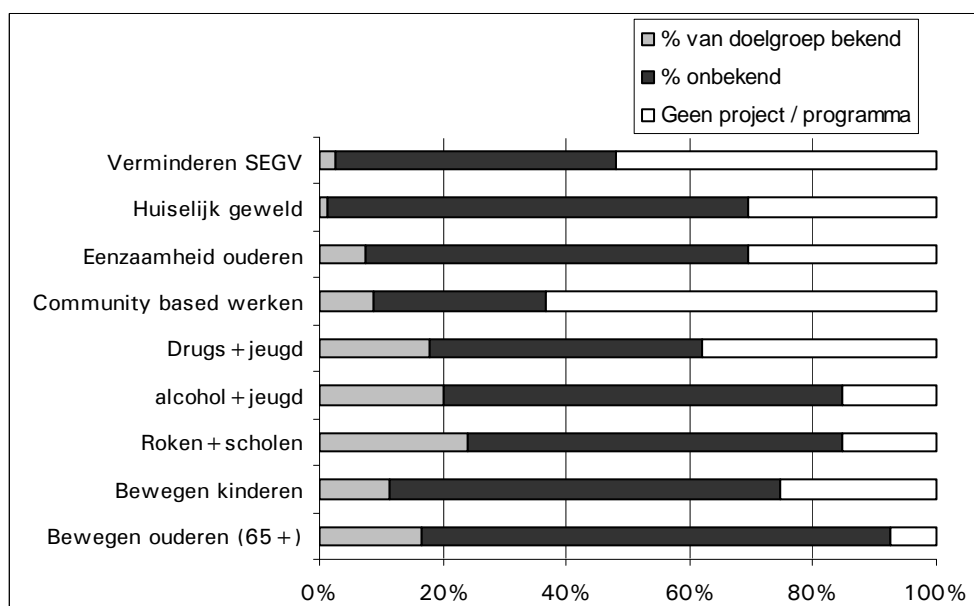
programma's die gericht zijn op het verminderen van sociaal economische gezondheidsverschillen (48%) of wijkgericht (community based) werken (37%).

Weinig gemeenten weten wat het bereik is van de verschillende projecten die zij (laten) uitvoeren. Minder dan een kwart van de gemeenten weet welk deel van de doelgroep zij bereikt ten aanzien van roken (24%), voor alle andere thema's is het bereik nog minder bekend bij gemeenten.

Centrumgemeenten bieden vaker dan perifere gemeenten programma's aan die gebaseerd zijn op het wijkgericht werken (centrumgemeenten 65% versus perifere gemeenten 29%;  $X^2$ ,  $p=0,007$ ), en gericht op roken op scholen en alcoholgebruik bij de jeugd (centrumgemeenten 100% versus perifere gemeenten 81%;  $X^2$ ,  $p=0,049$ ).

Figuur 4

#### Bereik van de doelgroep van preventieprogramma's

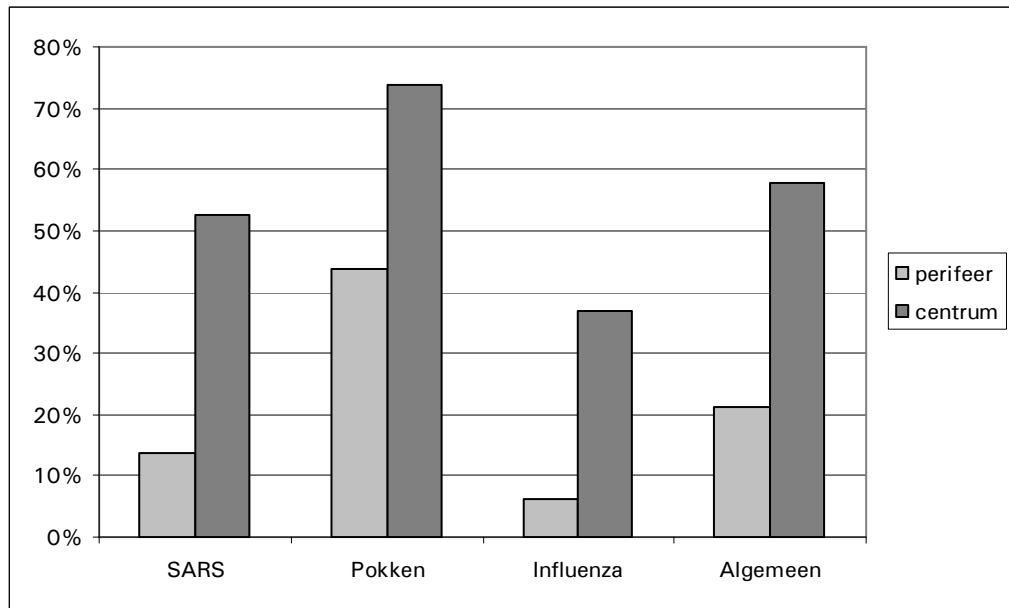


SEGV = sociaal economische gezondheidsverschillen

#### Uitvoering infectieziektebestrijding: Draaiboeken infectieziekten

Slechts eenderde van de gemeenten heeft een algemeen draaiboek voor de uitbraak van infectieziekten (29%). Voor pokken hebben meer gemeenten een draaiboek, namelijk de helft van alle gemeenten (51%). Centrumgemeenten en grotere gemeenten hebben vaker een draaiboek dan de kleine en perifere gemeenten ( $X^2$ ,  $p \leq 0,003$ ; draaiboek pokken  $X^2$   $p=0,022$  centrum-perifeer en  $X^2$   $p=0,067$  gemeentegrootte).

Figuur 5  
Draaiboek infectieziekten



### 3.8 Uitvoering van de OGGZ onvoldoende gestructureerd

#### Meerderheid gemeenten heeft beleid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

Minder dan driekwart van de gemeenten heeft volgens eigen opgave een visie of beleid voor de OGGZ-problematiek vastgelegd in een nota of ander document (73%). De GGD'en geven aan dat 84 procent van de gemeenten een visie of beleidsplan heeft geschreven.

In 63 procent van de gevallen is de GGD adviseur bij het opstellen van de visie of het beleidsplan geweest. Iets minder dan de helft van de GGD'en heeft de visie ook geschreven (44%).

#### Afspraken in de helft van de gemeenten via convenant

Landelijk is in 2001 een convenant OGGZ afgesloten<sup>[18]</sup>. Doel hiervan was dat dit op regionaal niveau navolging zou krijgen. Dit is slechts ten dele gelukt. Iets meer dan de helft van de gemeenten geeft aan dat zij een (regionaal) convenant hebben afgesloten voor OGGZ-activiteiten (55%). De meeste convenanten hebben betrekking op de bemoeizorg en dak- en thuislozenzorg (tabel 21).

Tabel 21  
**Convenant(en) OGGZ afgesloten**

| <i>(n = 83)</i>                        | %  |
|----------------------------------------|----|
| Ja                                     | 55 |
| Nee                                    | 30 |
| Onbekend                               | 15 |
| <b>Zo ja, over welke activiteiten?</b> |    |
| Bemoeizorg                             | 33 |
| Dak- en thuislozenzorg                 | 31 |
| Crisisopvang / acute zorg              | 27 |
| Signalering en beleidsadvisering       | 27 |
| Preventie                              | 23 |
| Meldpunt overlast                      | 22 |
| Psychosociale hulpverlening na rampen  | 19 |
| Onderlinge consultatie                 | 18 |
| Sociale kaart                          | 13 |
| Andere                                 | 8  |

Gemeenten met een convenant voor OGGZ-activiteiten hebben deze meestal afgesloten op GGD-regioniveau (41%) of op het niveau van de centrumgemeente met regio (35%). De centrumgemeenten hebben niet vaker dan perifere gemeenten een convenant afgesloten.

Meer dan driekwart van de gemeenten heeft afspraken gemaakt, al dan niet in de vorm van een convenant, met andere (centrum)gemeenten (82%). Meestal betrof het afspraken over de dak- en thuislozenzorg en crisisopvang/acute zorg (tabel 22). GGD'en hebben aangegeven dat in 59 procent van de gemeenten afspraken zijn gemaakt over de uitvoering van de OGGZ-activiteiten. Eenzelfde percentage gemeenten heeft een convenant afgesloten. Mogelijk is de GGD wel betrokken bij het afsluiten van convenanten, maar niet altijd bij het maken van andere afspraken van de gemeenten met andere partijen. Volgens de GGD'en heeft driekwart van de centrumgemeenten een convenant of afspraak (77%) en de helft van de perifere gemeenten (47%).

Tabel 22

**Afspraken tussen gemeente(n) en centrumgemeente(n) over het uitvoeren van OGGZ-activiteiten**

| <i>Afspraken aanwezig (n = 83)</i>            | <i>%</i> |
|-----------------------------------------------|----------|
| Ja                                            | 82       |
| Nee                                           | 8        |
| Onbekend                                      | 20       |
| <b><i>Zo ja, over welke activiteiten?</i></b> |          |
| Dak- en thuislozenzorg                        | 66       |
| Crisisopvang / acute zorg                     | 64       |
| Bemoeizorg                                    | 42       |
| Psychosociale hulpverlening na rampen         | 34       |
| Signalering en beleidsadvisering              | 33       |
| Preventie                                     | 29       |
| Meldpunt overlast                             | 29       |
| Onderlinge consultatie                        | 16       |
| Sociale kaart                                 | 10       |
| Andere                                        | 7        |

**OGGZ staat onvoldoende op de agenda van het bestuur**

De OGGZ-problematiek staat in meer dan de helft van de gemeenten niet gestructureerd op de agenda van de gemeenteraad (56%) en in éénderde van de gemeenten niet op de agenda van het college van B&W (32%). In vrijwel alle gemeenten staat het onderwerp *wel* op de agenda van ambtelijk overleg (91%). In vier gemeenten staat het op geen enkele agenda (raad, college of ambtelijk overleg) (6%).

Gemeenten bespreken de OGGZ gemiddeld twee keer per jaar in het college van B&W en de raad en zeven keer per jaar op ambtelijk niveau. Centrumgemeenten hebben vaker overleg dan de perifere gemeenten (t-test;  $p \leq 0,047$ ) waarschijnlijk ten gevolge van een grotere OGGZ-problematiek en de wijze van financiering.

*“Het onderwerp valt onder een andere wethouder. Het staat wel op de agenda maar in de regionale overleggen, omdat de gemeente zelf hier geen formatie voor heeft. Er is weinig lokale sturing.”* (wethouder volksgezondheid)

In kleine gemeenten reageert men met name ad hoc op OGGZ-problemen. Grote gemeenten hebben wel aandacht voor de OGGZ, maar staan voor het dilemma dat kosten enorm stijgen en dat er een aanzuigende werking uitgaat van (opvang)-voorzieningen.

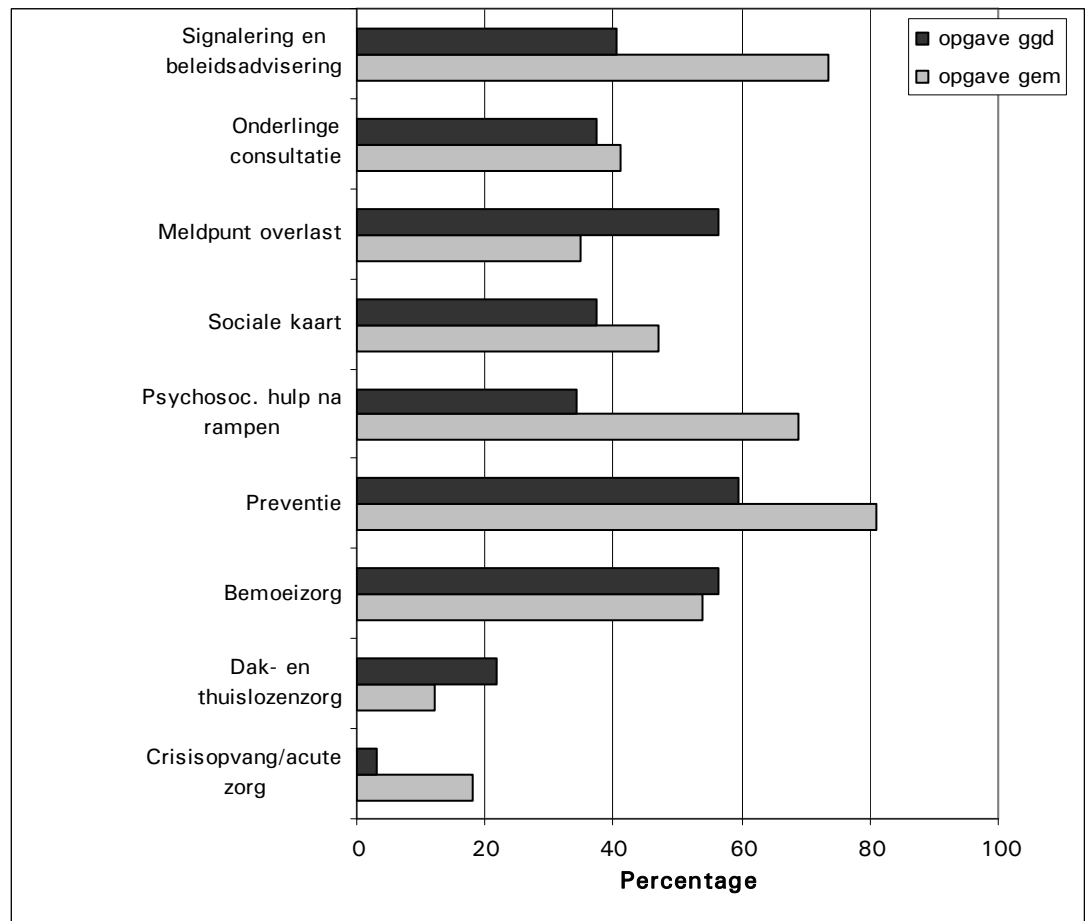
*“Knelpunt is dat alle gemeenten elkaar aan zitten te kijken en dat de centrumgemeente het dan maar gaat doen.”* (wethouder volksgezondheid)

### Uitvoering van activiteiten redelijk

De meerderheid van de gemeenten kan aangeven welke partijen de verschillende OGGZ-taken voor hen uitvoeren. De OGGZ-activiteit 'onderlinge consultatie' vullen gemeenten het minst goed in (41% "niet geregeld"). De 'crisisopvang/acute zorg' wordt het best (7% "niet geregeld") ingevuld (bijlage 3, zie tabel 9). GGD'en geven minder vaak aan taken uit te voeren voor de gemeenten dan de gemeenten zelf, met uitzondering van de uitvoering van de 'dak- en thuislozenzorg' en het 'meldpunt overlast' (figuur 6).

Figuur 6

### Uitvoering van OGGZ-activiteiten door GGD (opgave gemeente en GGD)



GEM = gemeenten

### Inzicht in omvang van de doelgroep en gezondheidsproblemen onvoldoende

Gemeenten hebben de omvang van de verschillende OGGZ-doelgroepen nog onvoldoende in beeld. Het inzicht varieert per doelgroep, maar minder dan eenderde heeft inzicht in de omvang (tabel 23). Slechts 18 procent heeft inzicht in de gezondheidssituatie.

Tabel 23

**Zicht op de omvang van OGGZ-doelgroepen**

| <i>Doelgroep (n = 83)</i>                | <i>aantal bekend %</i> |
|------------------------------------------|------------------------|
| Dak-/thuislozen                          | 31                     |
| Zorgwekkende zorgmijders <sup>[ij]</sup> | 28                     |
| Drugsverslaafden                         | 25                     |
| Illegalen, uitgeprocedeerde asielzoekers | 22                     |
| Prostitu e(s)                            | 18                     |

**3.9 Jeugdgezondheidszorg****Integratie JGZ 0-19 stagneert****Volledige integratie nog niet in zicht**

Tweederde van de gemeenten heeft een visie of beleidsplan opgesteld voor de integratie van de jeugdgezondheidszorg 0-19 (66%) (tabel 24).

In de meeste gemeenten moet de integratie na 2005 gereed zijn (47%) en in een kwart van de gemeenten in 2005 (24%). Bij 24% is de einddatum onbekend.

Tabel 24

**Visie of beleidsplan voor de integratie JGZ 0-19 jaar**

| <i>Visie en/of beleidsplan aanwezig (n = 83)</i> | <i>%</i> |
|--------------------------------------------------|----------|
| Ja, over de inhoud van de zorg voor 0-19         | 18       |
| Ja, over de organisatie van de JGZ               | 16       |
| Ja, over de inhoud en de organisatie             | 33       |
| Nee                                              | 33       |
| Onbekend                                         | 1        |

Het doel van de integratie voor gemeenten is vooral de implementatie van het basis-takenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 (81%) en het afstemmen van het takenpakket (78%).

In de meeste gemeenten is nog geen sprake van organisatorische integratie van de jeugdgezondheidszorg; er wordt gekozen voor een samenwerkingsverband zonder organisatorische consequenties (55%). In slechts zeven gemeenten is het einddoel dat de jeugdgezondheidszorg geheel wordt uitgevoerd door de GGD, in twee gemeenten dat de jeugdgezondheidszorg 0-19 door de thuiszorg wordt uitgevoerd en in twee door een nieuwe organisatie (tabel 25).

[ij] Zorgwekkende zorgmijders: sociaal kwetsbare mensen die vanuit de optiek van professionele zorgverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven en geen op de reguliere hulpverlening passende hulpvraag hebben en lijden aan ernstige en langdurige psychische problematiek (IGZ, 2003).



Tabel 25

**Doel voor de organisatie JGZ 0-19**

| <i>Organisatorisch einddoel (n = 66)</i>                   | <i>aantal</i> | <i>%</i> |
|------------------------------------------------------------|---------------|----------|
| Uitvoering geheel door GGD                                 | 7             | 10,6     |
| Uitvoering geheel door thuiszorg                           | 2             | 3,0      |
| Uitvoering geheel door nieuwe organisatie                  | 2             | 3,0      |
| Samenwerkingsverband zonder organisatorische consequenties | 36            | 54,5     |
| (Nog) onbekend                                             | 19            | 28,8     |

**De gemeente heeft aansturing integratie meestal in handen**

De gemeente is de enige coördinator van de integratie in 26 gemeenten. In 10 gemeenten is de GGD de enige coördinator (tabel 26). In de meeste gemeenten hebben zowel GGD als de thuiszorg een rol als adviseur bij de integratie van de JGZ. 36 procent van de gemeenten geeft de coördinatie uit handen aan GGD en/of thuiszorg.

Tabel 26

**Coördinator van de integratie JGZ 0-19**

| <i>Coördinator (n = 50)</i> | <i>aantal</i> | <i>%</i> |
|-----------------------------|---------------|----------|
| Alleen gemeente             | 26            | 52       |
| Alleen GGD                  | 10            | 20       |
| Alleen thuiszorg            | 3             | 6        |
| Gemeente en GGD             | 2             | 4        |
| Gemeente en thuiszorg       | 0             | 0        |
| Thuiszorg en GGD            | 5             | 10       |
| Gemeente, GGD, thuiszorg    | 4             | 8        |

**Kansen voor uitvoering en de evaluatie van integratie nog niet overal goed**

Tweederde van de gemeenten met een beleidsplan heeft een plan van aanpak hieraan gekoppeld (68%). In 9 procent van de gemeenten is er geen plan van aanpak.

13 procent van de gemeenten heeft geen gestructureerd overleg met de GGD over de integratie en 17 procent niet met de thuiszorg. Met andere gemeenten in de regio vindt nog minder gestructureerd overleg plaats over de integratie (28%), terwijl de integratie regionaal speelt en vaak regionaal opgepakt wordt.

In 23 gemeenten is een evaluatie gepland van de doelstellingen of het beleidsplan, in 12 gemeenten is het nog onbekend omdat het beleidsplan nog niet is vastgesteld en in 23 gemeenten is er geen evaluatie gepland (35%). De GGD en thuiszorginstellingen worden in vrijwel alle gemeenten betrokken bij de evaluatie (83%).

## Basistakenpakket JGZ

Vrijwel alle gemeenten bieden naast het uniforme deel van het basistakenpakket producten uit het maatwerkdeel (88%). In vier gemeenten gebeurt dit niet (5%) en in 7 procent van de gemeenten is het onbekend.

Volgens de GGD biedt tweederde van de gemeenten de uniforme taken uit het basistakenpakket op de juiste wijze aan. Eén op de vijf gemeenten biedt volgens de GGD niet alle taken of niet op het juiste moment.

De keuzes voor het maatwerk baseren gemeenten vooral op het advies van GGD en/of thuiszorg (zie tabel 27).

Tabel 27

### Keuze voor de producten van het maatwerkdeel

| <i>Basis voor de keuze (n = 75)<sup>1</sup></i> | <i>%</i> |
|-------------------------------------------------|----------|
| Advies thuiszorg of GGD                         | 75       |
| Afstemming met jeugdbeleid                      | 56       |
| Gegevens van thuiszorg of GGD                   | 53       |
| Afstemming met gezondheidsbeleid                | 52       |
| Financiële haalbaarheid                         | 52       |
| Reeds gestarte projecten                        | 47       |
| Overleg met (buur)gemeenten                     | 41       |
| Overleg met provincie / provinciaal beleid      | 11       |
| Anders                                          | 7        |

<sup>1</sup> aantal gemeenten die het maatwerkdeel invullen

Eén op de vijf gemeenten vindt dat er maatwerkproducten zijn die nog niet geboden worden maar wel noodzakelijk zijn (18%). Tien van de zeventien GGD'en (59%) geven aan dat er maatwerk nodig is dat nu nog niet geboden wordt.

### 3.10 Ondersteuning van landelijke overheid voldoet niet

Eén van de conclusies uit het onderzoek van de inspectie uit 1995 was dat er behoefte was aan meer aansturing door de centrale overheid. Deze behoefte bestond zowel bij de gemeenten als bij de GGD-professionals. Het rijk heeft een aantal maatregelen genomen om hieraan tegemoet te komen zoals de wijziging van de WCPV, het aanbieden van bewezen effectieve (evidence based) programma's en het schrijven van de preventienota. De lokale nota's en de preventienota zouden op elkaar aan moeten sluiten en naar elkaar toe moeten groeien zodat landelijk de aandacht gericht wordt op dezelfde gezondheidsproblemen<sup>3,14</sup>.

#### Ondersteuning van het rijk voldoet beperkt

De ondersteuning van het rijk voldoet in beperkte mate voor bijna de helft van de gemeenten en in hoge/ruime mate in minder dan een vijfde van de gemeenten (gemiddeld 18%). Het minste voldoen de taakafbakening, instrumenten voor aansturing

van de openbare gezondheidszorg en de coördinatie van onderzoek volgens de gemeenten.

Weinig gemeenten hebben de landelijk aangereikte instrumenten voor facetbeleid gebruikt (zie paragraaf 5.6 Facetbeleid).

Tabel 28

**Mate waarin de aansturing/facilitering vanuit de centrale overheid voldoet**

| <i>Vorm van ondersteuning (n = 78)</i>                                  | <i>niet (%)</i> | <i>in beperkte mate (%)</i> | <i>in ruime / hoge mate (%)</i> |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Beschikbaar stellen van bewezen effectieve (evidence based) programma's | 32              | 51                          | 17                              |
| Beschikbaar stellen van landelijke preventieprogramma's                 | 30              | 51                          | 19                              |
| Taakafbakening GGD en overige OGZ-aanbieders                            | 39              | 49                          | 13                              |
| Beschikbaar stellen van instrumenten voor aansturing van de OGZ         | 39              | 49                          | 13                              |
| Beschikbaar stellen van 'best practices'                                | 35              | 37                          | 28                              |
| Coördinatie van onderzoek                                               | 37              | 51                          | 12                              |
| Stellen van gezondheidsdoelstellingen                                   | 24              | 54                          | 22                              |
| <i>Gemiddeld</i>                                                        |                 |                             | <i>18</i>                       |

Eenderde van de gemeenten geeft een toelichting bij de antwoorden. De meesten geven aan dat zij (nog) geen mening hebben of kunnen vormen over de ondersteuning en aansturing. Een aantal gemeenten geeft aan de ondersteuning van de GGD of landelijke koepels belangrijker te vinden.

*"De praktijk wijst uit dat op meerdere plekken hetzelfde uitgevonden wordt. De rijksoverheid zou coördinatie van bijvoorbeeld monitoring, epidemiologie en dergelijke op zich moeten nemen. Lokaal gezondheidsbeleid moet vooral lokaal zijn. Onderlinge versterking lokaal-landelijk kan verbeterd worden."* (wethouder volksgezondheid)

De preventienota van het rijk voldoet in beperkte mate aan de verwachtingen van de gemeenten. De gemeenten hebben de nota vooral kunnen gebruiken als kader bij het stellen van doelen (27% in ruime/hoge mate) of bij het stellen van prioriteiten (21% in ruime/hoge mate) (zie tabel 29). Voor ongeveer 10 procent van de gemeenten heeft de preventienota in ruime/hoge mate bijgedragen als kader voor de uitvoering of als referentiekader voor de evaluatie (respectievelijk 11 en 10%).

Een aantal gemeenten heeft een toelichting gegeven bij het antwoord (n = 31). Vijftien gemeenten geven aan dat de nota onbekend is, dat zij hier geen mening over hebben en/of dat zij de nota niet hebben gebruikt (19%). Acht gemeenten geven aan dat de nota te laat kwam en vijf gemeenten dat deze te beperkt is qua reikwijdte. Vier gemeenten geven aan de lokale problemen prioriteit te geven. Tijdens de bezoeken geven kleine gemeenten aan moeite te hebben met de vertaalslag en de problemen niet altijd te herkennen. Gemeenten blijken ook onderwerpen te missen, zoals depressie en sociaal economische gezondheidsverschillen.

*“Landelijke prioriteiten zijn eigenlijk niet zo bekend, maar het zal wel gaan om roken en bewegen.”* (wethouder volksgezondheid)

*“De gemeente heeft de speerpunten uit de rijksnota meegenomen in de eigen nota. De rijksnota was beperkter van opzet dan verwacht. Het nationaal contract was veel breder en het onderwerp sociaal economische gezondheidsverschillen ontbreekt in de rijksnota.”* (wethouder volksgezondheid)

Bij de analyse van gezondheidsproblemen heeft tweederde van de gemeenten de preventienota in beperkte mate gebruikt (67%) en ook bij het maken van de beleidskeuze speelt de landelijke nota een beperkte rol voor de gemeenten (54%). In ongeveer een kwart van de gemeenten is de landelijke nota helemaal niet gebruikt bij het maken van de beleidskeuzen (22%).

### **Afstemming op landelijke prioriteiten moeizaam**

Voor de helft van de gemeenten (50%) en GGD'en (53%) heeft het te laat verschijnen van de preventienota een knelpunt gevormd om lokale preventie-activiteiten af te stemmen op de landelijke prioriteiten. Daarnaast vindt bijna de helft van de gemeenten het ook een knelpunt dat landelijke prioriteiten niet goed aansluiten bij de lokale prioriteiten (tabel 29). GGD'en vinden dit minder vaak een knelpunt; volgens bijna eenderde van de GGD'en is dit in enige/hoge mate een probleem bij de afstemming (29%). Mogelijk herkennen de GGD'en in de landelijk gesignaleerde problemen beter de lokale gezondheidsproblemen dan de gemeenten.

Gemeenten en GGD'en die zelf een ander knelpunt invullen geven allen aan dat de financiële middelen onvoldoende beschikbaar zijn (zes gemeenten, drie GGD'en). Negen gemeenten hebben geen antwoord gegeven, omdat zij geen mening hebben of onvoldoende inzicht.

Tabel 29

#### **Mate waarin onderstaande een knelpunt is om lokale preventie-activiteiten af te stemmen op landelijke prioriteiten (opgave gemeenten)**

| <i>Knelpunt (n = 80)</i>                                              | <i>Niet / in beperkte mate een knelpunt (%)</i> | <i>In enige / hoge mate een knelpunt (%)</i> |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Landelijke prioriteiten sluiten niet goed aan bij lokale prioriteiten | 53                                              | 47                                           |
| Te laat verschijnen van de preventienota van VWS                      | 50                                              | 50                                           |
| Onvoldoende beschikbare interventies voor landelijke prioriteiten     | 68                                              | 33                                           |

In de nota's noemen gemeenten vaak wel de landelijke prioriteiten <sup>[2]</sup>. Uit het aanbod van preventie-programma's blijkt dat de meerderheid van de gemeenten één of meerdere programma's biedt gericht op thema's die ook landelijk prioriteit hebben zoals bewegen (overgewicht) en roken. Gemeenten weten vaak niet welk percentage van de doelgroep ze hiermee bereiken (zie paragraaf 5.7 uitvoering wettelijke taken).

## BIJLAGE 1 Referenties

- 1 Wet collectieve preventie volksgezondheid
- 2 Staat van de Gezondheidszorg 2005. Deelrapporten en achtergronddocumenten op cd-rom. IGZ, Den Haag. november 2005.
- 3 Gemeentelijke betrokkenheid bij de collectieve preventie. IGZ, 1995.
- 4 Spelen op de Winst. Een visie op de openbare gezondheidszorg. Platform openbare gezondheidszorg, 2000.
- 5 Nationaal Contract openbare gezondheidszorg. Ministerie van VWS, Binnenlandse zaken, GGD Nederland, VNG, 2001.
- 6 [www.ggdkennisnet.nl/monitors](http://www.ggdkennisnet.nl/monitors)
- 7 Convenant gezondheidsbevordering in lokaal perspectief. GGD Nederland, VNG, NIGZ, 2005.
- 8 [www.netwerkgezondegemeenten.nl](http://www.netwerkgezondegemeenten.nl)
- 9 Monitor lokaal gezondheidsbeleid. Resultaten nulmeting. SGBO, 2002.
- 10 Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag. VWS, 2003.
- 11 Waarheen, waarvoor .... : VWS wil openbare gezondheidszorg meer sturen. L. Lotterman. - G-vakblad over gezondheid en maatschappij. 3(2005)1, p. 16-20.
- 12 Hervorming publieke gezondheid nodig. Nieuwe bedreigingen vereisen krachtig beleid. P. Mackenbach, Medisch contact 60(2005)14, p. 568-571.
- 13 Wetsvoorstel Wet Maatschappelijke Ondersteuning. VWS, 2005.
- 14 Gezondheid op koers? Volksgezondheid toekomstverkenning 2002. RIVM, 2002.
- 15 Wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Memorie van Toelichting. Tk. 28063, nr. 3, 2001-2002.
- 16 Convenant tot uitvoering van het beleid inzake openbare geestelijke gezondheidszorg. Den Haag, 19 oktober 1999.
- 17 Convenant openbare geestelijke gezondheidszorg. Een handreiking ter opstelling van een lokaal of regionaal convenant OGGZ. (VNG, 2002)
- 18 Wetswijziging Wet dualisering gemeentelijke medebewindsbevoegdheden.  
<http://www.vng.nl/Documenten/Extranet/Sez/ZWS/KST77500.rtf>
- 19 Financieel overzicht gemeenten 2004.  
<http://www.minbzk.nl/contents/pages/9433/fog.pdf>
- 20 Zorgen over zorg. Dossier WMO. Binnenlands Bestuur, 2005.
- 21 [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_map/o1252n21940.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1252n21940.html)
- 22 Doelstellingen Sociaal. [www.grotestedenbeleid.nl](http://www.grotestedenbeleid.nl)
- 23 Instrumenten voor Integraal Gezondheidsbeleid. Gemeentelijk gezondheidsbeleid in de praktijk 2 (6). VNG, GGD Nederland, 2004.
- 24 Instrumenten voor Integraal Gezondheidsbeleid. Gemeentelijk gezondheidsbeleid in de praktijk 2 (6). VNG, GGD Nederland, 2004.
- 25 <http://www.nigz.nl/infocentrum/>
- 26 Voortgangsmeter lokaal gezondheidsbeleid. Een instrument voor gemeenten om de voortgang van het beleid te bewaken. Gemeentelijk gezondheidsbeleid in de praktijk 2 (9). VNG, GGD Nederland, 2004.
- 27 Lokale regie uit macht of onmacht? Onderzoek naar de optimalisering van de gemeentelijke regiefunctie. Partners + Pröpper, 2004

**BIJLAGE 2 Lijst van afkortingen**

|       |                                                                                   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| AMW   | Algemeen maatschappelijk werk                                                     |
| APV   | Algemeen plaatselijke verordening                                                 |
| B&W   | (college van) Burgemeester en wethouders                                          |
| CPA   | Centrale post ambulancevervoer                                                    |
| CAD   | Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs                                           |
| GES   | Gezondheidseffectscreening                                                        |
| GGD   | Gemeentelijke gezondheidsdienst (zie ook onder definities)                        |
| GGZ   | Geestelijke gezondheidszorg                                                       |
| GHOR  | Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen                                       |
| GVO   | Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding                                             |
| HKZ   | Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector                               |
| HOED  | Huisartsen onder één dak                                                          |
| IGZ   | Inspectie voor de Gezondheidszorg                                                 |
| JGZ   | Jeugdgezondheidszorg                                                              |
| MMK   | Medische milieukunde                                                              |
| NIGZ  | Nationaal Instituut voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie                |
| OGGZ  | Openbare geestelijke gezondheidszorg                                              |
| OGZ   | Openbare gezondheidszorg                                                          |
| RIAGG | Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg                    |
| RIVM  | Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu                                     |
| RvZ   | Raad voor de volksgezondheid en zorg                                              |
| SEGV  | Sociaal economische gezondheidsverschillen                                        |
| SES   | Sociaal economische status                                                        |
| SGBO  | Onderzoeksbureau VNG (Sociaal-geografisch en bestuurskundig onderzoek)            |
| SGZ   | Staat van de Gezondheidszorg                                                      |
| TT    | Thematisch toezicht                                                               |
| THZ   | Technische hygiënezorg                                                            |
| VNG   | Vereniging van Nederlandse Gemeenten                                              |
| VTV   | Volksgezondheid toekomst verkenningen                                             |
| VWS   | Volksgezondheid, Welzijn en Sport                                                 |
| WCPV  | Wet collectieve preventie volksgezondheid                                         |
| WHO   | World Health Organization                                                         |
| WMO   | Wet maatschappelijke ondersteuning<br>(Of Wet medisch wetenschappelijk onderzoek) |

## Definities en toelichtingen

### Preventie

Preventie is het voorkomen van ziekten, het voorkomen van complicaties en verergering bij ziekte, maar ook het handhaven en verbeteren van de gezondheid van de hele bevolking (bron; preventienota VWS, 2003)

### Openbare gezondheidszorg

- De OGZ omvat die onderdelen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking.
- De OGZ draagt er zorg voor dat alle beleidsterreinen van de samenleving worden betrokken bij het bereiken van de doelen van het gehele, op de gezondheidstoestand van de bevolking gerichte beleid.
- De OGZ draagt bij aan het bevorderen van de beschikbaarheid, de toegankelijkheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van de (zorg)voorzieningen.
- De OGZ is in de gezondheidszorg naar werkwijze veelal populatiegericht, permanent, programmatisch en professioneel.
- De OGZ komt veelal – zij het niet uitsluitend – tot stand zonder dat daar een hulpvraag aan ten grondslag ligt, althans geen vrijwillige of door de verzorgde zelf geformuleerde hulpvraag.
- De OGZ komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur; dit geldt zowel voor beleid, voor regie als voor uitvoering.  
(bron; Spelen op winst. Platform OGZ)

### GGD

Gemeentelijke Gezondheidsdienst. Soms staat de eerste G ook voor Gewestelijke of Gemeenschappelijke. De stad Utrecht gebruikt de naam GG&GD. Bij GG&GD is er een derde G bij die verwijst naar Geneeskundige. Er zijn ook GGD'en die nauw samenwerken met andere regionale instanties zoals de brandweer en politie en zich dan gezamenlijk presenteren als 'hulpverleningsdienst'  
([http://www.ggd.nl/kennisnet/statpagina/show\\_pagina.asp?paginanr=109&style=1&titel=De%20naam%20GGD](http://www.ggd.nl/kennisnet/statpagina/show_pagina.asp?paginanr=109&style=1&titel=De%20naam%20GGD))

### Gezondheidswinst

Verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven (bron: memorie van toelichting, WCPV)

### Gezondheidsbeleid

Beleid dat erop gericht is de gezondheidstoestand van (delen) van de bevolking te handhaven of verbeteren door middel van maatregelen die gericht zijn op de determinanten van gezondheid (bron: J. van Dijk, 2001).

### Regie

Regie is een bijzondere vorm van sturen en is gericht op de afstemming van actoren, hun doelen en handelingen tot een min of meer samenhangend geheel, met het oog op een bepaald resultaat (bron: partners + pröpper, 2004).

## Instrumenten voor facetbeleid

### 1 Determinantenbeleidsanalyse

aan de hand van de gegevens over de gezondheidssituatie wordt bepaald wat de grootste gezondheidsproblemen zijn. Vervolgens wordt geanalyseerd wat de belangrijkste oorzaken (determinanten) zijn van deze problemen en uiteindelijk wordt in een plan van aanpak vastgelegd welke de gemeente daarvan gaat aanpakken en hoe ze dat gaat doen. (bron: boek 1 instrumentenkoffer GGD N/VNG, 2003).

### 2 Quick Scan Facetbeleid

met een vragenlijst wordt bekeken wat de gezondheidsrelevante aspecten zijn van gemeentelijke beleidsterreinen en kunnen prioritaire terreinen en de werkwijzen worden opgespoord. (bron: boek 1 instrumentenkoffer GGD N/VNG, 2003).

### 3 Checklist Gezondheidseffecten (GES)

Om bestaand (concept-)beleid te analyseren op de gezondheidseffecten. In een plan van aanpak kan worden aangegeven welke maatregelen genomen kunnen worden om eventuele negatieve effecten te verminderen of positieve gezondheidseffecten te versterken. (bron: boek 1 instrumentenkoffer GGD N/VNG, 2003).

## SES

de sociaal economische status is de relatieve positie van mensen in de sociale stratificatie. Hiervoor wordt gekeken naar een samenvatting van de aspecten opleidingsniveau, beroepsniveau en hoogte van het inkomen (bron; preventienota VWS 2003)

## OGGZ

De Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is zorg voor mensen die daar zelf niet om vragen, maar die het wel nodig hebben. Het kan daarbij gaan om preventie, opvang en zorg. De OGGZ is gericht op sociaal kwetsbare mensen en op de samenleving in haar geheel. Groepen die onder de doelgroep vallen zijn onder andere: dak- en thuislozen, mensen met schulden, alcohol- of drugsverslaafden, mensen met psychiatrische problemen en vereenzaamde ouderen. Het basisaanbod OGGZ is een mix van voorzieningen, organisatorische zaken en activiteiten en omvat de volgende onderdelen: samenwerkingsverband, crisisopvang/acute zorg, dak- en thuislozenzorg, bemoeizorg, preventie, psychosociale hulpverlening na rampen, sociale kaart, onderlinge consultatie, signalering en beleidsadvisering (bron: VNG, 2003).

## Zorgwekkende zorgmijders

Zorgwekkende zorgmijders: sociaal kwetsbare mensen die vanuit de optiek van professionele zorgverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven en geen op de reguliere hulpverlening passende hulpvraag hebben en lijden aan ernstige en langdurige psychische problematiek (bron: SGZ IGZ, 2003).

## Indeling gemeentegrootte klassen:

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Kleine gemeente      | < 50.000 inwoners       |
| Middelgrote gemeente | 50.000-100.000 inwoners |
| Grote gemeente       | > 100.000 inwoners      |



### BIJLAGE 3 Tabellen

Tabel 1

#### Respons

|                          | <i>Aantal<br/>uitnodigingen</i> | <i>Respons abs.</i> | <i>%</i> |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------|----------|
| GGD'en                   | 17                              | 17                  | 100      |
| Centrumgemeenten*        | 19                              | 19                  | 100      |
| Perifere gemeenten       | 83                              | 66                  | 80       |
| Mondeling + schriftelijk | 40                              | 40                  | 100      |
| Schriftelijk             | 62                              | 45                  | 73       |

\* GGD'en in de gemeenten Amsterdam en Rotterdam zijn niet benaderd.

Tabel 2

#### Gemeentegrootte

| <i>Inwonertal</i> | <i>Aantal steekproef</i> |          | <i>Landelijke<br/>verdeling (%)</i> | <i>1995 %<br/>(landelijk)</i> |
|-------------------|--------------------------|----------|-------------------------------------|-------------------------------|
|                   | <i>Abs.</i>              | <i>%</i> |                                     |                               |
| < 10.000          | 12                       | 13       | 17                                  | 26 (36)                       |
| 10.001-20.000     | 33                       | 27       | 34                                  | 9 (34)                        |
| 20.001-50.000     | 35                       | 34       | 36                                  | 40 (22)                       |
| 50.001-100.000    | 12                       | 14       | 8                                   | 14 (6)                        |
| > 100.000         | 8                        | 12       | 5                                   | 11 (3)                        |

Tabel 2a

#### Gemeentegrootte (centraal versus perifeer)

| <i>Inwonertal</i> | <i>Aantal gemeenten steekproef</i> |             |                 |             |
|-------------------|------------------------------------|-------------|-----------------|-------------|
|                   | <i>Centraal</i>                    |             | <i>Perifeer</i> |             |
|                   | <i>2004</i>                        | <i>1995</i> | <i>2004</i>     | <i>1995</i> |
| < 10.000          | 0                                  | 0           | 12              | 21          |
| 10.001-20.000     | 1                                  | 0           | 33              | 7           |
| 20.001-50.000     | 2                                  | 4           | 33              | 29          |
| 50.001-100.000    | 6                                  | 8           | 5               | 3           |
| > 100.000         | 10                                 | 9           | 0               | 0           |

Tabel 3  
**Urbanisatiegraad**

| <i>Urbanisatiegraad*</i>      | <i>Aantal gemeenten steekproef</i> |          | <i>Landelijke verdeling</i> | <i>1995</i> |
|-------------------------------|------------------------------------|----------|-----------------------------|-------------|
|                               | <i>Abs.</i>                        | <i>%</i> | <i>%</i>                    | <i>%</i>    |
| Niet stedelijk (< 500)        | 33                                 | 32       | 33                          | 26          |
| Weinig stedelijk (500-1000)   | 20                                 | 20       | 18                          | 21          |
| Matig stedelijk (1000-1500)   | 31                                 | 30       | 35                          | 28          |
| Sterk stedelijk (1500-2500)   | 12                                 | 12       | 12                          | 15          |
| Zeer sterk stedelijk (> 2500) | 6                                  | 6        | 3                           | 10          |

\* *indeling volgens CBS; aantal adressen per km<sup>2</sup>.*

Tabel 4  
**Beoordeling ontwikkelingen in de collectieve preventieve zorg in de afgelopen vijf jaar en het afgelopen jaar (opgave gemeente en GGD)**

|                   | <i>Afgelopen 5 jaar (%)</i>        |                               | <i>Afgelopen jaar (%)</i>          |                               |
|-------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
|                   | <i>Gemeente</i><br><i>(n = 85)</i> | <i>GGD</i><br><i>(n = 32)</i> | <i>Gemeente</i><br><i>(n = 85)</i> | <i>GGD</i><br><i>(n = 32)</i> |
| Verbetering       | 48                                 | 69                            | 29                                 | 47                            |
| Stabiele situatie | 25                                 | 25                            | 61                                 | 38                            |
| Verslechtering    | 5                                  | 0                             | 5                                  | 9                             |
| Onbekend          | 19                                 | 0                             | 4                                  | 0                             |
| Geen oordeel      | 4                                  | 6                             | 1                                  | 6                             |

Tabel 5  
**Agendering WCPV-taken / collectieve preventie**

| <i>Geagendeerde onderwerpen (n = 85)</i>                                                | <i>B&amp;W<br/>(%)</i> | <i>Raadscommissie<br/>(%)</i> | <i>Gemeenteraad<br/>(%)</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bespreking lokale nota gezondheidsbeleid                                                | 98                     | 8                             | 95                          |
| Bespreking (beleidsplan) integratie JGZ                                                 | 87                     | 60                            | 49                          |
| Begrotingsbehandeling GGD                                                               | 85                     | 55                            | 62                          |
| Bespreking jaarrekening GGD                                                             | 80                     | 54                            | 46                          |
| Calamiteiten (bijv. epidemieën, milieu-incidenten)                                      | 74                     | 37                            | 28                          |
| Bespreking jaarverslag GGD                                                              | 72                     | 45                            | 32                          |
| Begrotingsbehandeling gezondheidsbeleid                                                 | 71                     | 61                            | 64                          |
| Bespreking inkoop (keuze) producten GGD                                                 | 70                     | 33                            | 27                          |
| Bespreking projectvoorstellen en projectverslagen van de GGD of andere OGZ-instellingen | 65                     | 33                            | 13                          |
| Bespreking jaarplan GGD                                                                 | 60                     | 32                            | 25                          |
| Bespreking jaarrekening / jaarverslag gezondheidsbeleid                                 | 59                     | 41                            | 35                          |
| Anders                                                                                  | 2                      | 0                             | 0                           |
| In geen enkele fase/bij geen enkele gebeurtenis                                         | 0                      | 11*                           | 0                           |

\* gemeenten hebben vraag niet ingevuld (n = 9), n = 8 hebben geen raadscommissie

Tabel 6  
**Deelnemers aan het afstemmingsoverleg (opgave gemeente en opgave GGD, %)**

| <i>Deelnemende instellingen</i>  | <i>Jeugdbeleid<br/>n = 76*<br/>(opgave GGD)</i> | <i>Ouderenbeleid<br/>n = 67*<br/>(opgave GGD)</i> | <i>OGGZ/bemoeizorg<br/>n = 64*<br/>(opgave GGD)</i> |
|----------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Eerstelijns voorzieningen        | 38                                              | 40                                                | 38                                                  |
| Thuiszorg                        | 61                                              | 70                                                | 19                                                  |
| Ziekenhuizen                     | 0                                               | 9                                                 | 2                                                   |
| Verpleeghuizen/verzorgingshuizen | 3                                               | 69                                                | 11                                                  |
| GGZ                              | 11                                              | 55                                                | 63                                                  |
| GGD                              | 75 (73)                                         | 45 (60)                                           | 80 (92)                                             |
| Gemeenteambtenaren               | 93                                              | 90                                                | 81                                                  |
| Wethouders                       | 62                                              | 66                                                | 52                                                  |
| Provincie                        | 22                                              | 22                                                | 14                                                  |
| Welzijnsstichting                | 62                                              | 69                                                | 30                                                  |
| Zorgverzekeraars / zorgkantoor   | 7                                               | 39                                                | 38                                                  |
| Maatschappelijke opvang          | 17                                              | 9                                                 | 64                                                  |
| CAD/verslavingszorg              | 20                                              | 2                                                 | 59                                                  |
| Politie                          | 46                                              | 3                                                 | 50                                                  |
| Woningbouwcorporaties            | 9                                               | 55                                                | 48                                                  |
| Andere                           | 16                                              | 18                                                | 9                                                   |
| Onbekend                         | 3                                               | 0                                                 | 3                                                   |

\* gemeenten met afstemmingsoverleg

Tabel 7  
**Ontwikkeling van het budget voor GGD-taken (inclusief extra taken)**

|         | <i>% 2002-2003</i><br><i>(n = 73) *</i> | <i>% 2003-2004</i><br><i>(n = 77) *</i> |
|---------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Toename | 81                                      | 78                                      |
| Afname  | 15                                      | 20                                      |
| Gelijk  | 4                                       | 3                                       |

\* Gemeenten waarvan met de opgegeven budgetten de ontwikkeling van het budget vastgesteld kon worden.

Tabel 8  
**Expliciet advies gevraagd bij facetbeleid**

| <i>Beleidstaak (n = 78)</i>       | <i>Doorgaans</i><br><i>aantal</i> | <i>Incidenteel</i><br><i>aantal</i> | <i>Nooit</i><br><i>aantal</i> | <i>doorgaans</i><br><i>%</i> | <i>incidenteel</i><br><i>%</i> | <i>Nooit</i><br><i>%</i> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Milieuzaken                       | 16                                | 49                                  | 13                            | 21                           | 63                             | 17                       |
| Sociale voorzieningen             | 14                                | 34                                  | 30                            | 18                           | 44                             | 39                       |
| Onderwijs                         | 13                                | 44                                  | 21                            | 17                           | 56                             | 27                       |
| Openbare orde en veiligheid       | 8                                 | 41                                  | 29                            | 10                           | 53                             | 37                       |
| Volkshuisvesting                  | 5                                 | 34                                  | 39                            | 6                            | 44                             | 50                       |
| Maatschappelijk werk (AMW)        | 4                                 | 40                                  | 34                            | 5                            | 51                             | 44                       |
| Verkeer en vervoer                | 2                                 | 28                                  | 48                            | 3                            | 36                             | 62                       |
| Ruimtelijke ordening              | 2                                 | 31                                  | 45                            | 3                            | 40                             | 58                       |
| Openbare werken                   | 2                                 | 26                                  | 50                            | 3                            | 33                             | 64                       |
| Cultuur en recreatie              | 2                                 | 29                                  | 47                            | 3                            | 37                             | 60                       |
| Economische zaken/industriebeleid | 1                                 | 23                                  | 54                            | 1                            | 30                             | 69                       |

Tabel 9

**Partijen die OGGZ-activiteiten uitvoeren (voor de gemeente)**  
**(opgave gemeente en opgave GGD, %)**

| <i>OGGZ-activiteit (n = 83)</i>            | <i>Gemeente</i> | <i>GGD</i><br><i>(opgave</i><br><i>GGD)</i> | <i>GGZ</i> | <i>Maat-</i><br><i>schappelijke</i><br><i>opvang</i> | <i>Woning-</i><br><i>bouw-</i><br><i>vereniging</i> | <i>Overig</i> | <i>Geen</i> |
|--------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|-------------|
| Crisisopvang/acute zorg                    | 6               | 18 (3)                                      | 48         | 58                                                   | 0                                                   | 11            | 7           |
| Dak- en thuislozenzorg                     | 6               | 12 (22)                                     | 16         | 74                                                   | 2                                                   | 10            | 12          |
| Bemoeizorg                                 | 12              | 54 (56)                                     | 41         | 34                                                   | 8                                                   | 15            | 16          |
| Preventie                                  | 25              | 81 (59)                                     | 33         | 19                                                   | 11                                                  | 15            | 8           |
| Psychosociale hulp-<br>verlening na rampen | 10              | 69 (34)                                     | 31         | 10                                                   | 1                                                   | 28            | 11          |
| Sociale kaart                              | 28              | 47 (38)                                     | 4          | 6                                                    | 1                                                   | 11            | 28          |
| Meldpunt overlast                          | 36              | 35 (56)                                     | 13         | 12                                                   | 11                                                  | 21            | 23          |
| Onderlinge consultatie                     | 36              | 41 (38)                                     | 30         | 25                                                   | 17                                                  | 12            | 41          |
| Signalering en beleids-<br>advisering      | 53              | 74 (41)                                     | 33         | 29                                                   | 22                                                  | 15            | 16          |

*(gemeenten kunnen per activiteit meerdere partijen invullen)*