

# **Onderzoek gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid**

April 2005

## **Colofon**

### *Samenstelling*

Nora Kornalijnslijper  
Claudette Schoenmakers  
Karianne Smeets

### *Vormgeving binnenwerk*

### *Druk*

Sector Document Processing, VNG

## **SGBO**

Onderzoeks- en Adviesbureau van de  
Vereniging van Nederlandse Gemeenten  
Postbus 30435  
2500 GK Den Haag

## **SGBO**

Niets uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van SGBO.

Aan de totstandkoming van deze publicatie is de grootst mogelijke zorg besteed. SGBO kan echter niet aansprakelijk worden gesteld voor eventuele onjuistheden, noch kunnen aan de inhoud rechten worden ontleend.

# Inhoudsopgave

|  | blz.      |
|--|-----------|
| <b>INHOUDSOPGAVE</b>   | <b>2</b>  |
| <b>1 INLEIDING</b>   | <b>4</b>  |
| <b>2 ACHTERGROND EN PROBLEEMSTELLING</b>   | <b>1</b>  |
| <b>3 ONDERZOEKSOPZET</b>   | <b>3</b>  |
| 3.1 Toetsingskader van de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid            | 3         |
| 3.2 Onderzoekspopulatie  | 5         |
| <b>4 TOTSTANDKOMING VAN DE NOTA'S</b>  | <b>8</b>  |
| 4.1 Betrokken partijen   | 8         |
| 4.2 Vaststelling nota gezondheidsbeleid  | 11        |
| <b>5 INHOUD VAN DE NOTA'S</b>  | <b>13</b> |
| 5.1 Wettelijke vereisten   | 13        |
| 5.1.1 Bevorderingstaken  | 15        |
| 5.1.2 Infectieziektebestrijding  | 15        |
| 5.1.3 Jeugdgezondheidszorg   | 16        |
| 5.1.4 GGD om advies vragen bij belangrijke besluiten voor de collectieve preventie | 16        |
| 5.2 Aansluiting gezondheidsproblemen, beleidsprioriteiten en maatregelen           | 16        |
| 5.3 Landelijke prioriteiten in de nota lokaal gezondheidsbeleid                    | 18        |
| 5.4 Facetbeleid  | 19        |
| 5.4.1 Bewaking gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen                   | 19        |
| <b>6 IMPLEMENTATIE VAN DE NOTA'S</b>   | <b>20</b> |
| 6.1 Aandacht voor implementatie in de nota's                                       | 20        |
| 6.2 Plan van aanpak  | 21        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 6.3      | Activiteiten in het plan van aanpak   | 21        |
| 6.4      | Financiering  | 22        |
| 6.5      | Evaluatie   | 23        |
| 6.6      | Bevordert de lokale nota de aandacht voor implementatie?  | 23        |
| <b>7</b> | <b>CONCLUSIES EN DISCUSSIE</b>  | <b>24</b> |
| 7.1      | Invulling door gemeenten van de verplichte nota gezondheidsbeleid                                 | 24        |
| 7.2      | Hoe scoren de nota's op een aantal kwaliteitscriteria?  | 25        |
| 7.3      | Wat is de betekenis van de nota's voor de implementatie van het gezondheidsbeleid en voor de OGZ? | 25        |
| 7.4      | Discussie   | 26        |
|          | <b>BIJLAGE 1 TOETSINGSFORMULIER</b>   | <b>31</b> |
|          | <b>BIJLAGE 2 VRAGENLIJST</b>  | <b>35</b> |

# 1 Inleiding

Elk jaar brengt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een rapport uit in de serie 'Staat van de Gezondheidszorg' (SGZ). In 2005 verschijnt het rapport over de Staat van de Openbare Gezondheidszorg (OGZ). De Inspectie wil daarin onder meer aangeven in hoeverre de OGZ verankerd is in de bestuurlijke context. De IGZ heeft een plan van aanpak opgesteld waarin uiteengezet wordt welke activiteiten uitgevoerd worden om de verankering van de OGZ in beeld te brengen. In 2004 en 2005 worden daarvoor verschillende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd.

Een van de activiteiten is een onderzoek naar de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid die elke gemeente verplicht is op te stellen. SGBO, het Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is gevraagd dit deelonderzoek uit te voeren vanwege haar ervaring met onderzoek onder gemeenten en met de thema's OGZ en lokaal gezondheidsbeleid. In dit rapport wordt van dit onderzoek verslag gedaan.

Een andere bouwsteen voor de SGZ wordt gevormd door de uitkomsten van het thematisch onderzoek naar de bestuurlijke betrokkenheid bij collectieve preventie. De IGZ neemt de uitvoering van dit onderdeel zelf voor haar rekening. Dit onderzoek wordt zo veel mogelijk uitgevoerd in (een selectie van) dezelfde gemeenten die in het deelonderzoek van SGBO hebben geparticipeerd.

Het onderhavige rapport beschrijft het onderzoek dat SGBO heeft gedaan naar de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. SGBO heeft hiertoe naar honderd geselecteerde gemeenten een vragenlijst gestuurd met vragen over de totstandkoming van de nota en de stand van zaken bij de uitvoering daarvan. Ten tweede zijn de vigerende nota's lokaal gezondheidsbeleid van tachtig gemeenten geanalyseerd. Deze zijn beoordeeld aan de hand van een scoringslijst, gebaseerd op wet en regelgeving en beleidstheorie. De uitvoering van de nota zelf is niet getoetst. Wel is onderzocht of de nota's inzicht geven in de kansen dat ze daadwerkelijk geïmplementeerd worden en is via een additionele vragenlijst informatie opgevraagd die ook deze kansen in beeld brengen.

## *Leeswijzer*

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de achtergrond en de probleemstelling van het onderzoek. In hoofdstuk 3 volgt de onderzoeksopzet. Hoofdstuk 4 behandelt de totstandkoming van de nota's lokaal gezondheidsbeleid. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 5 in op de inhoud en consistentie van de nota's. De implementatie van de nota's komt in hoofdstuk 6 aan de orde. In hoofdstuk 7 volgen een samenvatting en de conclusies. In de bijlagen vindt u tot slot de gebruikte onderzoeksinstrumenten: het toetsingsformulier ter beoordeling van de nota's en de enquête die gemeenten hebben ingevuld.

## 2 Achtergrond en probleemstelling

In 1995 heeft de IGZ onderzoek gedaan naar de wijze waarop gemeenten inhoud geven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheid op het gebied van de collectieve preventie. Een belangrijke constatering betrof de grote diversiteit in de mate van bestuurlijke betrokkenheid van gemeentebesturen bij de collectieve preventie. Dat bleek onder meer uit: de contacten met de GGD op verschillende bestuurlijke niveaus, in de onderbouwing van de keuzes voor beleidsdoelstellingen/-objecten, in de gelden die aan collectieve preventieve taken werd besteed en in het facetbeleid.

Na dit kritische rapport van de IGZ is de Commissie versterking collectieve preventie ingesteld, de zogeheten commissie-Lemstra, die advies daarover heeft uitgebracht. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft vervolgens besloten de in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) genoemde taken op een aantal punten te specificeren. Inmiddels is de WCPV met ingang van 1 januari 2003 gewijzigd. In de voorafgaande jaren zijn diverse ondersteunings- en versterkingsactiviteiten ondernomen, gericht op gemeenten en GGD'en door onder andere de VNG en GGD Nederland in opdracht van het ministerie van VWS.

De WCPV is het wettelijke kader voor een groot deel van de taken op het terrein van de OGZ. Sinds 1 januari 2003 vallen de taken die gedefinieerd zijn in de WCPV onder de Kwaliteitswet zorginstellingen.

In de nieuwe WCPV wordt in artikel 3b aan gemeenten opgedragen om elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Gemeenten dienen volgens dit artikel ten minste aan te geven hoe zij uitvoering geven aan de genoemde taken in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a en aan de in artikel 5, tweede lid genoemde verplichting.

### *Probleemstelling*

De probleemstelling van het onderzoek naar de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid (onderdeel 3) luidt als volgt:

*Op welke wijze hebben gemeenten invulling gegeven aan de in de WCPV opgenomen verplichting om een nota gezondheidsbeleid te ontwikkelen? Hoe scoren deze gemeentelijke nota's op een aantal kwaliteitscriteria? Namelijk: voldoen ze aan de verwachtingen van de wetgever en zijn ze inhoudelijk consistent. En wat is de betekenis van deze nota's voor de implementatie van het gezondheidsbeleid en voor de OGZ?*

Nadere uitwerking van de probleemstelling:

Ad 1. Op welke wijze hebben gemeenten invulling gegeven aan de in de WCPV opgenomen verplichting om een nota gezondheidsbeleid te ontwikkelen?

Daarbij gaat het om de volgende aspecten:

- \* het moment van vaststelling van de nota door het college van burgemeester en wethouders (B en W) en de gemeenteraad;
- \* of er een bestuursopdracht aan ten grondslag ligt;
- \* welke partijen betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de nota;
- \* of de GGD om advies is gevraagd over de nota voor de vaststelling door het college van B en W en de gemeenteraad.

Ad 2. Hoe scoren de nota's op een aantal kwaliteitscriteria?

De kwaliteitscriteria waarop de gezondheidsnota's zijn beoordeeld, zijn gezamenlijk door IGZ en SGBO ontwikkeld en vastgesteld door de IGZ en zijn gebaseerd op de WCPV, de memorie van toelichting daarbij [referentie] en beleidstheorie. Enkele kwaliteitscriteria zijn:

- \* of de nota gebaseerd is op inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
- \* of de doelen van de nota aansluiten op de gesignaleerde gezondheidsproblemen;
- \* of de gezondheidsdoelen in meetbare termen zijn geoperationaliseerd;
- \* of de gezondheidsdoelen naar bepaalde groepen in de bevolking zijn gespecificeerd.

Ad 3. Wat is de betekenis van de nota's voor de implementatie van het gezondheidsbeleid en voor de OGZ?

Hierbij zijn onder meer de volgende aspecten beoordeeld:

- \* de aanwezigheid van een activiteitenplan en begroting;
- \* procedure voor het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- \* of de nota concrete plannen voor de uitvoering van de diverse taken van de OGZ bevat.

#### *Doelstelling onderzoek*

Het onderzoek wil inzicht geven in de kwaliteit van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid zoals dat naar voren komt in de scores op een aantal kwaliteitscriteria en in de stand van zaken betreffende de implementatie. Op de tweede plaats wordt nagegaan of er een verband bestaat tussen de kwaliteit van de nota en de implementatie van de beleidsvoornemens.

# 3 Onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk gaat in op de wijze waarop het onderzoek is opgezet en uitgevoerd.

## 3.1 Toetsingskader van de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid

Voor het onderzoek zijn gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid en activiteitenplannen beoordeeld. Verwacht werd dat hieruit niet alle benodigde informatie af te leiden zou zijn. Om aanvullende informatie te verkrijgen over de ontwikkeling van de nota en de implementatie van de beleidsvoornemens hebben gemeenten daarom ook een enquête ontvangen. De vragenlijst is als bijlage 2 in het rapport opgenomen.

Voor de beoordeling van de nota's gezondheidsbeleid is een set kwaliteitscriteria ontwikkeld waaraan SGBO de nota's heeft getoetst. SGBO heeft een conceptnotitie opgesteld over de te hanteren kwaliteitscriteria. In overleg met de opdrachtgever is hieruit de definitieve set kwaliteitscriteria ontwikkeld. De IGZ heeft de definitieve set kwaliteitscriteria vastgesteld.

De kwaliteitscriteria zijn ontleend aan:

1. de wettelijk bepaalde eisen waaraan de nota's moeten voldoen (WCPV) en de memorie van toelichting bij de WCPV [ref];
2. de beleidswetenschappelijke notitie over beleidsvoorbereiding van Hoppe, R. en Jeliaskova, M. 1997 [ref].

### *Wettelijke kwaliteitscriteria*

Een onderdeel van de nota gezondheidsbeleid is het beschrijven van de manier waarop de gemeente vorm geeft aan de taken van de WCPV zoals geformuleerd in artikel 2, 3, eerste lid, artikel 3a en 5 lid 2. Bij het beoordelen van de gemeentelijke nota's is gekeken in hoeverre deze verplichte taken in de nota zijn beschreven. De wettelijke vereisten zijn dan ook één van de kwaliteitscriteria.

In de memorie van toelichting stelt de minister dat door het verplicht stellen van een nota gezondheidsbeleid de gemeenten worden uitgenodigd hun ambities op het gebied van het gemeentelijk gezondheidsbeleid te formuleren. Dit betekent dat het beschreven beleid in de nota nadrukkelijk meer moet zijn dan een beschrijving van de WCPV-taken. Bij de formulering van de kwaliteitscriteria is hiermee rekening gehouden.

### *Beleidstheoretische criteria*

Wij hebben bij de verdere ontwikkeling van de criteria gebruikgemaakt van een checklist van beoordelingscriteria waarmee rekening gehouden moet worden bij het voorbereiden van beleid [ref handleiding voor goed management van beleidsvoorbereiding van prof. Dr. R. Hoppe (hoogleraar in de beleidswetenschap) en M. Jeliaskova (adviseur management en beleid)]. In de checklist staan de volgende criteria:

- tijdigheid;
- vorm;
- procedure;
- financieel/juridisch;



- politiek/draagvlak;
- beleidsanalytische consistentie;
- deugdelijk argumenteren;
- handig argumenteren.

Een aantal van deze kwaliteitscriteria is goed bruikbaar voor het toetsen van de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid. Op de *procedure* van totstandkoming van de nota wordt in de vragenlijst aan gemeenten uitgebreid ingegaan. Dit criterium is daarom niet meegenomen in de toetsing van de nota's zelf. Daarnaast vinden we het criterium 'vorm' voor dit onderzoek een minder belangrijk criterium. Hierbij gaat het onder meer om correctheid van spelling en grammatica en bondigheid en gepastheid van de nota. Dit criterium is niet in het onderzoek meegenomen.

Diverse aspecten die onder de criteria *financieel/juridisch, deugdelijk en handig argumenteren* genoemd worden, zoals onder meer financiën, motivering en afstemming op doelgroep zijn meegenomen.

#### *Toetsingscriteria*

Op basis hiervan zijn na bespreking met de IGZ hoofdkwaliteitscriteria geformuleerd, deze zijn opgenomen in tabel 1 met het aantal punten dat voor elk criterium behaald kan worden.

Vanwege het tijdstip van verschijnen van de rijksnota is te verwachten dat veel gemeenten punt VI (landelijke prioriteiten) niet in de nota verwerkt hebben. De nota's zijn op dit punt wel gescoord, maar hieraan wordt geen oordeel gekoppeld.

Elk hoofdcriterium bestaat uit meerdere criteria. Zie voor het totale overzicht van kwaliteitscriteria het toetsingsformulier in bijlage 1. De criteria hebben een gewicht toegekend gekregen. Door optelling van de bijhorende punten, wordt *per* hoofdcriterium een totaalscore verkregen. De maximale scores per hoofdcriterium zijn weergegeven in tabel 1.

**Tabel 1** Kwaliteitscriteria

| Hoofdcriteria  | Maximaal aantal punten |
|--|------------------------|
| 0. Aanwezigheid nota lokaal gezondheidsbeleid                          | 2                      |
| I. Tijdigheid  | 1                      |
| II. Wettelijke vereisten (WCPV)  | 25                     |
| III. Opstellen van nota lokaal gezondheidsbeleid                       | 18                     |
| IV. Aandacht voor implementatie van nota                               | 21                     |
| V. Draagvlak voor ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling | 12                     |
| VI. Landelijke prioriteiten in nota                                    | 5                      |
| VII. Facetbeleid   | 1                      |

Zie voor de scores per criterium bijlage 1.

### 3.2 Onderzoekspopulatie

Van honderd gemeenten zijn de meest recente nota's gezondheidsbeleid en eventuele aparte activiteitenplannen schriftelijk opgevraagd. De binnengekomen nota's gezondheidsbeleid en de aparte activiteitenplannen zijn gescoord op basis van de door de IGZ vastgestelde set kwaliteitscriteria. De dataverzameling heeft plaatsgevonden medio 2004.

#### *Steekproeftrekking*

Op aanwijzingen van de IGZ is een gestratificeerde steekproef van honderd gemeenten getrokken naar gemeentegrootteklasse. In de steekproef zijn drie gemeentegrootteklassen representatief vertegenwoordigd, namelijk gemeenten met een inwonertal tot 50.000 inwoners, gemeenten met een inwonertal van 50.000 tot 100.000 inwoners en gemeenten met een inwonertal van 100.000 inwoners of meer. Daarnaast is gekeken naar een redelijke verdeling over de door de IGZ aangewezen Inspectieregio's. Tevens is van elke GGD-regio de centrumgemeente in de steekproef opgenomen. Van de gemeenten die aan het IGZ-onderzoek uit 1995 hebben deelgenomen, zit de helft ook in de huidige steekproef.

#### *Aankondigingsbrief*

De IGZ heeft aan de honderd gemeenten uit de steekproef een brief gestuurd waarin het rapport de *Staat van de Openbare Gezondheidszorg* werd aangekondigd. Voor dit rapport heeft de IGZ een aantal deelonderzoeken gepland, waarvan het onderzoek van SGBO er één is. In de brief werd uitleg gegeven over dit deelonderzoek en werd gemeenten dringend verzocht hieraan deel te nemen. Hiertoe zijn gemeenten gevraagd om hun nota's lokaal gezondheidsbeleid en eventuele aparte activiteitenplannen naar SGBO op te sturen. Tevens werd gemeenten verzocht de meegezonden enquête in te vullen en terug te sturen.

#### *Respons*

Met de opdrachtgever is afgesproken om de nota's van tachtig van de honderd geselecteerde gemeenten op kwaliteitscriteria te toetsen.

Als bleek dat van gestuurde nota's stukken ontbraken, zoals bijlagen, zijn gemeenten nagebeld met het verzoek om alsnog de ontbrekende stukken na te sturen. IGZ heeft een herinneringsbrief gestuurd aan de niet respondenten.

Uiteindelijk hebben wij in totaal van tachtig gemeenten de meest recente nota gezondheidsbeleid gescoord op basis van de set kwaliteitscriteria en van 65 gemeenten (81%) waren de vragenlijsten geschikt om te analyseren.



**Figuur 1.** De tachtig gemeenten waarvan de nota's op kwaliteitscriteria zijn getoetst.

#### *Werkwijze*

Onderzoekers van SGBO hebben de nota's en de vragenlijsten gelezen en gescoord. Twee van de nota's en vragenlijsten zijn zowel door twee inspecteurs van IGZ als door twee onderzoekers gescoord en de verschillen in resultaten zijn besproken. De verschillen gaven geen aanleiding tot wijzigen van de methodiek. Twee nota's zijn door twee onderzoekers van SGBO gescoord om systematische verschillen in scoring te voorkomen.

De onderzoekers hebben na scoring van elke nota hun algemene indruk van de kwaliteit van de nota verwoord. Vaak terugkerende aspecten bij de kwalitatieve beoordeling, zijn:

Kwalitatieve beoordeling van gemeentelijke nota A.:

*'Aan de opstelling van de nota is een voorbereiding voorafgegaan in de vorm van tien groepsgesprekken met deelnemers uit allerlei geledingen van de samenleving. Ook zijn gezondheidsonderzoeken die in het verleden zijn uitgevoerd betrokken in de knelpunteninventarisatie. Ik vind het een sluitend verhaal. Erg goede nota, duidelijke en logische opbouw.'*

Waar nodig hebben we uitkomsten van de vragenlijsten met uitkomsten van de scoringslijsten vergeleken. Hierbij werd rekening gehouden met het feit dat de vragenlijst over de vigerende nota gaat, terwijl de scoringslijst betrekking heeft op de laatste nota en deze vallen niet altijd samen. De vergelijkingen zijn beschrijvend van aard.

De ruwe resultaten van het onderzoek zijn besproken met een vertegenwoordiging van de respondenten in een bijeenkomst. Hierbij zijn de resultaten getoetst op herkenbaarheid en is er feedback gegeven.

#### *Analyse van gegevens*

Relaties tussen de diverse hoofdcriteria en tussen de hoofdcriteria en enkele kenmerken van gemeenten zijn onderzocht door middel van scatterplots en verschillende correlatietoetsen zoals de Mann-Whitney-, Moses- en Pearsontoets. Er zijn een paar significante verschillen aangetroffen. Deze worden bij de presentatie van de bevindingen behandeld.

#### *Vervolg*

Op basis van de scores per hoofdcriterium is een beeld geschetst van de kwaliteit van de gemeentelijke gezondheidsnota's. Dit beeld vormde een goede basis voor de gesprekken die in het najaar van 2004 door de IGZ in de gemeenten zijn gehouden. In de gesprekken is dieper op bevonden aspecten ingegaan om zo achterliggende motivaties en keuzes te achterhalen.

#### *Resultaten algemeen*

| <b>Gem. score per stratum</b>         | 0   | I   | II   | III  | IV   | V   | VI  |
|---------------------------------------|-----|-----|------|------|------|-----|-----|
| <b>Grote gemeenten</b>                | 1,8 | 0,3 | 13,2 | 11,6 | 7,0  | 5,1 | 3,5 |
| <b>Middelgrote gemeenten</b>          | 1,7 | 0,6 | 13,1 | 10,8 | 7,1  | 6,4 | 3,3 |
| <b>Kleine gemeenten</b>               | 1,9 | 0,6 | 17,1 | 14,0 | 13,0 | 5,3 | 3,5 |
| <b>Perifeer</b>                       | 1,7 | 0   | 14,3 | 11,1 | 6,6  | 5,2 | 3,4 |
| <b>Centrum</b>                        | 1,8 | 1   | 12,4 | 12,8 | 9,1  | 5,4 | 3,6 |
| <b>Nota vastgesteld na 1-7-2003</b>   | 1,8 | 0,4 | 13,2 | 11,7 | 7,2  | 5,2 | 3,5 |
| <b>Nota vastgesteld voor 1-7-2003</b> | 1,7 | 0,6 | 15,6 | 12,4 | 10,3 | 5,6 | 3,5 |

0= Aanwezigheid

I= Tijdigheid

II= Wettelijke vereisten

III= Beleidsconsistentie

IV= Aandacht voor implementatie

V= Draagvlak

VI= Landelijke prioriteiten in de nota

VII= Facetbeleid is in deze tabel weggelaten; alle nota's scoorden hierop

## 4 Totstandkoming van de nota's

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de wijze waarop de nota's in de verschillende gemeenten tot stand zijn gekomen. De informatie is hoofdzakelijk gebaseerd op de gegevens uit de enquête. Indien informatie uit de scoringsformulieren afkomstig is, is dat in de tekst aangegeven.

### 4.1 Betrokken partijen

Uit de resultaten van de enquête blijkt dat in de meeste gemeenten de opdracht om een nota gezondheidsbeleid op te stellen is verstrekt door het college van B en W (39,7%). In ongeveer een vijfde van de gemeenten (22,2%) heeft de gemeenteraad(scommissie) deze opdracht verstrekt (zie tabel 2). Andere opdrachtverstrekkers (15,9%) zijn onder andere de landelijke overheid (ofwel verplichting vanuit het Rijk) en een provinciale werkgroep.

**Tabel 2** Wie heeft opdracht verstrekt om een nota gezondheidsbeleid op te stellen? (N=63)

|  | Aantallen in % |
|--|----------------|
| Gemeenteraad (of gemeenteraad(s)commissie)   | 22,2           |
| College van B en W   | 39,7           |
| Ambtelijk orgaan (bijvoorbeeld het MT, gemeentesecretaris, directeur van een afdeling of dienst) | 12,7           |
| Regionaal samenwerkingsverband   | 9,5            |
| Anders, namelijk ...   | 15,9           |
| Totaal   | 100            |

In meer dan 80% van de gemeenten heeft de gemeente zelf leiding gegeven aan het proces van opstellen van de nota. Dit was in ruim de helft van de gemeenten een beleidsmedewerker gezondheidszorg. In 8% van de gemeenten gaf niet de gemeente zelf maar een externe adviseur of de GGD leiding aan het opstellen van de nota.

Uit de cijfers blijkt niet dat de situatie van de centrumgemeenten in dit opzicht significant verschilt van de regiogemeenten.

**Tabel 3** Wie heeft leidinggegeven aan het proces van het opstellen van de vigerende nota gezondheidsbeleid? (N=63)

|  | Aantallen in % |
|--|----------------|
| Beleidsmedewerker gezondheidszorg        | 52,4           |
| Andere ambtenaar, namelijk ...           | 9,5            |
| Verantwoordelijke portefeuillehouder     | 11,1           |
| College van B en W                       | 0              |
| Gemeenteraad (of gemeenteraadscommissie) | 0              |
| GGD                                      | 4,8            |
| Extern adviseur (of bureau)              | 3,2            |
| Anders, namelijk ...                     | 19,0           |
| Totaal                                   | 100            |

In vrijwel elke gemeente (96,8%) is de GGD betrokken bij het opstellen van de nota. Ook de bestuurders (76,2%) en vertegenwoordigers van gezondheidsvragers (74,6%) zijn in veel gemeenten betrokken bij het opstellen van de nota (zie tabel 4) Daarentegen werden de burgers zelf in minder dan een derde van de gemeenten betrokken bij het opstellen van de nota. Opvallend is ook dat gemeenteraadsleden maar in ruim de helft van de gevallen werden betrokken. (zie ook facetbeleid)

**Tabel 4** Welke (gemeentelijke) partijen waren betrokken bij het opstellen van de vigerende nota? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=63)

|  | Aantallen in % |
|--|----------------|
| GGD  | 96,8           |
| Dienst/afdeling Welzijn  | 90,5           |
| Bestuurders  | 76,2           |
| Vertegenwoordigers van gezondheidsvragers, bijvoorbeeld een cliëntenplatform | 74,6           |
| Gemeenteraadsleden   | 57,1           |
| Zorgaanbieders   | 54,0           |
| Dienst/afdeling Onderwijs  | 47,6           |
| Dienst/afdeling Sociale Zaken  | 41,3           |
| Dienst/afdeling Wonen  | 34,9           |
| Burgers  | 31,7           |
| Dienst/afdeling Verkeer  | 28,6           |
| Zorgkantoor  | 27,0           |
| Anders, namelijk ...   | 20,6           |

### Draagvlak

Over het algemeen hebben gemeenten bij het ontwikkelen van de nota gezondheidsbeleid diverse partijen betrokken en in meer of mindere mate zowel draagvlak gecreëerd voor de beschreven gezondheidsproblemen als voor het beschreven gezondheidsbeleid. Bijna een op de vier gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid zegt niets over de betrokkenheid van diverse partijen bij de geconstateerde gezondheidsproblemen noch bij de ontwikkeling van beleid.

Ook uit de enquête komt naar voren dat in nagenoeg alle gemeenten meerdere partijen betrokken zijn geweest bij het opstellen van de vigerende nota. In ruim de helft van de gemeenten (57%) waren hier zeven of meer partijen bij betrokken.

Uit de kwalitatieve analyse blijkt dat bij de ontwikkeling van de nota vaak gebruik gemaakt is van interactieve beleidsontwikkeling, vaak door middel van een lokale of regionale werkconferentie.

Kwalitatieve opmerking van de onderzoeker:

*Gemeentelijke nota B.: 'Wel aardige nota. Er is veel draagvlak voor het beleid. Alle belangrijke partijen zijn intensief betrokken geweest bij de totstandkoming ervan. Ook is in samenspraak gekomen tot bepaling en uitwerking van drie van de zeven thema's, die op het moment de belangrijkste zijn. De ouderen krijgen echter te weinig aandacht bij de voorgenomen acties (gezien de cijfers).'*

Het criterium draagvlak omvat twee aspecten: draagvlak voor gezondheidsproblemen en draagvlak voor gezondheidsbeleid. Uit tabel 5 blijkt dat er in de nota niet of nauwelijks is aangegeven of er draagvlak voor de beschreven gezondheidsproblemen bestaat (70%). Draagvlak voor de beschreven problemen ontstaat bijvoorbeeld doordat meerdere partijen hebben kunnen meedenken over het definiëren welke problemen aangepakt zouden moeten worden.

**Tabel 5** Aandacht voor draagvlak voor beschreven gezondheidsproblemen in nota (N=80)

| Aantal betrokken partijen<br>"mate van draagvlak" | 0-2<br>niet of nauwelijks | 2-4<br>redelijk | 4-6<br>goed |
|---|---------------------------|-----------------|-------------|
| Aantal gemeenten                                  | 56                        | 16              | 8           |
| percentage  | 70%                       | 20%             | 10%         |

Vaker geven gemeenten in hun nota aan dat er draagvlak bestaat voor het beschreven gezondheidsbeleid en de geplande interventies of activiteiten door aan te geven dat diverse partijen betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van dit aspect van de nota, doordat ze in interactieve bijeenkomsten of individuele gesprekken zijn uitgenodigd om hun expertise en inzichten in te brengen (zie tabel 6). Daarnaast hebben ook diverse gemeenten aangegeven dat partijen hebben mogen reageren op de conceptnota.

**Tabel 6** Aandacht voor draagvlak voor beschreven gezondheidsbeleid in nota (N=80)

| Aantal betrokken partijen<br>"mate van draagvlak" | 0-2<br>niet of nauwelijks | 2-4<br>redelijk | 4-6<br>goed |
|---|---------------------------|-----------------|-------------|
| Aantal gemeenten                                  | 2                         | 20              | 58          |
| percentage  | 2,5%                      | 25%             | 72,5%       |

## 4.2 Vaststelling nota gezondheidsbeleid

Volgens de WCPV dienen gemeenten voor 1 juli 2003 een nota gezondheidsbeleid te hebben vastgesteld. Uit de analyse van de nota's blijkt dat 33 nota's (41,3%) zijn vastgesteld vóór de officiële datum van 1 juli 2003.

Centrumgemeenten in de onderzoekspopulatie hebben vaker voor 1 juli 2003 hun nota vastgesteld dan regiogemeenten. Het gevonden verschil is echter niet significant.

Er is wel een significant verschil gevonden tussen 'het moment van vaststellen van de nota' en 'de aandacht voor implementatie van de nota'<sup>1</sup>. In nota's die zijn vastgesteld voor 1 juli 2003 is meer aandacht besteed aan de uitvoering van de maatregelen.

Van de 80 nota's is de verdeling over de onderscheiden typen als volgt:

Lokaal: 47

Regionaal: 8

Kadernota (zowel lokaal als regionaal): 14

Regionale nota met lokale invulling: 11

**Tabel 7** Jaar van vaststelling nota (N=75)

| Jaar van vaststelling nota | 1998 en eerder | 1999-2000 | 2001-2002 | 2003  | 2004  |
|----------------------------|----------------|-----------|-----------|-------|-------|
| Aantal nota's              | 4              | 8         | 11        | 29    | 23    |
| Aantal in %                | 5,3%           | 10,7%     | 14,7%     | 38,7% | 30,7% |

Uit de enquête blijkt dat in een kwart van de gemeenten het college van B en W voor 1 juli 2003 akkoord gegaan is met de *vigerende* nota (zie tabel 8) en in 15,4% van de gemeenten is de vigerende nota ook voor deze datum vastgesteld (zie tabel 9).

Hierbij dient te worden aangetekend dat voor een aantal gemeenten de vigerende nota niet de eerste nota gezondheidsbeleid is. Het feit dat de vigerende nota niet voor 1 juli 2003 is vastgesteld hoeft dan ook niet te betekenen dat al die gemeenten te laat zijn geweest.

**Tabel 8** College van B en W akkoord gegaan met vigerende nota voor 1 juli 2003? (N=65)

|                          | Aantallen in % |
|--------------------------|----------------|
| Ja                       | 24,6           |
| Nee                      | 69,2           |
| Onbekend (niet ingevuld) | 6,2            |
| Totaal                   | 100            |

**Tabel 9** Vigerende nota door gemeenteraad vastgesteld voor 1 juli 2003? (N=65)

|                          | Aantallen in % |
|--------------------------|----------------|
| Ja                       | 15,4           |
| Nee                      | 73,8           |
| Onbekend (niet ingevuld) | 10,8           |
| Totaal                   | 100            |

<sup>1</sup> Significantie is 0,033 ; tweezijdige t-toets



Op 7 maart 2002 is de Wet dualisering gemeentebestuur officieel in werking getreden. Vanaf dat moment is de raad verantwoordelijk voor het vaststellen van de nota. Diverse gemeenten hebben vanwege herindelingen uitstel gekregen tot 1 januari 2004.

## 5 Inhoud van de nota's

Dit hoofdstuk behandelt de inhoud van de bestudeerde nota's. Nog niet vastgestelde conceptnota's zijn eveneens meegenomen in dit onderzoek. De beschreven resultaten in dit hoofdstuk zijn alleen gebaseerd op de informatie uit de nota's zelf. Achtereenvolgens komen de bevindingen met betrekking tot de wettelijke vereisten, de aansluiting tussen de gezondheidsproblemen, beleidsprioriteiten en maatregelen (beleidsconsistentie), de aandacht voor implementatie, de landelijke prioriteiten en facetbeleid aan de orde.

### 5.1 Wettelijke vereisten

Een belangrijk element in dit onderzoek vormt de mate waarin de gemeentelijke nota's voldoen aan de wettelijke vereisten. In de WCPV staat gespecificeerd welke taken gemeenten aandacht moeten geven dan wel moeten uitvoeren. Hieronder volgt een overzicht van deze taken. De nota's lokaal gezondheidsbeleid zijn gescoord aan de hand van een scoringslijst (zie bijlage 1). Ook enkele punten uit de vragenlijst zijn daarin meegenomen. Een nota kan maximaal 25 punten op dit onderdeel scoren.

**Tabel 10** Wettelijk bepaalde taken van gemeenten (WCPV)

#### **Bevorderingstaken**

- a1. Bevat de nota een beschrijving van de gezondheidssituatie van de bevolking? (artikel 2.2a)
- a2. Wordt in de nota aandacht besteed aan gezondheidsbevordering (het gaat om het opzetten, uitvoeren en evalueren van preventieprogramma's en –beleid)? (artikel 2.2c).
- a3. Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van medisch-milieukundige zorg? (artikel 2.2d)
- a4. Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van technische hygiënezorg? (artikel 2.2<sup>e</sup>)
- a5. Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)? (artikel 2.2f)

#### **Infectieziektebestrijding**

- b. Wordt in de nota aandacht besteed aan de uitvoering van de infectieziektebestrijding? (artikel 3.1).

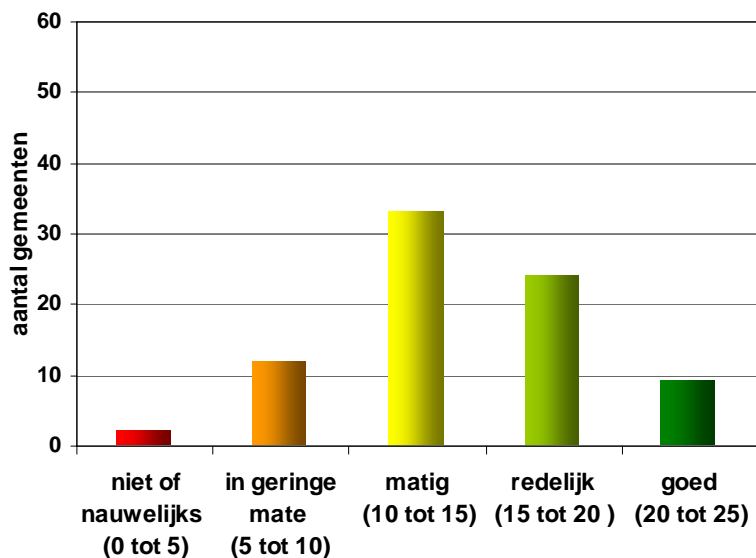
#### **Jeugdgezondheidszorg**

- c. Wordt in de nota aandacht besteed aan de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg? (artikel 3a.1)
- c1. Wordt in de nota aandacht besteed aan het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren?
- c2. Wordt in de nota aandacht besteed aan de behoeften aan zorg (inventarisatie van de vraag)?
- c5. Zijn in de nota maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen geformuleerd?
- 6. Wordt er in de nota aandacht besteed aan de afstemming JGZ – Jeugd zorg /jeugd GGZ/ of anders?(niet genoemd)
- 7. Wordt er in de nota aandacht besteed aan de integratie van 0-4 en 4-19 jaar JGZ? (niet genoemd)

#### **Facetbeleid/advies GGD**

- d. Wordt de GGD om advies gevraagd door de gemeenteraad en het college van B en W in het geval van belangrijke besluiten die gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie?

## Vereisten WCPV



**Grafiek 2** Mate waarin de nota de WCPV-vereisten beschrijft (N=80)

De hoogst behaalde score is 23, de laagste score 2. Opvallend is dat bij de negen 'topscorers' één grote gemeente is, maar ook enkele kleine gemeenten.

Minder dan de helft (41%) van de gemeentelijke nota's voldoet redelijk tot goed aan de wettelijke vereisten. Het blijkt dat aan sommige wettelijke vereisten beter wordt voldaan dan aan andere (zie tabel 11). Hieronder gaan we na hoe de gemeentelijke nota's scoren op onderdelen van de vereisten van de WCPV.

**Tabel 11** WCPV taken

| WCPV taak  | Aantal (N=80) | Percentage |
|--|---------------|------------|
| Beschrijven van de gezondheidssituatie (epidemiologie)   | 72            | 90%        |
| Gezondheidsbevordering (preventieprogramma's)            | 78            | 97,5%      |
| Gezondheidsbevordering (afstemming preventieprogramma's) | 70            | 87,5%      |
| Medische Milieukunde                                     | 71            | 88,8%      |
| Technische Hygiënezorg                                   | 63            | 78,8%      |
| Openbare Geestelijke Gezondheidszorg                     | 74            | 92,5%      |
| Infectieziektebestrijding                                | 68            | 85%        |
| Integratie JGZ   | 59            | 73,8%      |
| Advies van GGD   | 24            | 30%        |

### 5.1.1 Bevorderingstaken

Voor de inhoud van de bevorderingstaken zie tabel 10. Een nota kan maximaal 17 punten scoren op dit onderdeel. De hoogst behaalde score is 16 en de laagste score 2. Ongeveer 60% van de gemeentelijke nota's voldoet redelijk tot goed aan het beschrijven van de bevorderingstaken.

Opvallend is dat in acht nota's een beschrijving van de gezondheidssituatie ontbreekt. In nagenoeg alle nota's worden preventieprogramma's genoemd.

Kwalitatieve opmerking van de onderzoeker:

*Gemeentelijke nota C.: 'Magere analyse van de gezondheidssituatie, bijna alleen van ouderen en jongeren. Sommige problemen niet serieus benaderd zoals de psychosociale problemen, bij andere problemen wordt verwezen naar lopend beleid of wordt nader onderzoek aanbevolen. Medische milieukunde summier behandeld, overige WCPV-taken niet expliciet genoemd (technische hygiënezorg, OGGZ, infectieziekten).'*

### Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

In zes nota's ontbreekt de OGGZ helemaal als onderwerp. In de overige nota's komen een of meerdere van de in de WCPV genoemde aspecten van de OGGZ aan bod. Zo wordt in 70% van de nota's aandacht besteed aan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ, in 79% van de nota's wordt aandacht besteed aan het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, in veertig gevallen (50%) wordt aandacht besteed aan het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen, in 39% van de nota's wordt aandacht besteed aan het bieden van psychosociale hulp bij rampen en in 79% wordt aandacht besteed aan het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ.

Eén op de vier gemeenten scoort goed op het punt van het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Van de maximaal te behalen score van 10 punten scoorden 20 gemeenten 8 en 9 punten. Een even groot aantal scoort voldoende (6 en 7 punten: 22 gemeenten). De helft van de gemeenten besteedt er weinig tot geen aandacht aan. Uit aanvullende analyses lijkt er een trend waarneembaar te zijn dat centrumgemeenten over het algemeen meer aandacht aan de OGGZ besteden dan de regiogemeenten. Vanwege het geringe aantal centrumgemeenten is het verband niet hard te maken.

### 5.1.2 Infectieziektebestrijding

In de meeste nota's wordt aandacht besteed aan de uitvoering van de infectieziektebestrijding: in 18 nota's wordt hier op ingegaan en vijftig nota's noemen het kort. In de overige 12 nota's wordt deze taak niet genoemd.



### 5.1.3 Jeugdgezondheidszorg

Opmerkelijk is de uitkomst op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Slechts in de helft van de nota's (39 van de tachtig) wordt aandacht besteed aan het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen. Eveneens in de helft van de gevallen wordt aandacht besteed aan de behoeften aan zorg bij jeugdigen (41 van de tachtig). Het gaat daarbij niet altijd om dezelfde gemeenten. Daarnaast bevat het merendeel van de nota's (87,5%) wel maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen en in bijna driekwart van de gemeenten (74%) gaat de nota in op de integratie van 0-4- en 4-19-jarige JGZ. In de overige nota's (een kwart) wordt hierop niet ingegaan. Wij hebben gekeken of het feit dat de nota oud of nieuw is (vastgesteld voor of na 1 juli 2003) van invloed is op het al dan niet aandacht besteden aan de integratie van 0-4- en 4-19-jaar. Dit blijkt niet van invloed te zijn. Ook gemeentegrootteklasse speelt hierin geen rol.

### 5.1.4 GGD om advies vragen bij belangrijke besluiten voor de collectieve preventie

Slechts in een klein aantal nota's (totaal zeven) wordt expliciet vermeld dat de GGD geraadpleegd wordt bij het nemen van belangrijke besluiten die gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie. In 30% van de nota's wordt de adviesfunctie van de GGD wel genoemd, maar is het niet duidelijk of daarvan gebruikgemaakt wordt. De meeste nota's (49 van de tachtig) zeggen hier echter niets over.

## 5.2 Aansluiting gezondheidsproblemen, beleidsprioriteiten en maatregelen

De nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn tevens gescoord op de mate waarin er aansluiting bestaat tussen de beschreven problemen in de lokale gezondheidssituatie, de gestelde beleidsprioriteiten en de getroffen maatregelen, kortweg of er sprake is van beleidsconsistentie. De hierbij geformuleerde criteria waarop de nota's zijn gescoord, staan in tabel 12. In totaal waren er 18 punten te behalen op dit onderdeel.

**Tabel 12** Mate van aansluiting tussen probleemanalyse, beleidsprioriteiten en maatregelen

In hoeverre zijn geformuleerde doelen, begrippen, doel-middelrelaties en dergelijke consistent?

- a. Is de beschreven gezondheidstoestand gebaseerd op de eigen lokale/regionale cijfers?
- b. Zijn de beleidsprioriteiten gebaseerd op de eigen lokaal/regionaal geconstateerde gezondheidsproblemen?
- c. Is er consistentie tussen de analyse van de lokale gezondheidsproblemen en de keuze van de aan te pakken gezondheidsproblemen?
- d. Is er consistentie tussen de lokaal aangewezen groepen met gezondheidsachterstand/ gezondheidsproblemen en de benoemde aandachtsgroepen van het lokale gezondheidsbeleid?
- e. Is er consistentie tussen de gesignaleerde gezondheidsproblemen van een bepaalde bevolkingsgroep en de voorgestelde maatregelen?
- f. Wordt er aandacht besteed aan de uitvoerbaarheid van de maatregelen om de gezondheidsproblemen aan te pakken?

Meer dan de helft van de nota's (45, 56%) scoort goed op aspecten van consistentie in het ontwikkelde beleid, in die zin dat het voorgestelde beleid gericht is op de eerder gesignaleerde

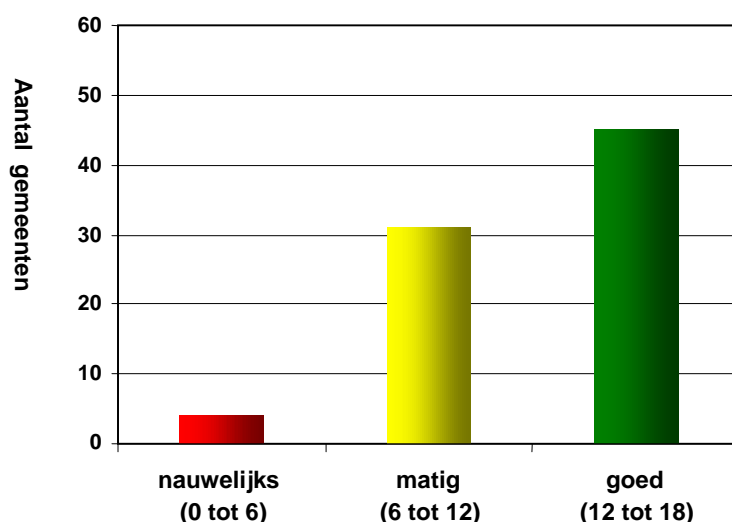
gezondheidsproblemen en gezondheidsbedreigingen, evenals in de zin dat de aangekondigde maatregelen gericht zijn op die groepen in de bevolking waarbij de gezondheidsproblemen zijn gesignaleerd. 31 nota's (39%) hebben een matige beoordeling over de consistentie gekregen en in vier gevallen is er niet of nauwelijks sprake van consistentie tussen gezondheidsproblemen, beleidsprioriteiten en maatregelen.

Kwalitatieve beoordeling van de onderzoeker:

*Gemeentelijke nota D.: 'Heel goede, duidelijke, alles bevattende nota. Ook wordt er ingegaan op de meetbaarheid van de resultaten (SMART) en de prioriteiten.'*

*Gemeentelijke nota E.: 'Logica keuze van de prioriteiten niet terug te vinden in de nota. De basisnota gaat uit van negen gekozen thema's en beschrijft vervolgens wat de gezondheidstoestand is op die thema's. Ik zou het liever andersom geredeneerd zien.'*

## Beleidsconsistentie



**Grafiek 4** Sluiten gezondheidsbeleid en maatregelen aan op de gesignaleerde lokale gezondheidsproblemen? (N=80)

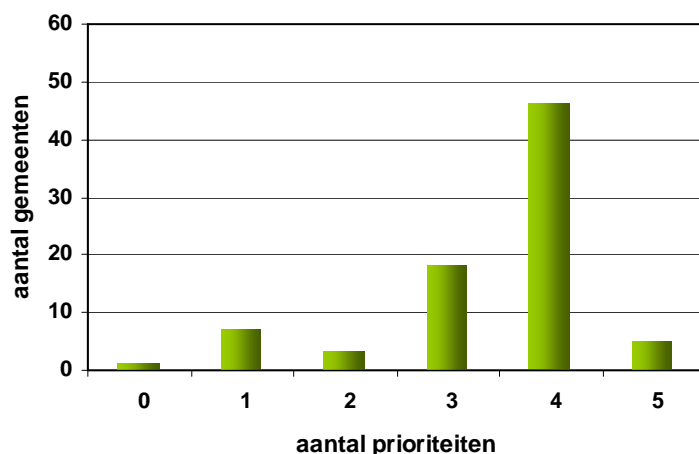
Kwalitatieve beoordeling van de onderzoeker:

*Gemeentelijke nota F.: 'Positief: de resultaten van de gezondheidsenquête (GGD) zijn door de gemeente op een regionale werkconferentie besproken met de partijen die zich in het brede veld van gezondheid in de regio bewegen. Belangrijke thema's werden gezamenlijk uitgediept en de meest belangrijke knelpunten in beeld gebracht. Hele goede nota.'*

### 5.3 Landelijke prioriteiten in de nota lokaal gezondheidsbeleid

Er is ook gekeken in hoeverre in de nota aandacht wordt besteed aan de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie. Het gaat daarbij om de gezondheidsrisico's diabetes, overgewicht, roken, alcoholverslaving en depressie die in de rijksnota van 2003 worden aangewezen als landelijke prioriteiten (zie grafiek 5).

#### Landelijke prioriteiten



**Grafiek 5** Aantal genoemde landelijke prioriteiten in de nota (N=80)

In de meeste nota's lokaal gezondheidsbeleid worden drie of vier van de vijf landelijke prioriteiten behandeld.

In tabel 13 is per landelijke prioriteit te zien hoeveel gemeenten deze in de nota hebben opgenomen.

**Tabel 13** Aantal gemeenten dat in de nota ingaat op de landelijke prioriteiten (N=80)

| Landelijke prioriteiten | %  |
|-------------------------|----|
| Diabetes                | 11 |
| Overgewicht             | 90 |
| Roken                   | 81 |
| Alcoholverslaving       | 88 |
| Depressie               | 75 |

Het blijkt dat de meeste prioriteiten door minimaal driekwart van de gemeenten zijn opgenomen in de nota. De thema's overgewicht en alcoholverslaving krijgen vooral aandacht in de nota's. Daarentegen zijn er maar weinig gemeenten die in hun nota aandacht besteden aan diabetes (11%).

Tevens is gekeken of in nieuwe nota's (vastgesteld na 1 juli 2003) meer landelijke prioriteiten genoemd worden dan in oudere nota's (vastgesteld voor 1 juli 2003). Dit blijkt niet het geval te

zijn. Het al dan niet opnemen van de landelijke prioriteiten is niet afhankelijk van het moment van verschijnen van de nota.

## 5.4 Facetbeleid

Alle gemeenten hebben aangegeven dat het gezondheidsbeleid wordt afgestemd met andere beleidsterreinen. Dit blijkt ook uit paragraaf 4.1 tabel 4. Zo zien we dat de dienst Welzijn in de meeste gemeenten betrokken is bij het opstellen van de nota, maar dat bij opvallend weinig gemeenten de diensten Wonen, Sociale Zaken, Onderwijs en Verkeer betrokken werden bij het opstellen van de nota.

Ook buiten de gemeente werden partijen zoals zorgaanbieders en het zorgkantoor maar beperkt betrokken.

### 5.4.1 Bewaking gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen

Uit de enquête blijkt dat vier op de vijf gemeenten bij bestuurlijke beslissingen rekening houden met gezondheidsaspecten. Deze worden bewaakt door de wethouder (31,1%) of door een ambtenaar (24,6%). In 11,5% van de gemeenten houdt zowel de wethouder als de ambtenaar rekening met gezondheidsaspecten (zie tabel 14). Andere antwoorden op deze vraag zijn: het is een integrale verantwoordelijkheid, dus een verantwoordelijkheid van diverse afdelingen en er wordt soms rekening mee gehouden, niet structureel.

**Tabel 14** Wordt er bij bestuurlijke beslissingen rekening gehouden met gezondheidsaspecten? Zo ja, door wie wordt dit bewaakt? (N=61)

|   | Aantallen in % |
|---|----------------|
| Nee, er wordt geen rekening mee gehouden    | 19,7           |
| Ja, door de wethouder                       | 31,1           |
| Ja, door de ambtenaar                       | 24,6           |
| Ja, zowel door wethouder als door ambtenaar | 11,5           |
| Ja, anders, namelijk ...                    | 13,1           |
| Totaal                                      | 100            |

Kwalitatieve opmerking van de onderzoeker:

*Gemeentelijke nota G.: 'Een van de beste nota's die ik gelezen heb, erg compleet en helder, en logisch van opbouw.'*

*Gemeentelijke nota H.: 'Vertaling lokale gezondheidssituatie naar aanpak problemen niet sterk. Voornamelijk aangesloten bij bestaand beleid. Wettelijk kader wel duidelijk aanwezig.'*

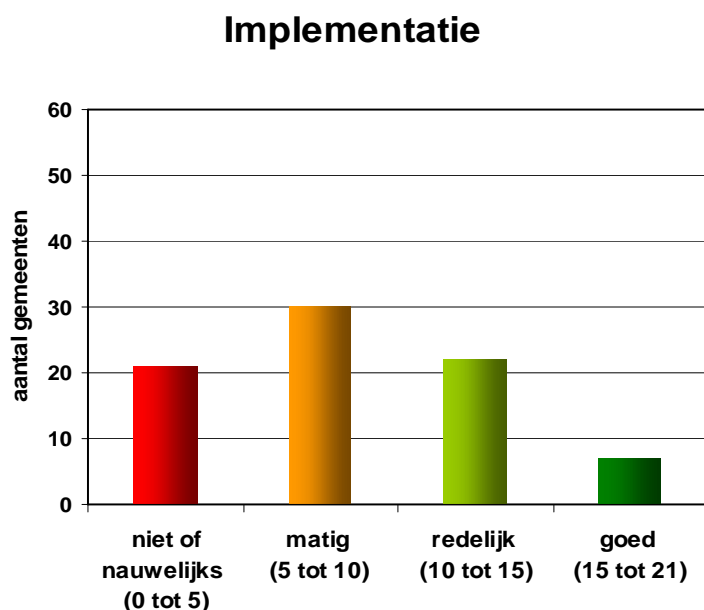


## 6 Implementatie van de nota's

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de wijze waarop de nota's in de gemeenten worden geïmplementeerd. De gegevens berusten voornamelijk op de resultaten van de enquête. Op plaatsen waar gegevens uit de scoringslijsten worden gepresenteerd, wordt dit aangegeven.

### 6.1 Aandacht voor implementatie in de nota's

In grafiek 6 is te zien hoe de nota's scoren op het criterium *aandacht voor de implementatie van de nota*.



**Grafiek 6** Aandacht voor implementatie in nota of plan van aanpak (N=80)

In het merendeel van de nota's (63%) is er nauwelijks of matig aandacht geschonken aan het uitvoeren van de beleidsvoornemens. Dit is afgeleid uit een aantal omstandigheden, onder andere hoe concreet de beleidsdoelen zijn (zijn die in meetbare termen geformuleerd), of er een plan van aanpak of activiteitenoverzicht is en of de inhoud hiervan aansluit bij de inhoud van de nota, en of er een budget beschikbaar is. Slechts in zeven gevallen is de aandacht voor de implementatie van de beleidsvoornemens in de nota goed te noemen en in 22 gevallen redelijk (zie grafiek 6).

Kwalitatieve beoordeling van de onderzoeker:

*Gemeentelijke nota 1: 'Het is niet inzichtelijk wat de gemeente al doet aan projecten. Er zijn bijna geen acties geformuleerd in reactie op de resultaten van de gezondheidsonderzoeken, alleen in reactie op de groepsgesprekken en de startconferentie.'*

## 6.2 Plan van aanpak

Van de 62 gemeenten die de enquêtes hebben ingevuld, geven er 51 aan een plan van aanpak te hebben, waarin er 39 daadwerkelijk een aantal activiteiten hebben benoemd en er 26 ook financiën aan hebben toegewezen. Hiervan hebben er 11 voor meerdere jaren geld beschikbaar gesteld.

Dit plan is ofwel opgenomen in de nota ofwel apart verschenen (zie tabel 15). De overige gemeenten hebben aangegeven geen activiteitenplan te hebben. Van de tachtig gescoorde nota's bevatten er 61 een plan van aanpak of activiteitenoverzicht (76,3%). In overleg met de opdrachtgever hebben wij het begrip plan van aanpak heel ruim geïnterpreteerd tijdens de scoring van de nota's. Deze plannen van aanpak variëren dan ook van abstract geformuleerde actiepunten zonder verdere uitwerking tot zeer concreet uitgewerkte activiteitenplannen waarin tevens aangegeven is wie wat wanneer gaat doen en hoeveel geld ervoor is. Eenderde van deze plannen sluit volgens de onderzoekers helemaal aan bij de inhoud van de nota en eenderde grotendeels.

**Tabel 15** Bevat de nota een activiteitenplan of plan van aanpak met concrete maatregelen of is er een apart activiteitenplan of plan van aanpak? (N=62)

|   | Aantallen in % |
|---|----------------|
| Nee, er is geen activiteitenplan/plan van aanpak            | 17,7           |
| Ja, ofwel als onderdeel van de nota, ofwel apart verschenen | 82,3           |
| Totaal  | 100            |

*De overige vragen van de enquête onder gemeenten gaan in op het plan van aanpak en zijn dus alleen door de gemeenten beantwoord die in de enquête hebben aangegeven dat er een plan van aanpak of activiteitenplan is (maximaal 51 gemeenten).*

De looptijd van het plan van aanpak loopt nogal uiteen. De looptijd varieert van één tot vijf jaar. Meestal heeft het plan van aanpak een looptijd van drie jaar (34,1%) of vier jaar (26,8%).

## 6.3 Activiteiten in het plan van aanpak

Van de 51 gemeenten die hebben aangegeven dat ze een plan van aanpak hebben, hebben 39 gemeenten het aantal activiteiten aangegeven die hierin voor 2004 vermeld staan. Het aantal activiteiten dat wordt vermeld in het plan van aanpak voor 2004 varieert van twee tot zeventig. Gemiddeld zijn in gemeenten 11 activiteiten in het plan van aanpak voor 2004 opgenomen. Het merendeel van deze activiteiten is in uitvoering (gemiddeld 5,6 activiteiten). (zie tabel 16).

Bij het onderzoek van de nota's bleek dat gemeenten de vraag van het aantal activiteiten verschillend hebben ingevuld. Zo hebben sommige gemeenten het aantal prioriteiten ingevuld bij gebrek aan een verdere uitwerking in concrete activiteiten. Weer andere gemeenten bleken soms een activiteitenplan voor *na* 2004 te hebben maar vermeldden deze activiteiten wel in de enquête, terwijl er gevraagd werd naar de activiteiten voor 2004. Weer andere gemeenten

hadden activiteiten voor meerdere jaren geformuleerd, maar daarbij nog geen tijdsplanning aangegeven. Soms werden dan ook alle activiteiten vermeld.

**Tabel 16** Gemiddeld aantal activiteiten in het plan van aanpak voor 2004

| N=39                          | Aantal activiteiten (van het totaal) dat in voorbereiding is (n=38) | Aantal activiteiten (van het totaal) dat in uitvoering is (n=37) | Aantal activiteiten (van het totaal) dat afgerond is (n=38) | Aantal activiteiten (van het totaal) waarvoor nog geen actie is ondernomen (n=38) | Totaal aantal activiteiten in 2004 (n=39) |
|-------------------------------|---|--|---|---|---|
| Gemiddeld aantal activiteiten | 3,1   | 5,6  | 0,9   | 2,1   | 11,2                                      |

In totaal geven 35 gemeenten een reden aan voor het feit dat er voor een aantal activiteiten nog geen actie is ondernomen. De meest genoemde reden is het feit dat er niet genoeg personele capaciteit is (62,9%). In 48,6% van de gemeenten zijn onvoldoende middelen beschikbaar. Een kwart van de gemeenten (25,7%) geeft een ander antwoord en nagenoeg allemaal merken ze op dat er in een later stadium actie zal worden ondernomen vanwege het feit dat de activiteiten gewoon later (voor eind 2004 of 2005) gepland zijn.

De voorgenomen activiteiten uit de nota worden bijna altijd door de gemeente (95,7%) bewaakt. In 14,9% van de gemeenten bewaakt de GGD (ook) de uitvoering. Van de gemeenten noemt 19,1% (ook) een andere partij, zoals samenwerkende gemeenten, een stuurgroep en de gemeente lokaal/de GGD regionaal.

#### 6.4 Financiering

26 van de 51 gemeenten geven in de enquête aan dat er voor de uitvoering van de activiteiten die in het plan van aanpak worden genoemd een bedrag op de gemeentebegroting staat. Dit bedrag varieert van € 2.400 tot € 730.000. Hoe groter de gemeente hoe hoger het gemiddelde begrote bedrag (zie tabel 17).

Het aantal activiteiten en de hoogte van de begrote uitgaven voor de uitvoering van de activiteiten hangen niet met elkaar samen.

**Tabel 17** Gemiddelde begrote uitgaven voor 2004 voor de uitvoering van de activiteiten die genoemd zijn in het plan van aanpak per gemeentegrootteklasse in euro's

| Gemeentegrootteklasse   | Gemiddeld bedrag (afgerond in euro's) |
|-------------------------|---------------------------------------|
| < 50.000 inwoners       | 18.358                                |
| 50.000-100.000 inwoners | 181.570                               |
| 100.000 inwoners en >   | 428.810                               |

11 van de 45 gemeenten hebben aangegeven een meerjarig budget beschikbaar te hebben gesteld voor de uitvoering van de nota lokaal gezondheidsbeleid dan wel het plan van aanpak. Dit bedrag varieert van €4.538 tot ruim €2 miljoen.

Bij 12 van de 43 is er financiële dekking voor *alle* in het plan van aanpak genoemde activiteiten.

## 6.5 Evaluatie

In ruim een kwart van de gemeenten (26%) heeft een (tussentijdse) evaluatie van *de activiteiten* uit het plan van aanpak plaatsgevonden. Meestal had deze evaluatie betrekking op het nakomen van de afspraken (input) (tabel 18). Twee gemeenten geven aan dat de evaluatie nog zal plaatsvinden.

**Tabel 18** Heeft er een (tussentijdse) evaluatie plaatsgevonden van de activiteiten uit het plan van aanpak? (meerdere antwoorden mogelijk) (N=46)

|   | Aantallen in % |
|---|----------------|
| Nee   | 73,9           |
| Ja, op de bereikte resultaten                       | 8,7            |
| Ja, op de mate waarin de doelgroep(en) zijn bereikt | 8,7            |
| Ja, op het nakomen van de afspraken (input)         | 17,4           |
| Anders  | 4,3            |

Op de vraag of gemeenten een (tussentijdse) evaluatie hebben uitgevoerd van *de nota* lokaal gezondheidsbeleid, antwoorden drie van de 47 gemeenten bevestigend (6,4%). Twee gemeenten hiervan hebben aangegeven dat op basis van die evaluatie bijstelling van de nota heeft plaatsgevonden: één gemeente heeft de doelen aangepast en één gemeente de prioritering.

## 6.6 Bevordert de lokale nota de aandacht voor implementatie?

Het hebben van een lokale nota gezondheidsbeleid is geen doel op zich zelf. Het is een middel om te komen tot een beter gefundeerd aantal maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid en ter vermijding van afwendbare gezondheidsrisico's. Uiteindelijk gaat het om de uitvoering van dat beleid. Een belangrijke vraag is dan ook of er verbanden zijn tussen kwaliteitsaspecten van de nota en de kans dat het beleid ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt.

Van de onderzochte verbanden is er een aantoonbaar significant en dat is de relatie tussen de beleidsconsistentie en de aandacht voor implementatie van de beleidsvoornemens. (correlatietoets, significantie 0,000)

Voorts bleek dat er een significant verband bestaat tussen de grootte van de gemeente en de aandacht voor implementatie van beleidsvoornemens. Kleinere gemeenten hebben significant meer aandacht voor implementatie van de nota dan grote of middelgrote gemeenten. (Anova-toets, significantie 0,008).

## 7 Conclusies en discussie

### 7.1 Invulling door gemeenten van de verplichte nota gezondheidsbeleid

Gemeenten zijn de afgelopen jaren duidelijk aan de slag gegaan om een nota gezondheidsbeleid te maken. De resultaten zijn zeer divers, gemeenten hebben hier op eigen wijze vorm aan gegeven. Wij hebben dikke en dunne nota's gezien, lokale en regionale, met en zonder de wettelijke vereisten, gezondheidsprofielen en plannen van aanpak. Nota's waarin beleid en uitvoering goed op elkaar aansluiten met een duidelijke argumentatie en nota's waarin die consistentie niet helemaal duidelijk naar voren komt. Kortom, de variatie is in bepaalde opzichten groot. Aan de andere kant bestaan bepaalde delen van veel nota's uit standaardteksten en een standaardopbouw.

#### *Gemeenten geven zelf leiding aan het proces van totstandkoming van de nota's*

Vrijwel altijd geeft de gemeente zelf leiding aan het proces van maken van de nota. Slechts in zeldzame gevallen is daaraan leiding gegeven door de GGD of een externe begeleider.

In bijna tweederde van de gemeenten is de opdracht om een nota gezondheidsbeleid op te stellen verstrekt door het college van B en W of de gemeenteraad. Iets minder dan de helft van de nota's (41%) is vastgesteld vóór de officiële datum van 1 juli 2003 en ruim de helft van de nota's is lokaal van aard.

#### *Betrokkenen vooral uit de hoek van welzijn, gezondheid en zorg*

Bij het opstellen van de nota zijn diverse partijen betrokken zoals de GGD, de afdeling Welzijn, bestuurders en vertegenwoordigers van gezondheidsvragers. In ruim de helft van de gemeenten hebben zeven of meer partijen hierin een rol gespeeld. Inwoners en zorgkantoren waren hier zelden bij.

Om een goed gezondheidsbeleid op te stellen is het van belang dat de gezondheidsproblemen bekend zijn en dat er overeenstemming is over het belang van het aanpakken van die problemen. De GGD speelt een centrale rol in het aanleveren van informatie over de gezondheidstoestand, maar andere gemeenteonderdelen, zorgaanbieders en burgers hebben ook hun kennis en inzichten.

Naar verwachting heeft de betrokkenheid van partijen (zowel naar samenstelling als de mate ervan) gevolgen voor het draagvlak en de erkenning voor de geïdentificeerde problemen alsmede voor de uitvoering van het beleid.

Het verwachte verband tussen het bestaan van draagvlak voor de gezondheidsproblemen en -nota en de kans op implementatie kon echter niet aangetoond worden.

## **7.2 Hoe scoren de nota's op een aantal kwaliteitscriteria?**

De kwaliteitscriteria waarop de gezondheidsnota's zijn beoordeeld, zijn gezamenlijk door IGZ en SGBO ontwikkeld en vastgesteld door de IGZ. De criteria zijn gebaseerd op de WCPV, de memorie van toelichting daarbij [referentie] en beleidstheorie.

Minder dan de helft (41%) van de gemeentelijke nota's voldoet redelijk tot goed aan de wettelijke vereisten zoals vermeld in de WCPV. De resultaten per wettelijke vereiste verschillen. Het merendeel van de gemeentelijke nota's (60%) voldoet redelijk tot goed aan het onderdeel bevorderingstaken. Eén op de vier gemeenten scoort goed op het punt van het bevorderen van de OGGZ. Deze uitkomst is opmerkelijk gezien de aandacht die er op landelijk niveau is geweest voor dit thema. Een andere opmerkelijke uitkomst betreft de jeugdgezondheidszorg. Het systematisch volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen wordt slechts in de helft van de nota's genoemd. Hetzelfde geldt voor de behoeften aan zorg bij jeugdigen. Daarentegen gaat driekwart van de nota's in op de integratie van 0-4- en 4-19-jarige JGZ.

Ruim de helft van de nota's (56%) scoort goed op aspecten van consistentie in het ontwikkelde beleid, in die zin dat het voorgestelde beleid gericht is op de eerder gesignaleerde gezondheidsproblemen en gezondheidsbedreigingen, en de aangekondigde maatregelen betrekking hebben op die groepen in de bevolking waarbij de gezondheidsproblemen zijn signaleerd.

Vier van de vijf landelijke prioriteiten komen in de meeste lokale gezondheidsnota's aan de orde. Dit zijn overgewicht, roken, alcoholverslaving en depressie.

Alle gemeenten hebben aangegeven dat het gezondheidsbeleid wordt afgestemd met andere beleidsterreinen. Zo zien we dat de dienst Welzijn in de meeste gemeenten betrokken is bij het opstellen van de nota, maar dat bij opvallend weinig gemeenten de diensten Wonen, Sociale Zaken, Onderwijs en Verkeer hierbij betrokken zijn.

Vier op de vijf gemeenten houden bij bestuurlijke beslissingen rekening met gezondheidsaspecten. Deze worden in de regel bewaakt door de wethouder (31,1%) of een ambtenaar (24,6%).

## **7.3 Wat is de betekenis van de nota's voor de implementatie van het gezondheidsbeleid en voor de OGGZ?**

In het merendeel van de gevallen (63%) is er nauwelijks of matig aandacht geschonken aan het uitvoeren van de beleidsvoornemens. Dit is afgeleid uit de combinatie van een aantal omstandigheden, namelijk de concreetheid van de beleidsdoelen, het bestaan van een plan van aanpak of een activiteitenoverzicht en de beschikbaarheid van een budget. Slechts in zeven gevallen is de aandacht voor de implementatie van de beleidsvoornemens in de nota goed te noemen en in 22 gevallen redelijk. Weliswaar bevatten de meeste nota's een activiteitenplan maar er is niet in dezelfde mate budget aan gekoppeld. Bovendien is er niet voor alle voorgenomen activiteiten budget beschikbaar.

Van de onderscheiden kwaliteitsaspecten vertoont er een een aantoonbaar verband met de kans op implementatie en dat is de beleidsconsistentie. Bovendien is gebleken dat kleinere gemeenten significant meer aandacht voor implementatie hebben dan de grote en middelgrote gemeenten. Tevens is gebleken dat de nota's die voor 1 juli 2003 zijn vastgesteld meer aandacht besteden aan de implementatie van de beleidsvoornemens dan de later vastgestelde nota's.

Tussen de kans op implementatie en een ander kwaliteitsaspect van de nota, namelijk het voldoen aan de wettelijke vereisten, kon geen verband worden aangetoond

## 7.4 Discussie

### *Beperkingen van het onderzoek*

Aan de hand van de inhoud van de bestudeerde nota's kan niet gezegd worden of en hoe het gezondheidsbeleid daadwerkelijk uitgevoerd wordt door gemeenten. Het is daarvoor misschien nog te vroeg omdat de verplichting tot opstellen van de nota pas per 1 juli 2003 van kracht is worden. In ieder geval is een ander type onderzoek nodig om informatie te verkrijgen over de uitvoering van gezondheidsbeleid.

In dit onderzoek stonden de nota's centraal en is met name gekeken naar de kansen voor implementatie. Wanneer de voorgenomen activiteiten niet uitgevoerd worden dan is er mogelijk een overschatting van de kansen op implementatie.

Er zijn 100 gemeenten aangeschreven en de eerste 80 die reageerden zijn meegenomen in het onderzoek. Het is niet uit te sluiten dat de beste gereageerd hebben en dat de resultaten daardoor enigszins een vertekend beeld geven. Anderzijds kan de volgorde van reageren ook bepaald zijn door werkdruk bij de betreffende ambtenaar of diens aan- of afwezigheid door vakantie, ziekte etc.

Er zijn meer gemeentelijke nota's die delen van de OGZ beschrijven, denk aan preventief jeugdbeleid, ouderenbeleid, veiligheidsbeleid en zo meer. Deze zijn alleen meegenomen in de score als ernaar werd verwezen. Het valt zeker niet uit te sluiten dat gemeenten in hun nota lokaal gezondheidsbeleid hier niet altijd naar verwezen hebben. Dan zou er sprake zijn van een ongunstiger beeld dan feitelijk het geval is.

### *Kansen voor facetbeleid.*

Facetbeleid is gezondheidsbeleid in aanpalende beleidsterreinen, in het Engels ook wel aangeduid met "healthy public policy", (gezond beleid) integenstelling tot "public health policy" (gezondheidsbeleid). Hoewel viervijfde van de gemeenten aangeeft dat er door bestuurders of ambtenaren rekening gehouden wordt met gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen op andere beleidsterreinen, weten we niet wat de reikwijdte noch wat de impact daarvan is. Afgaande op de gemeentelijke afdelingen die actief betrokken zijn bij de ontwikkeling van gezondheidsbeleid – vooral Welzijn maar in mindere mate Sociale Zaken, Onderwijs, Wonen en Verkeer komt facetbeleid nog onvoldoende van de grond. Daarbij geeft maar 30% aan dat de GGD een adviesfunctie heeft ten aanzien van de gemeente en wordt maar in 7% van de nota's expliciet aangegeven dat advies aan de GGD gevraagd wordt. Dit zal het lastig maken om gezond beleid van een goede kwaliteit in aanpalende beleidsterreinen te bewerkstelligen. De

mogelijkheden om gezondheidsbeleid breder te zien dan uitsluitend beleid op het terrein van de gezondheid was één van de belangrijke redenen om de gemeente te vragen een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Nu ontstaat het beeld dat uitsluitend gezondheidsbeleid wordt gepleegd en men de kansen voor gezond beleid laat liggen.

#### *Wettelijke eisen*

De nota gezondheidsbeleid had op 1 juli 2003 vastgesteld moeten zijn. Minder dan de helft (41%) van de gemeenten voldoet hieraan. Iets minder dan eenderde van de gemeenten heeft de nota in 2004 vastgesteld. De vraag is of dit belangrijk is. Sommige gemeenten hadden wellicht uitstel gekregen in verband met een gemeentelijke herindeling, anderen zullen op de rijksnota hebben gewacht, hetgeen de kwaliteit van de lokale nota en de aansluiting bij landelijk beleid ten goede zou moeten komen.

De meeste gemeenten beschrijven een deel van de wettelijke taken die voortvloeien uit de WCPV. Het beschrijven van de wettelijke taken is van belang om deze te plaatsen in relatie tot het overige gezondheidsbeleid van de gemeente, om de samenhang in gezondheidsbeleid te laten zien en eventuele lacunes te identificeren. Het past, net als facetbeleid, in de regiefunctie van de gemeente. Opvallend is dat 10% van de gemeenten de gezondheidssituatie niet beschrijft. Het is zonder dergelijke informatie uiteraard niet mogelijk om een adequaat gezondheidsbeleid op te stellen.

De openbare geestelijke gezondheidszorg wordt relatief weinig, slechts in de helft van de gemeenten, beschreven, hoewel er hierover landelijke afspraken zijn in het convenant OGGZ. Daarbij is er geen aantoonbaar verschil tussen centrum en perifere gemeenten te zien terwijl de OGGZ in een belangrijk aantal gevallen door de centrumgemeenten wordt uitgevoerd. Ook zien we dat er vaak een samenhang wordt ervaren tussen welzijn en de OGGZ. Mogelijk dat het beleid hieromtrent in andere nota's wordt beschreven.

Jeugdgezondheidszorg wordt in vrijwel alle nota's genoemd. Diekwart besteedt aandacht aan een actueel thema als de integratie van de JGZ. Het doel van die integratie is om jeugdigen zonder onderbreking gedurende lange tijd te volgen. Toch besteedt slechts de helft van de gemeenten aandacht aan het op systematische wijze volgen van de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jongeren en aan hun zorgbehoeften. Dit is des te zorgelijker omdat er de laatste jaren steeds meer signalen zijn over gezondheidsproblemen bij jongeren (psychische problemen, overgewicht, ongezond eten en te weinig bewegen). Bovendien wordt de basis van een gezond leven gelegd in de jeugd en daar kunnen zij in hun verdere leven nog lang plezier van hebben.

#### *Aansluiten bij lokale prioriteiten*

Een nota die richting moet geven aan het lokale gezondheidsbeleid zou een goede analyse moeten bevatten van de lokale gezondheidssituatie, van het aanbod aan (preventieve) gezondheidszorg en de lacunes daarin. Dit zou consequent moeten worden uitgewerkt in activiteiten. Deze interne of beleidsconsistentie van ruim de helft van de nota's is goed. We zagen echter al dat in 10% van de nota's niet eens de lokale gezondheidssituatie wordt beschreven. Daar komt bij dat in een aanzienlijk deel van de nota's geen beschrijving van de



lokale gezondheidssituatie is opgenomen. Men gebruikt dan regionale cijfers, kwalitatieve informatie van sleutelinformanten of sluit aan bij de landelijke prioriteiten. Daarnaast zijn er ook veel nota's waarin de analyse van de gezondheidssituatie onvoldoende of niet logisch leidt tot de voorgenomen activiteiten.

#### *Aansluiting bij landelijke prioriteiten*

Het ministerie van VWS heeft prioriteiten geformuleerd voor het gezondheidsbeleid in Nederland die ook voor een deel richting moeten geven aan de lokale nota's gezondheidsbeleid. De gemeenten zijn tenslotte belangrijke uitvoerders van het preventief gezondheidsbeleid en Nederland is dan ook deels afhankelijk van de lokale inspanningen op preventiegebied om landelijke verbeteringen te zien. In de lokale nota's genoemde prioriteiten sluiten goed aan bij de prioriteiten in de landelijke nota. Opvallend is dat nota's die verschenen na het vaststellen van de landelijke nota niet significant vaker de landelijke doelen omvatten. Dit komt wellicht doordat de landelijke prioriteiten ten dele gebaseerd zijn op de nulmeting van de monitor lokaal gezondheidsbeleid die onder gemeenten is gehouden medio 2002. Mogelijk is er ook gebruik gemaakt van gemeenschappelijke bronnen voor gezondheidsinformatie of heeft men in de gemeenten conceptversies van de landelijke nota gebruikt.

#### *Implementatie*

Aangezien het nog niet mogelijk is de uitkomsten van het ingezette beleid daadwerkelijk te toetsen, hebben de onderzoekers gezocht naar factoren die samenhangen met een goede kans op implementatie. Eén van deze factoren is het al of niet hebben van een concreet plan van aanpak, al of niet opgenomen in de nota zelf. Dit zien we bij ruim 80%.

Ten aanzien van de toekomstige plannen heeft ruim de helft van de gemeenten, met een plan van aanpak, hieraan ook daadwerkelijk geld toegewezen, ongeveer een kwart heeft ook voor meer jaren een budget vastgelegd. Al met al heeft zo'n 40% van de gemeenten een zodanig concrete uitwerking van de nota dat de verwachting is dat deze plannen worden uitgevoerd, tenminste in 2005. Voor 20% is er ook voor meerdere jaren een concrete invulling. Het is uit onze cijfers eveneens duidelijk dat niet alle voorgenomen plannen ook worden uitgevoerd. Zo zien we echter wel bij de gemeenten met een plan van aanpak dat van de voorgenomen activiteiten, 80% daadwerkelijk is ingezet, in voorbereiding of afgerond in 2004. De overige 20% van de activiteiten is niet of nog niet uitgevoerd in verband met gebrek aan mensen of middelen.

Het hebben van een goede nota in de zin dat de interne of beleidsconsistentie goed is, hangt samen met de kans dat de nota wordt geïmplementeerd. Van de andere kwaliteitsaspecten – voldoen aan de wettelijke vereisten, draagvlak - kan geen aantoonbaar verband met de kans op implementatie worden vastgesteld.

#### *Eindconclusie*

Er zijn twee effecten van de nota te verwachten: goede public health policy (goed gezondheidsbeleid) en healthy public policy (gezond beleid oftewel goed integraal of facet beleid).

Ten aanzien van de **healthy public policy** zien we dat hoewel de gemeenten bij veel partijen draagvlak hebben proberen te krijgen voor de nota zelf, met als opvallende uitzondering de

burger, ze nog in onvoldoende mate de nota's gebruiken om integraal gezondheidsbeleid te beschrijven. De rol van aanpalende beleidsterreinen, zorginstellingen en verzekeraars is beperkt. Ook de interactie tussen de wettelijke taken en het algemeen gezondheidsbeleid krijgt weinig vorm en de rol van de GGD bij het adviseren over gezondheidsconsequenties van beleid wordt veelal niet beschreven. Terwijl juist in het op professionele wijze rekening houden met gezondheid in andere beleidsterreinen goede kansen biedt om gezondheidswinst te boeken op een manier die weinig kost.

Ten aanzien van de **public health policy** is de belangrijke conclusie uit dit onderzoek dat veel van de gemeenten duidelijk de landelijk prioriteiten hebben opgepikt en deze in de nota hebben verwerkt, maar dat de analyse van lokale gezondheidsproblemen en de vertaling daarvan in beleid en maatregelen nog onvoldoende consistent gebeuren. Dit is des te belangrijker omdat er een significant verband is geconstateerd tussen beleidsconsistentie en de kans dat de beleidsvoornemens worden uitgevoerd. Of dit een werkelijk of een spurieus verband is, valt op grond van dit onderzoek niet te zeggen. Aan de ene kant is het mogelijk dat er een derde factor in het geding is, die de beide anderen verklaart en wel hoe serieus en gemotiveerd de gemeente werk maakt van gezondheidsbeleid. Een gemeente die gezondheidsbeleid zelf echt belangrijk vindt en daarom serieus werk maakt van de ontwikkeling van de nota zal ook gemotiveerd zijn daar uitvoering aan te geven. Aan de andere kant is het mogelijk dat een goede en zorgvuldige voorbereiding (analyse, formuleren van doelen, prioriteiten stellen) de kansen op uitvoering vergroten. Immers hoe beter het inzicht en de probleemanalyse des te duidelijker volgen hieruit de te nemen maatregelen. Omgekeerd bestaat bij een onzorgvuldige voorbereiding of een halfslachtige houding het risico dat de nota dan uitsluitend een papieren exercitie is en "in de la beland", of dat de plannen niet goed te evalueren zijn en dat onduidelijk blijft wat het beschrijven van het gezondheidsbeleid toevoegt.

#### *Gemeentelijke reacties op de betekenis van deze nota's voor het gezondheidsbeleid en voor de OGZ.*

Tijdens de expertmeeting die de IGZ in oktober 2004 heeft georganiseerd, hebben diverse gemeenten aangegeven dat ze door het schrijven van de nota bewust over het beleidsterrein en haar rol hierin zijn gaan nadenken en veel geleerd hebben. Het is een complex en veelomvattend beleidsterrein dat door het ontwikkelen van de nota enigszins behapbaar en geordend is geworden. Sommige gemeentelijke vertegenwoordigers hebben erop gewezen dat de WCPV in meerdere opzichten tweeslachtigheid vertoont. Ten eerste wat betreft de lokale beleidsvrijheid. Vooral op het gebied van de jeugdgezondheidszorg vindt men het verplichte onderdeel zoveel omvattend dat er naar hun idee te weinig ruimte overblijft voor gemeenten om hieraan hun eigen invulling te geven. Ten tweede wordt opgemerkt dat de WCPV vooral gericht is op de uitvoerende taken van de GGD en veel minder op gemeentelijke verantwoordelijkheden in brede zin.



## Bijlage 1 Toetsingsformulier

|   |  |
|---|--|
| <b>Gemeentenaam:</b><br><b>Gescoord door:</b><br><b>Datum:</b>  |  |
| <b>0. Aanwezigheid nota gezondheidsbeleid</b><br>a. Heeft de gemeente een nota gezondheidsbeleid?<br>b. Is de nota door de gemeenteraad vastgesteld?<br>c. Is het een lokale, regionale, kader- of kapstoknota (of andere)?   | <b>Totaal: 2 max.</b><br><b>Ja=1 Nee=0</b><br><b>Ja=1 Nee=0</b><br>Open antwoord |
| <b>I. Tijdigheid</b><br>a. Heeft de gemeenteraad een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld vóór 1 juli 2003?<br>b. Wanneer vastgesteld?   | <b>Totaal: 1 max.</b><br><b>Ja=1 Nee=0</b><br>Open antwoord                      |
| <b>II. Wettelijke vereisten (WCPV)</b><br>a. Wordt in de nota aangegeven hoe de gemeente de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg bevordert (artikel 2.1). M.a.w. geeft de gemeente permanent aandacht aan collectieve preventie door middel van de volgende bevorderingstaken:   | <b>Totaal: 25 max.</b>   |
| a1. Bevat de nota een beschrijving van de gezondheidssituatie van de bevolking? (artikel 2.2a) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is deze gebaseerd op epidemiologische analyse (zie voor precieze betekenis hiervan blz. 19 boekje versterking 01)?</li> <li>• Is het verzamelen en analyseren van de gegevens op landelijke gelijkvormige wijze gebeurd?</li> </ul>   | <b>Ja=1 Nee=0</b>  |
| a2. Wordt in de nota aandacht besteed aan gezondheidsbevordering (het gaat om het opzetten, uitvoeren en evalueren van preventieprogramma's en -beleid)? (artikel 2.2c). (M.a.w. wordt aandacht besteed aan preventie en gezondheidsbevordering)? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zijn er preventieprogramma's?</li> <li>• Is er afstemming in preventieprogramma's (bijv. afstemming met thuiszorg, CAD of andere partijen)?</li> </ul>   | <b>Ja=1 Nee=0</b><br><b>Ja=1 Nee=0</b>   |
| a3. Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van medisch-milieukundige zorg? (artikel 2.2d) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signaleren van ongewenste situaties</li> <li>• Het adviseren over risico's (in het bijzonder bij rampen of dreigingen van rampen)</li> <li>• Het beantwoorden van vragen uit de bevolking</li> <li>• Het geven van voorlichting en het doen van onderzoek</li> </ul>   | <b>Ja=2 Genoemd=1 Nee=0</b>  |
| a4. Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van technische hygiënezorg? (artikel 2.2 <sup>e</sup> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro organismen</li> <li>• het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen</li> </ul> | <b>Ja=2 Genoemd=1 Nee=0</b>  |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• het signaleren van ongewenste situaties</li> <li>• het beantwoorden van vragen uit de bevolking</li> <li>• het geven van voorlichting;</li> </ul>                           |  |
| <p>a5. Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)? (artikel 2.2f)</p>  | <p><b>Ja=2    Genoemd=1    Nee=0</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het signaleren en bestijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ;</li> </ul>  | <p><b>Ja=2    Genoemd=1    Nee=0</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen;</li> </ul>  | <p><b>Ja=2    Genoemd=1    Nee=0</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen</li> </ul>  | <p><b>Ja=2    Genoemd=1    Nee=0</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het bieden van psychosociale hulp bij rampen</li> </ul>   | <p><b>Ja=2    Genoemd=1    Nee=0</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ</li> </ul>   | <p><b>Ja=2    Genoemd=1    Nee=0</b></p> |
| <p>b. Wordt in de nota aandacht besteed aan de uitvoering van de infectieziektebestrijding? (artikel 3.1).</p>   | <p><b>Ja=2    Genoemd=1    Nee=0</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemene infectieziektebestrijding</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (Aids, SOA)</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• TBC bestrijding</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het beantwoorden van vragen uit de bevolking</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het geven van voorlichting en begeleiding</li> </ul>  |  |
| <p>c. Wordt in de nota aandacht besteed aan de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg? (artikel 3a.1)</p>  |  |
| <p>c1. Wordt in de nota aandacht besteed aan het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren?</p> | <p><b>Ja=1    Nee=0</b></p>              |
| <p>c2. Wordt in de nota aandacht besteed aan de behoeften aan zorg (inventarisatie v.d. vraag)?</p>  | <p><b>Ja=1    Nee=0</b></p>              |
| <p>c5. Zijn in de nota maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen geformuleerd?</p>  | <p><b>Ja=1    Nee=0</b></p>              |
| <p>6. Wordt er in de nota aandacht besteed aan de afstemming JGZ- Jeugdzorg /jeugd GGZ/ of anders? <u>Niet scoren</u></p>  | <p><b>Opmerken:</b></p>                  |
| <p>7. Wordt er in de nota aandacht besteed aan de integratie van 0-4 en 4-19 jaar JGZ?</p>   | <p><b>Ja=1    Nee=0</b></p>              |
| <p>d. Wordt de GGD om advies gevraagd door de gemeenteraad en het college van B EN W in het geval van belangrijke besluiten die gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie?</p>                            | <p><b>Ja=2    Genoemd=1    Nee=0</b></p> |
| <p><b>III. Opstellen van nota lokaal gezondheidsbeleid (dit onderdeel sluit aan op de vragen in de enquête)</b><br/>(In hoeverre zijn geformuleerde doelen, begrippen, doel-middelrelaties e.d. consistent?)</p>     | <p><b>Totaal: 18 max.</b></p>            |

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| a. Is de beschreven gezondheidstoestand gebaseerd op de eigen lokale/regionale cijfers?  | Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0        |
| b. Zijn de beleidsprioriteiten gebaseerd op de eigen lokaal/regionaal geconstateerde gezondheidsproblemen?   | Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0        |
| c. Is er consistentie tussen de analyse van de lokale gezondheidsproblemen en de keuze van de aan te pakken gezondheidsproblemen?  | Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0        |
| d. Is er consistentie tussen de lokaal aangewezen groepen met gezondheidsachterstand/ gezondheidsproblemen en de benoemde aandachtsgroepen van het lokale gezondheidsbeleid? | Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0        |
| e. Is er consistentie tussen de gesignaleerde gezondheidsproblemen van een bepaalde bevolkingsgroep en de voorgestelde maatregelen?  | Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0        |
| f. Wordt aandacht besteed aan de uitvoerbaarheid van de maatregelen om de gezondheidsproblemen aan te pakken?  | Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0        |
| <b>IV. Aandacht voor implementatie van nota</b>  |                                       |
| a. Zijn de beleidsdoelen in meetbare termen geformuleerd?  | Totaal: 21 max.                       |
| b. Is er ook een plan van aanpak (activiteitenplan/uitvoeringsprogramma)?  | Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0        |
| c. Sluit de inhoud van het plan van aanpak aan bij de inhoud van de nota?  | Ja=3 Nee=0                            |
| d. Bevat het plan van aanpak een begroting/budget?   | Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0        |
| e. Is aan iedere activiteit voor 2004 een budget gekoppeld? M.a.w. is iedere activiteit voor 2004 apart begroot?   | Ja=3 Nee=0                            |
| f. Zijn er mijlpalen c.q. tussendoelen gesteld (m.a.w. is aangegeven wat wanneer gerealiseerd zal zijn)?   | Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0        |
| g. Is aangegeven wanneer geëvalueerd zal gaan worden?  | Ja=3 Nee=0                            |
|  | Opmerkingen t.a.v. 'plan van aanpak': |
| <b>V. Draagvlak voor ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling</b>  |                                       |
|  | Totaal: 12 max.                       |
| a. Bestaat er draagvlak voor beschreven gezondheidsproblemen blijkend uit de betrokkenheid van:  |                                       |
| • de gemeenteraad;   | Ja=1 Nee=0                            |
| • andere gemeentelijke afdelingen (en welke zijn dat?);  | Ja=1 Nee=0                            |
| • uitvoerders (instellingen: GGD, eerstelijns, GGZ, Welzijn);  | Ja=1 Nee=0                            |
| • zorgkantoor/zorgverzekeraars;  | Ja=1 Nee=0                            |
| • de doelgroep (bijvoorbeeld in de vorm van cliënten-/consumentenorganisaties);  | Ja=1 Nee=0                            |
| • overige belanghebbenden (zoals scholen, buurgemeenten etc).  | Ja=1 Nee=0                            |
| b. Bestaat er draagvlak voor beschreven gezondheidsbeleid blijkend uit de betrokkenheid van:   |                                       |
| • de gemeenteraad;   | Ja=1 Nee=0                            |
| • andere gemeentelijke afdelingen (en welke zijn dat?);  | Ja=1 Nee=0                            |
| • uitvoerders (instellingen: GGD, eerstelijns, GGZ, Welzijn);  | Ja=1 Nee=0                            |
| • zorgkantoor/zorgverzekeraars;  | Ja=1 Nee=0                            |
| • de doelgroep (bijvoorbeeld in de vorm van cliënten-/consumentenorganisaties);  | Ja=1 Nee=0                            |
| • overige belanghebbenden (zoals scholen, buurgemeenten etc).  | Ja=1 Nee=0                            |
| <b>VI. Landelijke prioriteiten in nota?</b>  |                                       |



# Onderzoek gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid

|                       |
|-----------------------|
| Ingevuld door dhr/mw: |
| Afdeling:             |
| Telefoon:             |

## **GRAAG TERUGSTUREN VÓÓR 15 JULI**

Inlichtingen bij:  
Mevrouw Schoenmakers (tel. 070 - 373 8996)

SGBO  
Onderzoeks- en Adviesbureau van de  
Vereniging van Nederlandse Gemeenten  
Antwoordnummer 2224  
2501 VB Den Haag

ENQUÊTE 3559 VERSTUURD OP 23 JUNI 2004





TOELICHTING

In opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) doet SGBO, Onderzoeks- en Adviesbureau van de VNG, onderzoek naar de wijze waarop gemeenten invulling hebben gegeven aan de in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) opgenomen verplichting om een nota gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Voor de beoordeling hiervan worden de lokale nota's gezondheidsbeleid onderzocht. Het gaat om de vigerende nota's. Omdat we verwachten dat er mogelijk vragen zijn die niet uit de nota's zijn af te leiden, is deze korte enquête opgesteld. In de enquête zal achtereenvolgens op de totstandkoming en de implementatie van de nota worden ingegaan.

Hoewel de vragenlijst beknopt is, beseffen wij dat beantwoording van de vragenlijst beslag legt op uw tijd. Wij willen u toch vragen deze vragenlijst (in bijgevoegde antwoordenvolp) ingevuld retour te zenden, graag **vóór** 15 juli.

Notatiewijze vragenlijst



één antwoord mogelijk, graag zo aankruisen



meerdere antwoorden mogelijk, graag zo aankruisen



bij een fout, graag het hele hokje opvullen van het juiste antwoord



één cijfer per vakje

open vraag



ga door naar vraag ... (u kunt vragen overslaan)

informatie/toelichting

## TOTSTANDKOMING VAN DE NOTA

### 1. Wie heeft de opdracht verstrekt om een nota gezondheidsbeleid op te stellen?

- 1  De gemeenteraad (of gemeenteraadscommissie)
- 2  Het college van burgemeester en wethouders
- 3  Een ambtelijk orgaan (bijvoorbeeld het MT, de gemeentesecretaris, directeur van een afdeling of dienst)
- 4  Regionaal samenwerkingsverband
- 5  Anders, namelijk:

### 2. Wie heeft er leiding gegeven aan het proces van het opstellen van de vigerende nota gezondheidsbeleid?

- 1  De beleidsmedewerker gezondheidszorg
  - 2  Een andere ambtenaar, namelijk:
- 
- 3  De verantwoordelijke portefeuillehouder
  - 4  Het college van burgemeester en wethouders
  - 5  De gemeenteraad (of gemeenteraadscommissie)
  - 6  De GGD
  - 7  Extern adviseur (of bureau)
  - 8  Anders, namelijk:

### 3. Welke (gemeentelijke) partijen waren betrokken bij het opstellen van de vigerende nota?

|  |    | Betrokken                |
|--|----|--------------------------|
|  |    | 1                        |
| Bestuurders  | 1  | <input type="checkbox"/> |
| Gemeenteraadsleden   | 2  | <input type="checkbox"/> |
| Dienst/afdeling welzijn  | 3  | <input type="checkbox"/> |
| Dienst/afdeling wonen  | 4  | <input type="checkbox"/> |
| Dienst/afdeling sociale zaken  | 5  | <input type="checkbox"/> |
| Dienst/afdeling onderwijs  | 6  | <input type="checkbox"/> |
| Dienst/afdeling verkeer  | 7  | <input type="checkbox"/> |
| GGD  | 8  | <input type="checkbox"/> |
| Burgers  | 9  | <input type="checkbox"/> |
| Vertegenwoordigers van<br>gezondheidsvragers, bijvoorbeeld een<br>cliëntenplatform | 10 | <input type="checkbox"/> |
| Zorgkantoor  | 11 | <input type="checkbox"/> |
| Zorgaanbieders   | 12 | <input type="checkbox"/> |
| Anders, nl.:   | 13 | <input type="checkbox"/> |

**4a. Wanneer is de vigerende nota door de gemeenteraad vastgesteld?**

| Maand                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| januari                  | februari                 | maart                    | april                    | mei                      | juni                     | juli                     | augustus                 | september                | oktober                  | november                 | december                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Jaar                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <=1993                   | 1994                     | 1995                     | 1996                     | 1997                     | 1998                     | 1999                     | 2000                     | 2001                     | 2002                     | 2003                     | 2004                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4b. Wanneer is het College van Burgemeester en Wethouders akkoord gegaan?**



| Maand                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| januari                  | februari                 | maart                    | april                    | mei                      | juni                     | juli                     | augustus                 | september                | oktober                  | november                 | december                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Jaar                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <=1993                   | 1994                     | 1995                     | 1996                     | 1997                     | 1998                     | 1999                     | 2000                     | 2001                     | 2002                     | 2003                     | 2004                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## IMPLEMENTATIE VAN DE NOTA

5. Wordt er bij bestuurlijke beslissingen rekening gehouden met gezondheidsaspecten? Zo ja, door wie wordt dit bewaakt?

- 1  Nee, er wordt geen rekening mee gehouden.
- 2  Ja, door de wethouder
- 3  Ja, door een ambtenaar
- 4  Ja, anders namelijk:

6. Bevat de nota een activiteitenplan of plan van aanpak met concrete maatregelen of is er een apart activiteitenplan of plan van aanpak?

- 1  Nee, er is geen activiteitenplan / plan van aanpak → ga door naar vraag 11
- 2  Ja, de nota bevat een activiteitenplan / plan van aanpak
- 3  Ja, er is een apart lokaal activiteitenplan / plan van aanpak
- 4  Ja, er is een apart regionaal activiteitenplan/ plan van aanpak

7a. Wat is de looptijd van het hierboven genoemde plan van aanpak?

Van:

| Maand                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| januari                  | februari                 | maart                    | april                    | mei                      | juni                     | Juli                     | augustus                 | september                | oktober                  | november                 | december                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jaar                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <=1993                   | 1994                     | 1995                     | 1996                     | 1997                     | 1998                     | 1999                     | 2000                     | 2001                     | 2002                     | 2003                     | 2004                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tot:

| Maand                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| januari                  | februari                 | maart                    | april                    | mei                      | juni                     | Juli                     | augustus                 | september                | oktober                  | november                 | december                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jaar                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <=1999                   | 2000                     | 2001                     | 2002                     | 2003                     | 2004                     | 2005                     | 2006                     | 2007                     | 2008                     | 2009                     | 2010                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 7b. **Wilt u hieronder aangeven wat de stand van zaken is bij de uitvoering van de in het plan van aanpak genoemde activiteiten voor 2004 in uw gemeente?**  
 (Toelichting: niet bedoeld zijn de reguliere activiteiten die de GGD of Thuiszorg uitvoeren op basis van de WCPV)

|   |   | Aantallen (absoluut) |
|---|---|----------------------|
| <b>Totaal</b> aantal activiteiten vermeld in het plan van aanpak voor 2004; | 1 |                      |
| Aantal activiteiten (van het totaal) dat in voorbereiding is:               | 2 |                      |
| Aantal activiteiten (van het totaal) dat in uitvoering is:                  | 3 |                      |
| Aantal activiteiten (van het totaal) dat afgerond is:                       | 4 |                      |
| Aantal activiteiten (van het totaal) waarvoor nog geen actie is ondernomen: | 5 |                      |

- 7c. **Welk bedrag staat er op de gemeentebegroting voor 2004 voor de uitvoering van de activiteiten die genoemd zijn in het plan van aanpak?**  
 (Toelichting: niet bedoeld zijn de middelen die de gemeente jaarlijks besteedt aan de GGD of de Thuiszorg)

voor de uitvoering van de reguliere WCPV-taken)  
(Toelichting: bedrag afronden op hele euro's)

€  .    .    ,--

7d. Heeft de gemeente een meerjarig budget beschikbaar gesteld voor de uitvoering van de nota lokaal gezondheidsbeleid dan wel het plan van aanpak en zo ja, hoe groot is dat budget afgerond op hele euro's?

1  Nee

2  Ja, het totale budget bedraagt ; €  .    .    ,--

7e. Is er financiële dekking voor alle in het plan van aanpak genoemde activiteiten?

1  Nee

2  Ja

7f. Wanneer u bij vraag 7b. heeft aangegeven dat er voorgenomen activiteiten zijn waarvoor nog geen actie is ondernomen, wilt u dan hieronder aangeven wat daarvan de voornaamste oorza(a)k(en) is (zijn)?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- 1  Er zijn niet genoeg middelen beschikbaar
- 2  Er is niet genoeg personele capaciteit
- 3  De gemeente heeft onvoldoende bevoegdheden
- 4  De uitvoerende partijen houden zich niet aan de afspraken
- 5  Anders, namelijk:

8. Welke partij bewaakt de uitvoering van de voorgenomen activiteiten uit de nota?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

1  Gemeente

2  GGD



3  Anders, namelijk:

**9. Heeft er een (tussentijdse) evaluatie plaatsgevonden van de activiteiten uit het plan van aanpak?**  
(Toelichting: indien deze vraag bevestigend wordt beantwoord zijn er meerdere antwoorden mogelijk)

- 1  Nee
- 2  Ja, op de bereikte resultaten (gezondheidswinst/ gedragsverandering)
- 3  Ja, op de mate waarin de doelgroep(en) zijn bereikt
- 4  Ja, op het nakomen van de afspraken (input)
- 5  Ja, anders namelijk:

**10a. Heeft er een (tussentijdse) evaluatie plaatsgevonden van de nota lokaal gezondheidsbeleid?**

- 1  Nee; ➔ Ga door naar vraag 11
- 2  Ja

**10 b. Heeft op basis van die (tussentijdse) evaluatie bijstelling van de nota lokaal gezondheidsbeleid plaatsgevonden en zo ja welke?**  
(Toelichting: indien deze vraag bevestigend wordt beantwoord, zijn er meerdere antwoorden mogelijk)

- 1  Nee
- 2  Ja, de doelen zijn aangepast
- 3  Ja, de doelgroepen zijn aangepast
- 4  Ja, het financiële kader is aangepast
- 5  Ja, anders namelijk:

11. Ruimte voor opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst.

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DEZE ENQUÊTE

WILT U BIJ DE INGEVULDE ENQUETE OOK DE NOTA GEZONDHEIDSBELEID VAN UW GEMEENTE EN EVENTUELE AANVULLENDE DOCUMENTEN, ZOALS EEN ACTIVITEITENPLAN NAAR ONS TOESTUREN?