

Inhoud en kwaliteit nota's lokaal gezondheidsbeleid

Onderzoeksresultaten 2009

COLOFON

Samenstelling

Yoeba Dresen
Anja van Lonkhuijzen
Nora Kornalijnslijper

Vormgeving binnenwerk

Secretariaat SGBO

Druk

Secretariaat SGBO

SGBO Benchmarking

Den Haag

SGBO 418310

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	Samenvatting	1
1	Inleiding	5
2	Achtergrond en probleemstelling	7
3	Onderzoeksopzet	11
3.1	De scoringslijst	11
3.2	De enquête onder gemeenten	12
4	Resultaten 2009	15
4.1	Resultaten algemeen	15
4.2	Totstandkoming van de nota's	16
4.2.1	Aanwezigheid, tijdigheid en vaststelling nota gezondheidsbeleid	16
4.2.2	Betrokken partijen	16
4.3	Inhoud van de nota's	19
4.3.1	Wettelijke vereisten	20
4.3.2	Aansluiting gezondheidsproblemen, beleidsprioriteiten en maatregelen (beleidsconsistentie)	22
4.3.3	Landelijke prioriteiten in de nota lokaal gezondheidsbeleid	24
4.3.4	Facetbeleid en aansluiting Wmo-beleid	26
4.4	Implementatie van de nota's	26
4.4.1	Meetbare beleidsdoelen	27
4.4.2	Plan van aanpak	27
4.4.3	Financiering	29
4.4.4	Welke partijen zijn betrokken bij de uitvoering	29
4.4.5	Bewaking gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen	30
4.4.6	Evaluatie	31
4.5	Bestrijden van sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV)	31
4.6	De afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg	34
4.7	Belang van de kwaliteitscriteria vanuit het oogpunt van de gemeenten	35
5	Resultaten 2009 ten opzichte van resultaten 2004	37
6	Conclusies	41

7	Hoofdpunten en discussie	45
7.1	Invulling door gemeenten van de verplichte nota gezondheidsbeleid	45
7.2	Hoe scoren de nota's op een aantal kwaliteitscriteria?	45
7.3	Discussie	46
	Bijlage 1: de scoringslijst	49
	Bijlage 2: de enquête	55
	Bijlage 3: verwijderde en toegevoegde kwaliteitscriteria in scoringslijst 2009	67
	Bijlage 4: wettekst WPG	69

Samenvatting

In opdracht van IGZ is in het voorjaar van 2009 het evaluatie onderzoek naar de gemeentelijke gezondheidsnota's herhaald.

De hoofdvraag van het onderzoek luidde: 'Op welke wijze hebben gemeenten invulling gegeven aan de wettelijke verplichting om de tweede vierjaarlijkse nota gezondheidsbeleid te ontwikkelen en vast te stellen en hoe verhoudt deze nota zich tot de vorige nota?'

Totstandkoming van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, nu en toen

In de meeste gemeenten is een lokale en niet een regionale gezondheidsnota ontwikkeld en vastgesteld. Een aanzienlijk deel van de gemeenten heeft de nota in 2008 of 2009 vastgesteld en niet voor 1 januari 2008. Bij driekwart van de gemeenten heeft de gemeente zelf leiding gegeven aan het ontwikkelen van de nota. De gemiddelde beleidscapaciteit voor volksgezondheid bij gemeenten bedraagt 0,5 fte.

In bijna alle gevallen zijn de dienst Welzijn/Wmo en de GGD betrokken geweest bij het opstellen van de huidige gezondheidsnota, gevolgd door een vertegenwoordiging van de zorgvragers, bestuurders en JGZ-organisaties. Het zorgkantoor en zorgverzekeraars waren in weinig gemeenten betrokken bij het opstellen van de nota. Het is ook nog niet altijd gangbaar om gemeentelijke afdelingen zoals ruimtelijke ordening, verkeer en de dienst milieu te betrekken bij de op te stellen nota. Bijna alle gemeenten beschikten over een gezondheidsprofiel van de lokale of regionale situatie. Een enkele gemeente (3,2%) had geen gezondheidsprofiel.

In de meeste gemeenten (87%) heeft de GGD advies uitgebracht over de gezondheidsnota.

Een kleine meerderheid van de gemeenten (58%) geeft aan dat er draagvlak bestaat voor de in de nota beschreven gezondheidsproblemen onder de uitvoerders. Van alle onderscheiden groepen worden zij het vaakst genoemd. Voorts lijkt het erop dat er meer aandacht is voor het vinden van draagvlak voor de gesignaleerde gezondheidsproblemen in de gemeente dan voor het daarop gerichte gezondheidsbeleid. Ongeveer een kwart van de gemeenten geeft aan dat er draagvlak voor het beleid bestaat onder de uitvoerders en onder de doelgroep.

Vergelijking met de resultaten 2004

De opdracht tot het ontwikkelen van de nota gezondheidsbeleid is in de regel door het college van B&W gegeven (43% van de gemeenten) en in 20% van de gemeenten door de gemeenteraad. Dit punt is gelijk gebleven ten opzichte van de vorige meting.

Het aantal gemeenten dat zeven of meer partijen heeft betrokken bij het opstellen van de gezondheidsnota is afgenomen. Wel zijn burgers vaker betrokken geweest dan bij de ontwikkeling van de vorige nota. Hoewel het aantal gemeenten dat de burgers hierbij betrokken heeft is toegenomen van 32% naar 44%, is het nog altijd een minderheid.

Inhoud van de gezondheidsnota's, nu en toen?

Het merendeel van de gezondheidsnota's (64%) voldoet in onvoldoende mate aan de wettelijke vereisten. Hiervoor is nagegaan of alle taken die de wet aan gemeenten opdraagt in het kader van de publieke gezondheid, minstens genoemd worden in de nota. Het gaat daarbij om de bevorderingstaken, de infectieziektebestrijding, de jeugdgezondheidszorg en het advies vragen aan de GGD. Slechts 36% van de gemeentelijke nota's scoort redelijk tot goed op de wettelijke vereisten. Dat de gemeenten deze taken niet noemen in de nota, wil niet zeggen dat ze deze taken niet uitvoeren. Het zegt wel dat gemeenten deze taken niet of onvoldoende betrekken bij hun gezondheidsbeleid. Van de genoemde taken wordt gezondheidsbevordering het meest door gemeenten in de nota opgenomen. Verder wordt de lage score ook verklaard door het geringe aantal gemeenten dat in de nota aandacht besteedt aan de inventarisatie van de vraag naar jeugdgezondheidszorg en het geringe aantal dat aandacht besteedt aan de integratie van de JGZ. Dat laat zich vermoedelijk verklaren door de vele ontwikkelingen op het gebied van JGZ zoals de komst van de Centra voor Jeugd en Gezin, waardoor deze taken wellicht in een ander verband of op een ander moment zijn gedaan.

Is er sprake van aansluiting tussen de gesignaleerde gezondheidsproblemen, de gestelde beleidsprioriteiten en de voorgenomen maatregelen of anders gezegd is er consistentie in het gezondheidsbeleid zoals dat in de nota naar voren komt? Op beleidsconsistentie scoort het merendeel van de gemeenten matig (68,1%), 17,4% goed en 14,5% slecht. Het merendeel van de gemeenten (circa 80%) doet het goed tot overwegend goed bij de eerste stappen van het beleidsproces (lokale gezondheidsgegevens en -analyse, beleidsprioriteiten sluiten daarop aan) maar dat deel wordt kleiner naarmate het concreter wordt zoals bij de selectie van de aandachtsgroepen en de keuze van de voorgestelde maatregelen, en nog kleiner bij de aandacht voor de uitvoerbaarheid van de voorgenomen maatregelen.

Vier op de vijf gemeenten noemt alle vijf landelijke speerpunten voor preventie (overgewicht, alcoholmisbruik, roken, depressie en diabetes) in de nota en bijna 12% noemt er vier. Voor diabetes is verhoudingsgewijs minder aandacht. Hoewel de meeste gemeenten de landelijke speerpunten noemen, hebben niet alle gemeenten hiervoor een plan van aanpak. Dat komt nog het vaakst voor bij de aanpak van schadelijk alcoholgebruik en overgewicht.

Tweederde van de gemeenten stemt het gezondheidsbeleid af met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen zoals wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs en welzijn, en voert facetbeleid. Dat is beter dan in 2004. Een klein deel van de gemeenten (19%) heeft een gecombineerde Wmo en gezondheidsnota opgesteld.

Vergelijking met de resultaten 2004

Op één punt is er een verbetering te zien ten opzichte van de resultaten in 2004 en wel op het punt van de opname van de landelijke preventiespeerpunten in de gezondheidsnota. De overige punten zijn gelijk gebleven of zelfs achteruit gegaan. De aandacht voor implementatie van de nota is gelijk gebleven en dat betekent dat er nog steeds onvoldoende aandacht is voor de uitvoering van de beleidsvoornemens.

In vergelijking met de vorige meting is vooral minder goed gescoord op het voldoen aan de wettelijke vereisten, de consistentie van het opgestelde gemeentelijke gezondheidsbeleid en de aandacht voor draagvlak voor het ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling.

Aandacht voor het bestrijden van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) in de gezondheidsnota

Bijna tweederde van de responderende gemeenten blijkt het probleem van gezondheidsachterstanden en/of mensen met een lage SES genoemd te hebben in hun gezondheidsnota. Het terugdringen van die gezondheidsachterstanden wordt echter niet door evenveel gemeenten bij de doelstellingen of ambities genoemd. Slechts één op de drie gemeenten heeft dit als doelstelling in de nota opgenomen. Over het algemeen besteden gemeenten met achterstandswijken beduidend meer aandacht aan deze problematiek dan gemeenten zonder achterstandswijken. Dit betekent dat de andere gemeenten die wel inwoners hebben met een lage SES en een gezondheidsachterstand daar beduidend minder aandacht voor hebben. Ook op het merendeel van de overige kwaliteitscriteria scoren de gemeenten met achterstandswijken over het algemeen beter dan de andere gemeenten. Dit valt grotendeels te verklaren doordat het doorgaans gaat om de centrumgemeenten en de grotere gemeenten. Er blijkt een significant verband te bestaan tussen aandacht voor implementatie van de beleidsvoornemens uit de nota en de inwonersklasse, namelijk dat grote gemeenten meer aandacht hebben voor implementatie.

Dit punt is niet meegenomen in het vorige evaluatieonderzoek zodat we niet kunnen nagaan of er in de afgelopen periode veranderingen in zijn opgetreden.

Aandacht voor de afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg in de gezondheidsnota?

Bijna driekwart van de gemeenten besteedt in de nota niet of nauwelijks aandacht aan de afstemming tussen preventie en de curatieve gezondheidszorg. Slechts één op de tien gemeenten besteedt daar wel aandacht aan. Als het thema wel genoemd wordt in de nota dan wordt het dikwijls nauwelijks uitgewerkt. Soms worden er wel samenwerkingspartners uit de curatieve gezondheidszorg genoemd zoals huisartsen, fysiotherapeuten en zorgverzekeraars maar die zijn niet gekoppeld aan een doelstelling of een plan van aanpak. Het lijkt echter moeilijk voor te stellen dat de landelijke speerpunten van preventie in het gemeentelijk gezondheidsbeleid uitgewerkt kunnen worden zonder betrokkenheid van de curatieve gezondheidszorg.

Dit punt is niet meegenomen in het vorige evaluatieonderzoek zodat we niet kunnen nagaan of er in de afgelopen periode veranderingen in zijn opgetreden.

Betekenis van de gezondheidsnota voor de implementatie van het gezondheidsbeleid, toen en nu?

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. In ruim de helft van de gemeenten lijken de voorwaarden voor implementatie (SMART doelstellingen, het hebben van een plan van aanpak, en beschikken over een budget) onvoldoende vervuld te zijn.

In 2009 gaat een aantal zaken beter dan bij de vorige meting, namelijk: hoe gemeenten omgaan met de (tussentijdse) evaluatie, de mate waarin er bij bestuurlijke beslissingen rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten en de mate van financiële dekking voor de geplande activiteiten. Toch is de aandacht voor implementatie in zijn geheel nog onvoldoende.

1 Inleiding

In 2010 zal de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) in haar jaarlijkse reeks 'Staat van de gezondheidszorg' (SGZ) opnieuw rapport uitbrengen over de staat van de openbare gezondheidszorg, dit maal met als thema 'Preventie effectiever maken'. Deze studie is een vervolg op de Staat van de Openbare Gezondheidszorg (OGZ) van 2005, dat als thema had 'Openbare Gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?'.

Ten behoeve van de SGZ 2010 heeft de IGZ opnieuw een evaluatieonderzoek laten uitvoeren naar de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. Het betreft een herhaling van het eerder in 2004 uitgevoerde onderzoek. De belangrijkste vraagstelling van het nieuwe evaluatieonderzoek is of de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid 2008 verbeterd zijn ten opzichte van die in 2004.

Dit rapport presenteert de resultaten van het onderzoek naar de kwaliteit en de inhoud van de lokale gezondheidsnota's. Gegevens zijn verkregen uit enerzijds het scoren van de nota's door de onderzoekers op vaste criteria uit het toetsingskader en anderzijds uit enquêtevragen die voorgelegd zijn aan gemeenten. Beide bronnen geven zicht op hoe gemeenten vorm hebben gegeven aan de totstandkoming van de nota's gezondheidsbeleid, of de nota's voldoen aan de wettelijke vereisten en in hoeverre de gemeenten aandacht hebben voor de implementatie van de nota's. Specifieke aandacht is er voor de leereffecten; op welke punten zijn de nota's vooruitgegaan en welke punten krijgen van de gemeenten nog onvoldoende aandacht.

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 resultaten uit 2009 waarin achtereenvolgens aandacht is voor de totstandkoming van de nota's, inhoud van de nota's, implementatie van de nota's, bestrijden van sociaal economische gezondheidsverschillen, de afstemming tussen preventie en curatieve gezondheidszorg en het belang van de kwaliteitscriteria vanuit het oogpunt van de gemeenten. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 5 in op de resultaten van 2009 in vergelijking met 2004. En tot slot volgen in hoofdstuk 6 de conclusies. De bijlagen bevatten: de gebruikte onderzoeksinstrumenten, te weten de scoringslijst ter beoordeling van de nota's en de enquête die de gemeenten hebben ingevuld, een overzicht van de verwijderde en toegevoegde kwaliteitscriteria en de tekst van de Wet publieke gezondheid.

2 Achtergrond en probleemstelling

De verplichting voor gemeenten om één keer in de vier jaar een gezondheidsnota te ontwikkelen en vast te stellen is wettelijk verankerd. Voor de gezondheidsnota 2007 tot 2011, de tweedegeneratienota, was dit geregeld in artikel 3b van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Ook in de Wet Publieke Gezondheid (WPG) die op 1 december 2008 in werking is getreden, is bepaald dat gemeenten één keer in de vier jaar een nota gezondheidsbeleid moeten ontwikkelen en vaststellen. Letterlijk staat er in artikel 13, lid 2 “De gemeenteraad stelt vóór 1 juli 2011 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 5 en 6 genoemde taken, alsmede aan de in artikel 16 genoemde verplichting (zie bijlage 4 voor de wettekst van de WPG)”.

De IGZ heeft de opdracht om namens het Rijk te onderzoeken hoe gemeenten deze taak uitvoeren en of zij deze volbrengen naar de wettelijke eisen zoals deze in de WPG zijn opgenomen. In 2005 werden in de SGZ de resultaten van het deelonderzoek dat door SGBO is uitgevoerd naar de lokale nota's gezondheidsbeleid gepresenteerd. Daaruit bleek dat veel gemeenten duidelijk de landelijke prioriteiten hadden overgenomen en deze in de nota hadden verwerkt, maar dat de analyse van lokale gezondheidsproblemen en de vertaling daarvan in beleid en maatregelen nog onvoldoende consistent zijn bij een groot deel van de gemeenten. Tevens bleek dat er nog onvoldoende aandacht was voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid. Gemeenten konden winst behalen ten aanzien van facetbeleid; het betrekken van aanpalende terreinen. Maar ook het betrekken van GGD's, zorginstellingen, verzekeraars en burgers kwam in de nota's die onderzocht zijn in 2004 nog onvoldoende naar voren.

Gemeenten hebben in 2007/2008 wederom een nota lokaal gezondheidsbeleid gemaakt. Reden voor de IGZ het eerder uitgevoerde onderzoek te herhalen. Als onderzoeksvraag is in dit onderzoek onder andere meegenomen of de resultaten uit 2009 verbeteringen laten zien ten opzichte van de resultaten uit het onderzoek in 2004. De resultaten publiceert de IGZ in de SGZ 2010 met als thema 'Preventie effectiever maken'. Het effectiever maken van preventie is één van de vier prioriteiten, die zijn vastgesteld in het Meerjarenbeleidplan 2008-2011 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg' van de inspectie.¹

¹ Meerjarenbeleidplan 2008 – 2011 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg', IGZ, november 2007.

De probleemstelling voor het onderzoek naar de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid luidt als volgt:

Op welke wijze hebben gemeenten invulling gegeven aan de wettelijke verplichting om de tweede vierjaarlijkse nota gezondheidsbeleid te ontwikkelen en vast te stellen en hoe verhoudt deze nota zich tot de vorige nota? Hoe scoren deze gemeentelijke nota's op een aantal kwaliteitscriteria en welke veranderingen zijn daarin waar te nemen ten opzichte van de vorige keer? 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? Welke zaken gaan beter en welke niet?

Uit de probleemstelling vloeien de volgende onderzoeksvragen voort:

1. Op welke wijze hebben gemeenten invulling gegeven aan de wettelijke verplichting om de nota gezondheidsbeleid 2007/2008 te ontwikkelen?
2. Op welke punten verschilt de invulling van deze wettelijke verplichting van de vorige nota? Welke zaken gaan beter en welke niet?
3. Hoe scoren de gezondheidsnota's 2007/2008 van dezelfde groep gemeenten als bij het vorige onderzoek op de vastgestelde kwaliteitscriteria?
4. In welke mate verschillen de scores op de kwaliteitscriteria van deze nota's met de nota's van 2003/2004? Welke zaken gaan beter en welke niet?
5. Wat is de betekenis van deze nota's voor de implementatie van het gezondheidsbeleid en voor de openbare gezondheidszorg?
6. Zijn er veranderingen opgetreden met betrekking tot de betekenis van de nota's voor de implementatie van het gezondheidsbeleid en de OGZ ten opzichte van de vorige meting? Welke zaken gaan beter en welke niet?
7. Hebben gemeenten hun gezondheidsbeleid van 2003-2006/7 geëvalueerd?
8. Welke kwaliteitscriteria de gemeenten zelf het belangrijkste en het minst belangrijk vinden met betrekking tot het totstandkomingsproces en de inhoud van de lokale nota gezondheidsbeleid?

De doelstelling van dit onderzoek is dat het inzicht geeft in:

- De kwaliteit van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid zoals dat naar voren komt in de scores op een aantal kwaliteitscriteria.
- De stand van zaken met betrekking tot de implementatie.
- Of er een verband bestaat tussen de kwaliteit van de nota en de implementatie van de beleidsvoornemens.
- Of gemeenten met betrekking tot het gezondheidsbeleid de beleidscyclus toepassen, oftewel; evalueren zij het voorgaande beleid en maken zij gebruik van een goede probleemanalyse voordat zij de nieuwe nota schrijven?
- Of de kwaliteit van de gemeentelijke gezondheidsnota's toeneemt; scoren zij beter op de kwaliteitscriteria in 2009 ten opzichte van 2004.

- Of gemeenten in hun lokale nota gezondheidsbeleid aandacht besteden aan het bestrijden van sociaal economische gezondheidsverschillen?
- Of gemeenten in hun lokale nota gezondheidsbeleid aandacht besteden aan de afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg?

3 Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Bij het eerste onderzoek naar de inhoud en kwaliteit van de lokale gezondheidsnota's in 2004, is gekozen voor een onderzoeksopzet waarbij gebruik werd gemaakt van twee bronnen: het scoren van de nota's door de onderzoekers aan de hand van een scoringslijst² en een enquête onder gemeenten om aanvullende informatie te verkrijgen over de ontwikkeling van de nota en de implementatie van de beleidsvoornemens. Eerst komen aan bod de twee onderzoeksinstrumenten, de scoringslijst en de enquête, en in de derde paragraaf wordt ingegaan op de onderzoekspopulatie. De scoringslijst en de enquête zijn als bijlagen in het rapport opgenomen.

3.1 De scoringslijst

Om in dit onderzoek een vergelijking te kunnen maken met de resultaten uit 2004 is gekozen voor een gelijke onderzoeksopzet waarbij de onderzoeksinstrumenten grotendeels hetzelfde zijn gebleven. In de scoringslijst kwamen enkele items uit 2004 niet meer in aanmerking, aangezien deze niet meer van toepassing zijn in de huidige wetgeving (overgang WCPV naar WPG). In bijlage 3 zijn de criteria opgenomen die in de scoringslijst van 2009 niet meer voorkomen. In 2009 zijn er twee hoofdcriteria toegevoegd, namelijk: het bestrijden van sociaal economische gezondheidsverschillen en de afstemming tussen de preventieve en curatieve gezondheidszorg.

Bij de vergelijking van resultaten tussen 2004 en 2009 is alleen uitgegaan van de scores op de criteria die zowel in 2004 als 2009 zijn meegenomen.

Wettelijke kwaliteitscriteria

Een onderdeel van de nota gezondheidsbeleid is het beschrijven van de manier waarop gemeenten vorm geven aan de taken van de WPG zoals geformuleerd in artikel 2, 5, 6 en 16 (zie bijlage 4 voor de wettekst WPG). 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 gezondheidbeleid te formuleren. Dit betekent dat het beschreven beleid in de nota nadrukkelijk meer moet zijn dan een beschrijving van de WPG-taken. Bij de formulering van de kwaliteitscriteria is hiermee rekening gehouden.

² Voor de beoordeling van de nota's gezondheidsbeleid is in 2004 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 opgenomen in de scoringslijst.

Kwaliteitscriteria

In onderstaande tabel staat het aantal punten dat voor elk hoofdcriterium behaald kan worden. Elk hoofdcriterium bestaat uit meerdere criteria. Zie voor het totale overzicht van de kwaliteitscriteria het toetsingsformulier in bijlage 1. De criteria hebben een gewicht toegekend gekregen. Door optelling van de bijbehorende punten, wordt per hoofdcriterium een totaal score verkregen. De maximale scores per hoofdcriterium zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 1 Kwaliteitscriteria

Hoofdcriteria	Maximaal aantal punten	
	Oude berekeningswijze	Nieuwe berekeningswijze
0 – Aanwezigheid	2	2
I – Tijdigheid	1	1
II – Wettelijke vereisten (minus OGGZ)	25	15
III – Beleidsconsistentie	18	18
IV – Aandacht voor implementatie	21	25
V – Draagvlak	12	12
VI – Landelijke prioriteiten in de nota	5	10
VII – Facetbeleid	1	3
VIII – Aandacht voor SEGV		6
IX – Aandacht voor afstemming preventieve en curatieve gezondheidszorg		6

3.2 De enquête onder gemeenten

Onderzoekspopulatie

Om een goede vergelijking te kunnen maken tussen de resultaten uit 2004 met de resultaten uit 2009 zijn de 98 gemeenten (door fusies is het aantal gemeenten met twee verminderd) die in 2004 de onderzoeksdoelgroep vormden opnieuw benaderd voor dit onderzoek met de vraag of zij hun meest recente nota gezondheidbeleid, en eventueel bijbehorende plannen van aanpak/activiteitenplannen, wilden sturen aan SGBO en online een vragenlijst wilden invullen.

Om uitspraken te kunnen doen over of en hoe gemeenten in hun lokale gezondheidsbeleid aandacht besteden aan het bestrijden van ‘sociaal economische gezondheidsverschillen’ is het noodzakelijk dat er in de onderzoeksdoelgroep voldoende gemeenten zijn geïncludeerd met achterstandswijken³. In de onderzoeksdoelgroep van 98 gemeenten zitten 15 gemeenten die voorkomen op de lijst van gemeenten met achterstandswijken. Naast deze 15 gemeenten zijn er 15 extra gemeenten benaderd, zodat

³ Onder gemeenten met achterstandswijken wordt verstaan: een gemeente die huisartsen achterstandspraktijken heeft. Dat betekent dat een huisarts extra middelen krijgt uit het huisartsenachterstandsfonds. Dit omdat de zorgzwaarte voor de patiënten hoger is dan gemiddeld. (Bron: Zorgatlas RIVM).

de resultaten over minimaal 20 gemeenten met achterstandswijken kunnen worden gepresenteerd.

De onderzoeksdoelgroep bestaat uit de 98 gemeenten van de oorspronkelijke onderzoeksdoelgroep plus 15 extra gemeenten. Bij de vergelijking van de onderzoeksresultaten zijn alleen de gemeenten betrokken die zowel in 2004 als in 2009 met het onderzoek meededen (en niet gefuseerd zijn) door de vragenlijst in te vullen en/of hun lokale nota gezondheidsbeleid in te sturen.

Steekproefselectie

In 2004 is op aanwijzingen van de IGZ een gestratificeerde steekproef van honderd gemeenten getrokken naar gemeentegrootteklasse. In de steekproef zijn drie grootteklassen 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.

Aankondigingsbrief

De IGZ heeft aan alle 113 gemeenten uit de steekproef een brief gestuurd waarin het nieuwe rapport de Staat van de Openbare Gezondheidszorg wordt aangekondigd alsook het nieuwe onderzoek naar de kwaliteit van de lokale gezondheidsnota's.

In de brief worden de gemeenten dringend verzocht hieraan deel te nemen door hun nota lokaal gezondheidsbeleid en eventuele aparte activiteitenplannen naar SGBO te e-mailen of op te sturen. Tevens werd gemeenten verzocht de enquête online in te vullen (schriftelijk was ook mogelijk).

Respons

De dataverzameling heeft plaatsgevonden van maart t/m juni 2009. Met de opdrachtgever is afgesproken om de nota's van 80 van de 113 geselecteerde gemeenten op kwaliteitscriteria te toetsen, waaronder minimaal 20 gemeenten met achterstandswijken (voor het toetsen op de SEGV-criteria). In heel Nederland zijn er 29 gemeenten met achterstandswijken. In dit onderzoek zijn van 25 gemeenten met achterstandswijken de nota's gescoord.

IGZ heeft een herinneringbrief gestuurd aan de niet respondenten. Uiteindelijk is van 82 gemeenten de meest recente nota gezondheidbeleid gescoord op basis van de set kwaliteitscriteria en van 65 gemeenten hebben we de ingevulde vragenlijst kunnen gebruiken. Gemeentelijke nota's die nog in de besluitvorming zaten, zijn wel meegenomen in het onderzoek.⁴

In de responsgroep zijn de kleinere gemeenten iets ondervertegenwoordigd en de middelgrote en grote gemeenten iets oververtegenwoordigd. Dit zou een kleine vertekening van de resultaten kunnen geven in de zin dat de uitkomsten iets positiever zijn dan anders het geval was geweest.

Tabel 2 Respons

Totale respons 2009 scoringslijst:	82
Gemeenten die ook in 2004 in de responsgroep zaten*	69
Gemeenten die in 2009 extra zijn toegevoegd met achterstandswijken**	13
Gemeenten die ook in 2004 in de responsgroep zaten en die ook achterstandswijken hebben***	12
Gemeenten die in 2009 mee hebben gedaan met het onderzoek en die geen achterstandswijken hebben****	57
Totale respons 2009 enquête:	65

* In hoofdstuk 4 worden de resultaten beschreven van de groep gemeenten die ook in 2004 in de responsgroep zaten.

** + *** In paragraaf 4,5 (SEGV) worden de resultaten vergeleken van de gemeenten met achterstandswijken (13 + 12 = 25) en de gemeenten zonder achterstandswijken (= 57).

Werkwijze

Eén nota is zowel door twee medewerkers van IGZ als door de twee onderzoekers gescoord om systematische verschillen in scoring te voorkomen en de verschillen in resultaten zijn besproken. Op deze manier is de kans op inter-beoordelaars variabiliteit zowel bij de huidige meting als ten opzichte van de beoordelaars in 2004 zo klein mogelijk gemaakt. De verschillen gaven geen aanleiding tot wijziging van de methodiek. De onderzoekers hebben na scoring van elke nota hun algemene indruk van de kwaliteit van de nota verwoord.

Waar nodig zijn de uitkomsten van de enquête met de uitkomsten van de scoringslijsten vergeleken. De vergelijking is beschrijvend van aard.

Analyse van gegevens

Relaties tussen de diverse hoofdcriteria en tussen de hoofdcriteria en enkele kenmerken van gemeenten zijn onderzocht door middel van spreidingsdiagrammen en verschillende correlatietoetsen zoals de Mann-Whitney-, Moses- en Pearsontoets. Vanwege de kleine aantallen is het niet verantwoord om te vermelden of er sprake is van significante verschillen.

⁴ Gemeenten die niet voldeden aan de criteria zijn niet meegenomen in het onderzoek. Dit zijn gemeenten die een verouderde nota instuurden of een andere nota dan het gezondheidsbeleid (bijvoorbeeld jeugd- of Wmo-nota).

4 Resultaten 2009

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van de 69 gemeenten die in 2009 en 2004 mee hebben gedaan. Voor het beschrijven van de resultaten worden de gegevens gebruikt die uit de enquête komen en uit de scoring van de gezondheidsnota's.

In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de algemene resultaten en de tweede paragraaf gaat over de totstandkoming van de nota's. De derde paragraaf behandelt de inhoud van de nota's en de vierde paragraaf gaat over de implementatie van de nota's. In de vijfde paragraaf komt het bestrijden van sociaal economische gezondheidverschillen (SEGV) aan de orde en in de zesde paragraaf wordt aandacht besteed aan de afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg. Tenslotte wordt in paragraaf zeven ingegaan op wat gemeenten zelf belangrijk vinden bij het opstellen van de nota gezondheidbeleid.

4.1 Resultaten algemeen

Hieronder volgt een overzicht van de gemiddelde scores op de diverse hoofdcriteria voor 1) alle gemeenten uit de steekproef, 2) voor de gemeenten uitgesplitst naar grootteklasse en 3) voor de gemeenten uitgesplitst naar centrum- en regiogemeenten. Voor een overzicht van de maximaal te behalen scores zie tabel 1.

Tabel 3 Gemiddelde score per kwaliteitscriteria voor gemeenten uit steekproef (n=69)

Kwaliteitscriteria	Gemeenten uit steekproef	Minder dan 50.000 inw	Tussen de 50.000 en 100.000 inw	Meer dan 100.000 inw	Regio gemeente	Centrum gemeente
0 - Aanwezigheid nota gezondheidsbeleid	1,1	1,1	1,4	1,1	1,1	1,2
I - Tijdigheid	0,3	0,3	0,1	0,0	0,3	0,0
II - Wettelijke vereisten (WCPV)	7,5	7,1	7,8	9,9	7,2	8,5
III - Opstellen van nota lokaal gezondheidsbeleid (beleidsconsistentie)	10,3	9,8	10,0	14,7	9,9	12,3
IV Aandacht voor implementatie van nota (oude berekeningswijze)	7,2	6,3	6,2	15,1	6,4	10,5
IV - Aandacht voor implementatie van nota (nieuwe berekeningswijze)	9,4	8,4	8,6	18,1	8,6	13,0
V - Draagvlak voor ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling	2,6	2,1	3,3	5,1	2,2	4,2
VI - Landelijke prioriteiten in nota (oude berekeningswijze)	4,6	4,6	4,9	4,6	4,6	4,7
VI - Landelijke prioriteiten in nota incl. plan van aanpak (nieuwe berekeningswijze)	6,0	5,8	5,5	8,0	5,8	6,8
VII - Facetbeleid (nieuwe berekeningswijze)	1,0	0,9	1,1	1,4	0,9	1,2
VIII - Aandacht bestrijden sociaal economische	2,3	2,1	2,2	3,7	2,1	3,1

gezondheidsverschillen						
IX - Aandacht voor afstemming preventie en curatie	1,0	0,9	1,3	1,4	1,0	1,2

De grote gemeenten voldoen beter dan kleinere en middelgrote gemeenten aan de wettelijke vereisten (II), de 'beleidsconsistentie' (III), ze hebben meer aandacht voor implementatie van de nota (IV) en dat geldt ook voor het zoeken van draagvlak (V).

4.2 Totstandkoming van de nota's

Hieronder gaan we in op de wijze waarop de nota's in de verschillende gemeenten tot stand zijn gekomen.

4.2.1 Aanwezigheid, tijdigheid en vaststelling nota gezondheidsbeleid

Bij het scoren van de nota's zijn deze getypeerd als lokaal, regionaal, kader- of kapstok⁵. Daarbij was het mogelijk om bij één nota meerdere typeringen aan te geven. Van de gescoorde nota's (n=69) was het overgrote deel een lokale nota, namelijk 72,5%. De typering regionaal kreeg 37,7% van de nota's, 43,4% was een kader- of kapstoknota. Bij het scoren van de nota's kon vaak niet vastgesteld worden of de nota door de gemeenteraad was vastgesteld (onbekend 60,9%). Bij slechts 30,4% van de gemeenten bleek uit de nota dat deze is vastgesteld door de gemeenteraad.

Uit de enquête blijkt dat bij 41,4% van de deelnemende gemeenten het college van B&W vóór 2008 met de nota gezondheidsbeleid akkoord is gegaan en dat bij 32,8% de gemeenteraad de nota vóór 2008 heeft vastgesteld.

Tabel 4 Wanneer is de vigerende nota gezondheidsbeleid vastgesteld? (n=58) (bron enquête)

	Door college B&W	Door gemeenteraad
2006 of eerder	15,5%	13,8%
2007	25,9%	19,0%
2008	41,4%	41,4%
2009	17,2%	25,9%

4.2.2 Betrokken partijen

Het college van B&W geeft bij 43,1% van de gemeenten de opdracht om een nota gezondheidbeleid op te stellen. Bij 20,0% wordt dit gedaan door de gemeenteraad en een regionaal samenwerkingsverband verstrekt in 13,8% van de gemeenten de opdracht. Bij 'anders namelijk' werd door respondenten vaak genoemd dat het een wettelijke verplichting is en dat daarom de nota gezondheidsbeleid is opgesteld.

⁵ Een kapstoknota is evenals een kadernota een nota op hoofdlijnen

Tabel 5 Wie in de gemeente c.q. regio heeft de opdracht verstrekt om een nota gezondheidsbeleid op te stellen? (n=65) (bron enquête)

	Percentage
De gemeenteraad (of gemeenteraadscommissie)	20,0%
Het college van burgemeester en wethouders	43,1%
Een ambtelijk orgaan (bijvoorbeeld het MT, de gemeentesecretaris, directeur van een afdeling of dienst)	6,2%
Regionaal samenwerkingsverband	13,8%
Anders, namelijk:	16,9%
Totaal	100,0%

Bij 75,8% van de gemeenten (n=66) heeft de gemeente zelf leiding gegeven aan het proces van het opstellen van de nota. In de meeste gevallen (66,7%) is dat gedaan door de beleidsmedewerker volksgezondheid. Bij 10,6% van de gemeenten gaf niet de gemeente zelf leiding, maar heeft ze dit uitbesteed aan de GGD of aan een extern bureau.

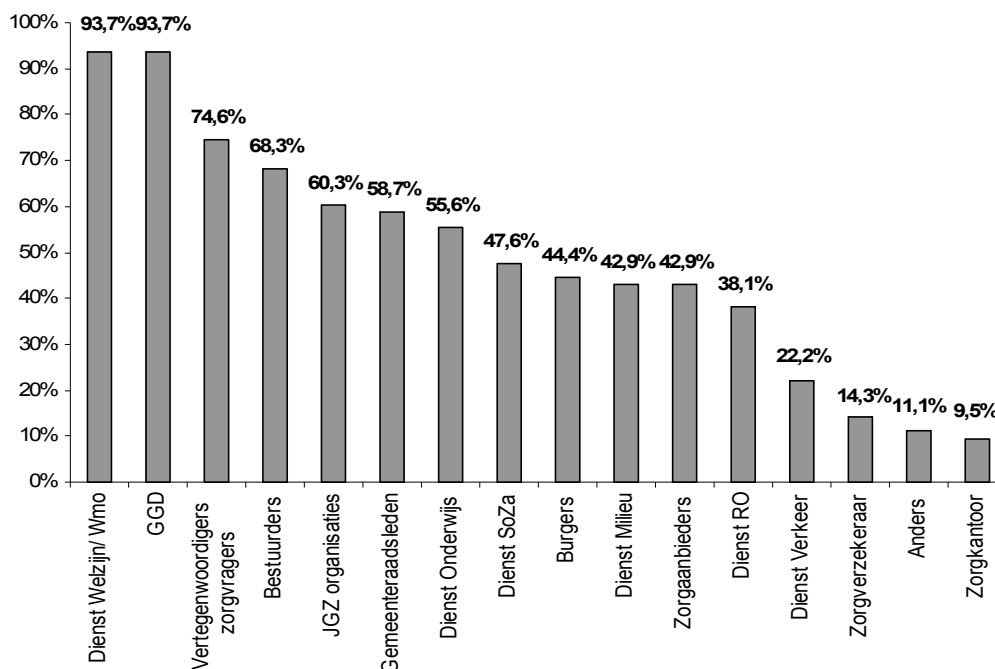
Het merendeel van de gemeenten (71,4%) geeft aan dat de beschikbare beleids capaciteit voor de nota volksgezondheid 0,1 tot 0,5 fte bedraagt. Een klein deel van de gemeenten (18 van de 63) heeft opgegeven dat er beleids capaciteit bij de GGD zit en dat loopt uiteen van 0,1 tot 1,6 fte.

De betrokkenheid van het college van B&W bij het bevorderen van de openbare gezondheid in hun gemeente is onder andere af te leiden uit het antwoord op de vraag in hoeverre het college in het lopende collegeprogramma gezondheidsdoelen heeft opgenomen.

Uit de enquête blijkt dat bij 68,8% van de gemeenten gezondheidsdoelen zijn opgenomen in het collegeprogramma.

Uit onderstaand figuur valt af te lezen dat de dienst welzijn/Wmo, de GGD, vertegenwoordigers van zorgvragers (bijvoorbeeld Wmo-raad), bestuurders, JGZ-organisaties, gemeenteraadsleden en de dienst/afdeling onderwijs het meest betrokken worden bij het opstellen van de nota gezondheidsbeleid. Daarentegen worden het zorgkantoor, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de dienst/afdeling verkeer, ruimtelijke ordening en verkeer veel minder betrokken bij het opstellen van de nota.

Figuur 1 Welke (gemeentelijke) partijen waren betrokken bij het opstellen van de vigerende nota? (Meerdere antwoorden mogelijk) (n=63) (bron enquête)



Belangrijk voor het slagen van het gezondheidsbeleid is de mate van draagvlak bij verschillende geledingen van de gemeente en partners van de gemeente voor zowel de beschreven gezondheidsproblemen als voor het daarop gerichte gezondheidsbeleid. Het betrekken van de gemeenteraad, uitvoerders en de doelgroep is belangrijk om de gezondheidsproblemen goed in kaart te krijgen en een nota te presenteren die draagvlak heeft bij de betrokken partijen.

Tabel 6 Bestaat er draagvlak voor beschreven gezondheidsproblemen en gezondheidsbeleid blijkend uit de betrokkenheid van: (n=69) (bron scoring)

	Draagvlak voor beschreven gezondheidsproblemen in de nota	Draagvlak voor beschreven gezondheidsbeleid in nota
Gemeenteraad	35,8%	14,5%
Andere gemeentelijke afdelingen	17,4%	4,3%
Uitvoerders	58,0%	26,1%
Zorgkantoor/zorgverzekeraars	4,4%	1,5%
Doelgroep	24,6%	24,6%
Overige belanghebbenden	30,9%	19,1%

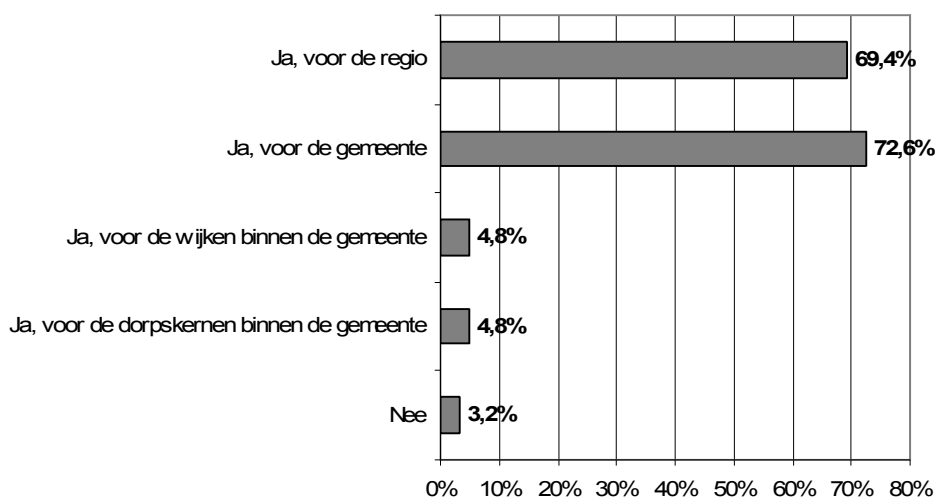
Uit bovenstaande tabel blijkt dat gemeenten vaker draagvlak zoeken voor de gesignaleerde gezondheidsproblemen dan voor het uiteindelijke gezondheidsbeleid. Onder overige belanghebbenden wordt bijvoorbeeld verstaan: buurgemeenten of het onderwijs.

Tabel 7 Aantal betrokken partijen bij schets gezondheidssituatie en ontwikkelen gezondheidsbeleid en score op criteria draagvlak? (bron scoring) (n=69)

Aantal betrokken partijen	Schets van lokale gezondheidsproblemen	Opstellen gezondheidsbeleid
Gemiddelde score	1,70	0,90
Score 0 tot 2 (nauwelijks)	43,4%	75,3%
Score 2 tot 4 (matig)	44,9%	18,8%
Score 4 tot 6 (goed)	11,6%	5,8%

Bijna alle gemeenten hebben een gezondheidsprofiel van de lokale of regionale situatie ontvangen van de GGD. Slechts een klein gedeelte (3,2%) ontvangt nog geen gezondheidsprofiel, terwijl dit wel een wettelijke verplichting is. Een aantal gemeenten geeft aan dat zij een gezondheidsprofiel op wijk (4,8%) of dorpsniveau (4,8%) ontvangt.

Figuur 2 Heeft de gemeente van de GGD een gezondheidsprofiel ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=62) (bron enquête)



Bij een groot deel van de gemeenten (86,9%) heeft de GGD advies uitgebracht ten behoeve van de op te stellen gemeentelijke nota gezondheidbeleid (bron enquête, n=61).

4.3 Inhoud van de nota's

Een belangrijk element van dit onderzoek vormen de resultaten die inzicht geven in de inhoud van de nota's gezondheidbeleid. Als input hiervoor dienen voornamelijk de resultaten uit de scoring van de nota's. Met de 'inhoud' van de nota's wordt bedoeld in welke mate de nota's voldoen aan de wettelijke vereisten, er aansluiting is tussen de gezondheidsproblemen, beleidsprioriteiten en maatregelen (beleidsconsistentie), er aandacht is voor de implementatie, de landelijke prioriteiten voor preventie zijn opgenomen in de nota en de mate waarin gemeenten het gezondheidbeleid benaderen als facetbeleid.

4.3.1 Wettelijke vereisten

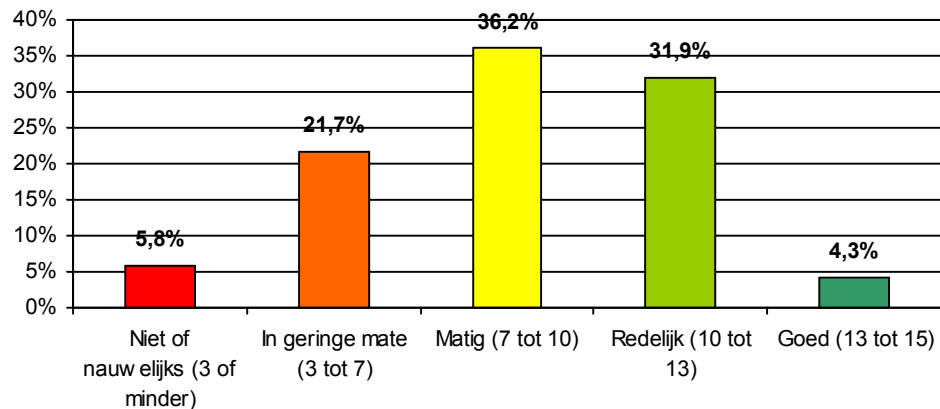
Onder de wettelijke vereisten worden verstaan de taken met betrekking tot: bevordering gezondheid, infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg en advies vragen aan de GGD. De nota's zijn gescoord op de mate waarin de gemeentelijke nota's voldoen aan de wettelijke vereisten zoals die zijn opgenomen in de WPG. Hieronder volgt een overzicht van deze taken.

Tabel 8 Kwaliteitscriteria grotendeels gebaseerd op wettelijke taken van gemeenten zoals benoemd in de WPG

<p><i>Bevorderingstaken</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Bevat de nota een beschrijving van de gezondheidssituatie van de bevolking gebaseerd op epidemiologische analyse (artikel 2,2a)• Wordt in de nota aandacht besteed aan het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (artikel 2,2c)• Wordt in de nota aandacht besteed aan gezondheidsbevordering (het gaat om het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's) (artikel 2,2d)• Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van medisch milieukundige zorg (artikel 2,2e)• Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van technische hygiënezorg (artikel 2,2f) <p><i>Jeugdgezondheidszorg</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Wordt in de nota aandacht besteed aan het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren (artikel 5,2a)• Wordt in de nota aandacht besteed aan het ramen van de behoeften aan zorg (artikel 5,2b)• Wordt in de nota aandacht besteed aan het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen (artikel 5,2e)• Wordt in de nota aandacht besteed aan de integratie 0-4 en 4-19 jaar JGZ (niet in de wet) <p><i>Infectieziektebestrijding</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Wordt in de nota aandacht besteed aan de uitvoering van de infectieziektebestrijding (artikel 6) <p><i>Advies GGD</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Wordt in de nota genoemd dat de GGD om advies wordt gevraagd door college van B&W in het geval van belangrijke besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg (artikel 16)

De nota's zijn gescoord aan de hand van een scoringslijst (zie bijlage 1). Een nota kan maximaal 15 punten op het onderdeel 'wettelijke vereisten' scoren.

Figuur 3 Score voor WPG taken (n=69) (bron scoring)



Uit bovenstaand figuur valt af te lezen dat slechts 4,3% van de gemeenten ‘goed’ scoort op het gebied van de wettelijke vereisten. Het merendeel van de gemeenten scoort hierop matig of redelijk (68,1%) en ruim een kwart onvoldoende (27,5%). Gemiddeld scoren de gemeenten 8,3 punten.

Tabel 9 Wettelijke taken (n=69) (bron scoring)

Wettelijke taken	Percentage (Ja/Genoemd)
Beschrijven van de gezondheidssituatie (epidemiologie)	87,0%
Gezondheidsbevordering (preventieprogramma's)	100,0%
Gezondheidsbevordering (afstemming preventieprogramma's)	95,7%
Medische Milieukunde	65,2%
Technische Hygiënezorg	63,8%
Infectieziektebestrijding	72,1%
Jeugdgezondheidszorg (monitoren)	82,6%
Jeugdgezondheidszorg (inventarisatie van de vraag)	46,4%
Jeugdgezondheidszorg (gezondheidsbedreigingen)	91,2%
Jeugdgezondheidszorg (integratie JGZ)	51,5%
Advies van GGD	30,4%

In bovenstaande tabel zijn de wettelijke vereisten uitgesplitst naar de score op de verschillende criteria. Daaruit blijkt dat de criteria ‘gezondheidsbevordering (preventieprogramma's)’ (100%), ‘gezondheidsbevordering (afstemming preventieprogramma's)’ (95,7%), ‘jeugdgezondheidszorg (gezondheidsbedreigingen)’ (91,2%), ‘beschrijven gezondheidssituatie’ (87%) en ‘jeugdgezondheidszorg (monitoren)’ (82,6%) het meeste zijn genoemd in de nota's. Daarentegen is er in de nota's minder aandacht

voor 'advies van de GGD' (30,4%), 'jeugdgezondheidszorg (inventarisatie van de vraag)⁶' (46,4%) en 'jeugdgezondheidszorg⁷ (integratie JGZ) (51,5%).

In de enquête is ook aan gemeenten de vraag gesteld of de GGD om advies wordt gevraagd, voordat belangrijke beslissingen worden genomen die verreikende gevolgen voor de volksgezondheid kunnen hebben. Op die vraag antwoordt 61,3% met 'ja' en 37,1% met 'soms' (n=62). Bijna twee procent van de gemeenten geeft aan geen advies aan de GGD te vragen. Het verschil in uitkomst tussen beide bronnen kan verklaard worden uit het feit dat gemeenten deze wettelijke taak niet specifiek benoemen in de nota gezondheidsbeleid, terwijl ze dit in de praktijk wel doen.

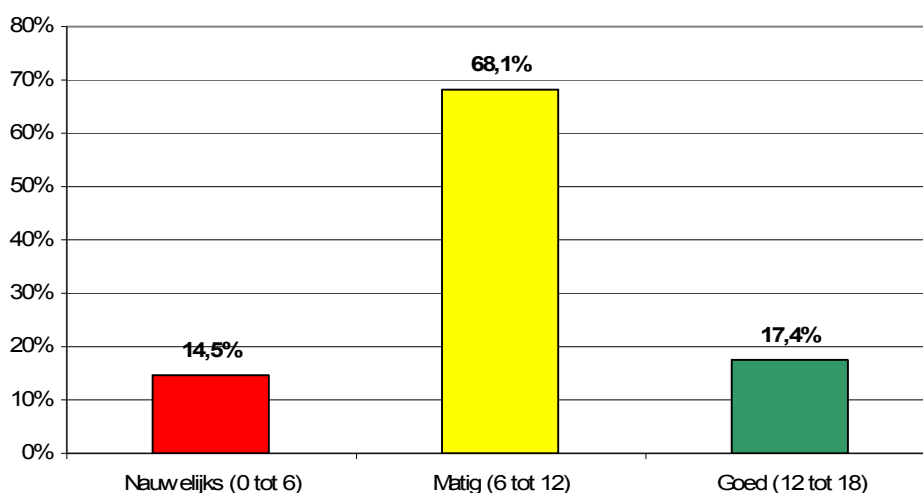
4.3.2 Aansluiting gezondheidsproblemen, beleidsprioriteiten en maatregelen (beleidsconsistentie)

In de nota's behoren de gemeenten aan de hand van het gezondheidsprofiel van de inwoners te bepalen waar de gezondheidsproblemen liggen en aan welke zij prioriteit dienen te geven. Dit geldt ook voor specifieke doelgroepen met gezondheidsproblemen en of die wel of niet prioriteit krijgen. Als gemeenten hebben bepaald waar hun prioriteiten liggen zullen ze doelstellingen moeten formuleren om de geconstateerde gezondheidsachterstand aan te pakken en om de doelstellingen te behalen zullen er passende maatregelen moeten worden geformuleerd. Of bovengenoemd proces consistent is en of dat ook blijkt uit de gezondheidsnota's staat beschreven in onderstaande figuur. Gemeenten konden maximaal 18 punten scoren op dit onderdeel.

⁶ Indien gemeenten in hun nota gezondheidsbeleid in het kader van de jeugdgezondheidszorg het opzetten van een Centrum voor Jeugd en Gezin benoemen, kregen zij in de scoringslijst 1 punt voor het criterium 'inventarisatie van de vraag'.

⁷ Integratie JGZ: aangezien de integratie van de JGZ reeds kan hebben plaatsgevonden kan het zijn dat gemeenten hier in hun nota geen aandacht aan hebben besteed.

Figuur 4 Score voor beleidsconsistentie (n=69) (bron scoring)



Slechts 17,4% van de gemeenten scoort ‘goed’ op de beleidsconsistentie. Het merendeel (68,1%) scoort hier ‘matig’ op en 14,5% van de gemeenten heeft ‘nauwelijks’ aandacht voor beleidsconsistentie.

Tabel 10 Beleidsconsistentie (n=69) (bron scoring)

Wettelijke taken	Percentage			
	Ja	Grotendeels wel	Grotendeels niet	Nee
Is de beschreven gezondheidstoestand gebaseerd op de eigen lokale/regionale cijfers?	55,1%	30,4%	1,4%	13,0%
Zijn de beleidsprioriteiten gebaseerd op de eigen lokaal/regionaal geconstateerde gezondheidsproblemen	26,1%	52,2%	7,2%	14,5%
Is er consistentie tussen de analyse van de lokale gezondheidsproblemen en de keuze voor aan te pakken gezondheidsproblemen?	32,8%	35,8%	17,9%	13,4%
Is er consistentie tussen de lokaal aangewezen groepen met gezondheidsachterstand/ gezondheidsproblemen en de benoemde aandachtsgroepen van het lokale gezondheidsbeleid?	20,6%	44,1%	17,6%	17,6%
Is er consistentie tussen de gesignaleerde gezondheidsproblemen van een bepaalde bevolkingsgroep en de voorgestelde maatregelen?	13,0%	49,3%	17,4%	20,3%
Wordt aandacht besteed aan de uitvoerbaarheid van de maatregelen om de gezondheidsproblemen aan te pakken?	17,4%	18,8%	21,7%	42,0%

Uit bovenstaande tabel valt op te maken dat gemeenten minder goed gaan scoren op ‘beleidsconsistentie’ naarmate er dieper in wordt gegaan op de problemen en doelgroepen

en welke maatregelen daarbij aansluiten. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het lage percentage gemeenten dat 'ja' of 'grotendeels wel' scoort bij: gezondheidsachterstand van een bepaalde bevolkingsgroep en de (uitvoerbaarheid van) maatregelen.

4.3.3 Landelijke prioriteiten in de nota lokaal gezondheidsbeleid

De preventienota van het Rijk uit 2003 'Langer gezond leven' richtte zich op de ziekten die met leefstijl te maken hebben en risicofactoren die leiden tot een grote ziektelast. De nota bepleitte maatregelen om in de wijk, op het werk, in de zorg en op school vijf speerpunten aan te pakken: diabetes, overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie. Meer dan driekwart van de gemeentelijke nota's volgden de landelijke prioriteiten uit de eerste rijksnota preventie⁸. Voor deze speerpunten uit 2003 zijn zowel op landelijk als op lokaal niveau veel projecten opgezet.

Aangezien succesvolle initiatieven landelijk nog onvoldoende navolging kregen en omdat op deze terreinen nog steeds gezondheidswinst is te behalen, heeft het kabinet in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven 2007-2010' (2006) er voor gekozen om door te gaan op de ingezette weg.

De lokale nota's gezondheidsbeleid zijn gescoord op de mate waarin ze aandacht besteden aan de vijf landelijke speerpunten (benoemd) en of ze een plan van aanpak⁹ hebben met als thema's roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht (bewegen en voeding), diabetes of depressie. In de enquête hebben gemeenten zelf aangegeven of ze de vijf landelijke speerpunten als eigen speerpunten/beleidsprioriteit hebben benoemd.

Tabel 11 Aantal genoemde landelijke speerpunten in de nota (n=69) (bron scoring)

	Percentage
0	1,4%
1	1,4%
2	2,9%
3	1,4%
4	11,6%
5	81,2%

Een groot deel van de gemeente (81,2%) benoemt de vijf speerpunten in de nota. Slechts 1,4% noemt geen enkel speerpunt. Gemiddeld benoemen gemeenten 4,6 landelijke speerpunten in de nota.

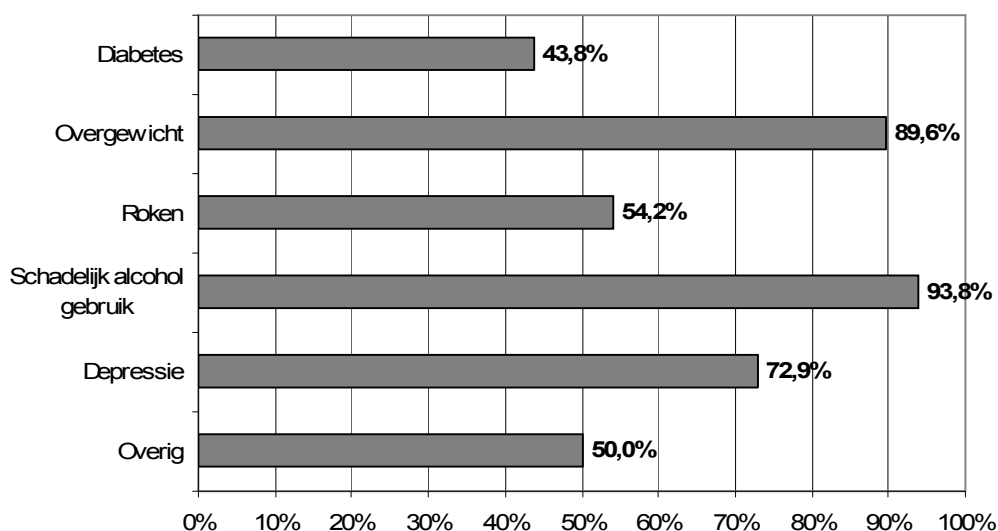
⁸ 'LANGER GEZOND LEVEN Ook een kwestie van gezond gedrag', Ministerie van VWS, Den Haag, oktober 2003

⁹ Onder plan van aanpak wordt bestaan: uitwerking van een beleidsprioriteit a.d.h.v. concrete maatregelen voorzien van een financieel kader/ budget en een planning.

Tabel 12 Landelijke speerpunten in de nota (n=69) (bron scoring)

Wettelijke taken	Percentage 'ja' benoemd	Percentage 'ja' plan van aanpak ¹⁰
Roken	92,8%	26,1%
Schadelijk alcoholgebruik	95,7%	37,3%
Overgewicht (bewegen en voeding)	97,1%	36,8%
Depressie	97,1%	30,4%
Diabetes	81,2%	2,9% ¹¹

Bijna alle gemeenten noemen alle landelijke speerpunten in hun nota gezondheidsbeleid. Er is echter niet altijd een plan van aanpak. Hierbij doet zich het probleem voor dat de uitkomsten van de scoring (zie tabel 12) een ander beeld laten zien dan de enquête-uitkomsten (zie figuur 5). De beleidsmedewerkers hebben in de enquête vaker aangegeven dat er activiteitenplannen of plannen van aanpak zijn dan bij de scoring is gebleken. In beide gevallen komt naar voren dat de speerpunten 'schadelijk alcoholgebruik', 'overgewicht' en depressie het meest aan bod komen in de plannen van aanpak.

Figuur 5 Welke thema's komen aan bod in één of meerdere activiteitenplannen/ plannen van aanpak? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=48) (bron enquête)

Bij overig is onder andere genoemd: seksuele (on)gezondheid (5x genoemd), automatische externe defibrillator¹² (AED) (4x genoemd), eenzaamheid (4x genoemd), bestrijden sociaal economische gezondheidsverschillen (3x genoemd), binnenmilieu (3x

¹⁰ Gemeenten scoren een 'ja' voor plan van aanpak indien er een uitwerking is van het speerpunt waarin is opgenomen: concrete activiteiten, een planning en een financieel kader. Deze uitwerking kan zowel in een nota staan als in een apart aangeleverd plan van aanpak/uitvoeringsplan.

¹¹ Diabetes wordt vaak impliciet meegenomen bij overgewicht.

¹² Een AED (Automatische Externe Defibrillator) is een apparaat dat door middel van elektrische schokken het hartritme weer op gang kan helpen (defibrillatie). (Bron: Nederlandse Hartstichting)

genoemd), afstemming preventieve en curatieve gezondheidszorg (3x genoemd) en opvoedingsondersteuning (3x genoemd).

4.3.4 Facetbeleid en aansluiting Wmo-beleid

Tweederde van de gemeenten stemt het gezondheidsbeleid af met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen/- terreinen (bijvoorbeeld wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs en welzijn) (bron scoring, n=68). Uit figuur 1 valt af te lezen dat vooral de gemeentelijke afdelingen Welzijn/Wmo, Onderwijs en Sociale zaken worden betrokken bij het gezondheidsbeleid.

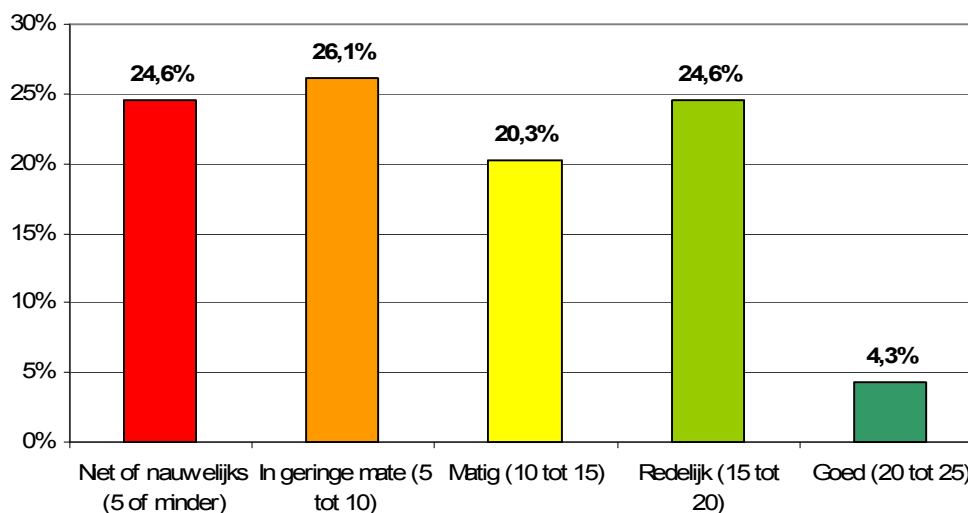
Aangezien de beleidsvoorbereiding voor de Wmo-nota gelijktijdig plaatsvond met de voorbereiding van de gezondheidsnota, hadden gemeenten de mogelijkheid om beide nota's te combineren. Een deel van de gemeenten, 18,8% (bron scoring, n=68), heeft gebruik gemaakt van deze mogelijkheid en heeft een gezamenlijke nota Wmo en gezondheid uitgebracht. Andere gemeenten hebben geen gezamenlijke nota, maar hebben wel het gezondheidsbeleid in gezamenlijkheid met het Wmo-beleid ontwikkeld. Dit betreft 17,4% van de gemeenten.

4.4 Implementatie van de nota's

In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop gemeenten omgaan met de implementatie in de nota gezondheidsbeleid.

In onderstaand figuur valt af te lezen dat het merendeel van de gemeenten onvoldoende (niet/nauwelijks, in geringe mate of matig) scoort, namelijk 71,0%. Slechts 29% scoort goed als het gaat om aandacht voor implementatie in de nota. Het grote aandeel slecht scorende gemeenten op dit onderdeel wordt grotendeels verklaard door de afwezigheid van een plan van aanpak/uitvoeringsprogramma, waardoor gemeenten veel punten mislopen op dit hoofdcriterium.

Figuur 6 Aandacht voor implementatie (n=69) (bron scoring)



4.4.1 Meetbare beleidsdoelen

Bij de scoring van de nota's konden gemeenten (maximaal 3) punten behalen wanneer de beleidsdoelen in de nota in meetbare termen waren geformuleerd, oftewel SMART¹³. Van de gemeenten had 10,1% de beleidsdoelen in meetbare termen geformuleerd, 34,8% heeft dit grotendeels wel gedaan, 31,9% grotendeels niet en 23,2% had de beleidsdoelen helemaal niet in meetbare termen geformuleerd.

4.4.2 Plan van aanpak

Ongeveer de helft (44,9%) van de gemeenten heeft een plan van aanpak¹⁴. Waarvan ook weer de helft één plan van aanpak heeft en de andere helft meerdere plannen van aanpak. Van de plannen van aanpak heeft tweederde een looptijd van meerdere jaren en eenderde een looptijd van één jaar (bron scoring, n=69). De inhoud van de plannen van aanpak sluit niet altijd geheel aan bij de inhoud van de nota, bij 58,1% is dit het geval. Bij 38,7% sluit de inhoud van het plan van aanpak grotendeels wel aan bij de inhoud van de nota en bij 3,2% sluit de inhoud van het plan van aanpak geheel aan bij de inhoud van de nota.

Het merendeel van de plannen van aanpak (76,7%) bevat een begroting of budget. Bij 34,8% is (grotendeels) aan iedere activiteit een budget gekoppeld en bij 19,6% van de gemeenten die een plan van aanpak hebben zijn (grotendeels) mijlpalen geformuleerd (bron scoring, n=69).

¹³ SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

¹⁴ Dat wil zeggen dat de nota ingaat op activiteiten, planning en financiën of dat de gemeenten een of meerdere plannen heeft toegezonden (OID)

In de enquête is gevraagd aan de gemeenten of de nota activiteitenplannen of een plan van aanpak bevat. Daarop gaf 80,3% als antwoord 'ja' (n=62).

Tabel 13 Bevat de nota één of meerdere activiteitenplannen of plannen van aanpak met concrete maatregelen? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=65) (bron enquête)

	Percentage (Ja/Genoemd)
Ja, de nota bevat één of meerdere activiteitenplannen/plannen van aanpak	56,2%
Ja, er is/ zijn één of meerdere aparte lokale activiteitenplannen/plannen van aanpak	41,7%
Ja, er is/ zijn één of meerdere aparte regionale activiteitenplannen/plannen van aanpak	35,4%
Nee, geen activiteitenplan/plan van aanpak	19,7%

In de enquête is gevraagd of de respondenten aan wilden geven wat de stand van zaken is bij de uitvoering van activiteiten van het plan van aanpak of in de meeste plannen van aanpak van hun gemeente. Tweederde gaf aan dat de (meeste) activiteiten in uitvoering zijn, 22,9% gaf aan dat de (meeste) activiteiten in voorbereiding zijn en 14,6% gaf aan dat de (meeste) activiteiten nog niet zijn gestart of dat ze nog geen actie hebben ondernomen (n=48).

Tabel 14 Wat is/zijn de voornaamste oorza(a)k(en) voor het nog geen actie ondernemen bij voorgenomen activiteiten (meerdere antwoorden mogelijk) (n=47) (bron enquête)

	Percentage
Er zijn niet genoeg middelen beschikbaar	29,8%
Er is niet genoeg ambtelijke capaciteit	48,9%
De gemeente heeft onvoldoende bevoegdheden	6,4%
De activiteiten staan op een later moment gepland	55,3%
Anders, namelijk	21,3%

De voornaamste oorzaak die wordt gegeven voor het nog niet gestart zijn met de uitvoering is de later geplande uitvoeringsdatum (55,3%) gevolgd door het ontbreken van voldoende ambtelijke capaciteit (48,9%).

Tabel 15 Heeft er een (tussentijdse) evaluatie plaatsgevonden van de geplande activiteiten uit het plan van aanpak? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=58) (bron enquête)

	Percentage
Nee	51,7%
Ja, op de bereikte resultaten (gezondheidswinst/ gedragsverandering)	17,2%
Ja, op de mate waarin de doelgroep(en) zijn bereikt	15,5%
Ja, op het nakomen van de afspraken (input)	32,8%
Ja, anders namelijk:	10,3%

Een (tussen) evaluatie van de geplande activiteiten uit het plan van aanpak heeft bij 48,3% van de gemeenten plaatsgevonden. Daarbij werd 'het nakomen van afspraken' het meest geëvalueerd.

4.4.3 Financiering

Van de deelnemende gemeenten aan de enquête (meerdere antwoorden mogelijk, n=55) geeft 16,4% aan dat zij een eenjarig budget¹⁵ beschikbaar heeft gesteld voor de uitvoering van de nota lokaal gezondheidsbeleid dan wel het plan(nen) van aanpak en het gemiddelde bedrag dat beschikbaar wordt gesteld voor dat éénjarige budget is € 111.548,-¹⁶. Meerjarige budgetten wordt door 56,4% van de gemeenten ingezet voor de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid, met een gemiddeld bedrag van € 602.507¹⁷. Een deel (32,7%) van de gemeenten geeft aan dat zij geen budget beschikbaar hebben voor de uitvoering.

De helft van de gemeente geeft aan dat er geen financiële dekking is voor alle geplande activiteiten (n=58).

4.4.4 Welke partijen zijn betrokken bij de uitvoering

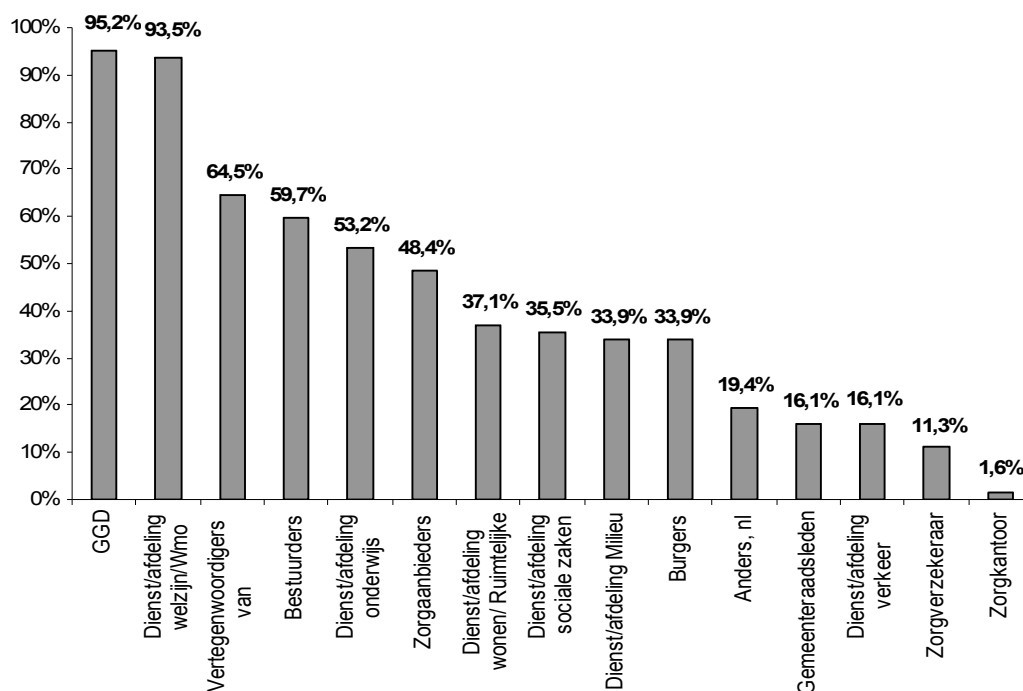
In de meeste gevallen (95%) bewaakt de gemeente zelf (of samen met de GGD) de uitvoering van de voorgenomen activiteiten uit de nota gezondheidsbeleid (bron enquête, n=60). De GGD wordt bij 35% van de gemeenten betrokken bij de bewaking van de uitvoering. Naast het feit dat de gemeente en/of de GGD de uitvoering bewaakt betrekken zij ook andere partijen bij de uitvoering van de huidige nota. In onderstaande figuur wordt weergegeven in welke mate de partijen betrokken worden.

¹⁵ Niet bedoeld zijn de middelen die de gemeente jaarlijks besteedt aan de GGD of de Thuiszorg voor de uitvoering van de reguliere WPG-taken.

¹⁶ De extremen zijn verwijderd bij het berekenen van het gemiddelde eenjarige budgetbedrag.

¹⁷ De extremen zijn verwijderd bij het berekenen van het gemiddelde meerjarige budgetbedrag.

Figuur 7 Welke (gemeentelijke) partijen zijn betrokken bij het uitvoeren de huidige nota? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=62) (bron enquête)



Gemeenten of intergemeentelijke samenwerkingsverbanden maken afspraken met de GGD over het uitvoeren van de wettelijke taken van de WPG. Niet voor alle gemeenten dekken deze afspraken met de GGD alle wettelijke taken: voor 1,6% dekt het gedeeltelijk de afspraken en bij 16,1% is het onbekend of de afspraken met de GGD de wettelijke taken dekt (bron enquête, n=62).

4.4.5 Bewaking gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen

Uit de enquête blijkt dat 88,5% van de gemeenten bij bestuurlijke beslissingen rekening houdt met gezondheidsaspecten (n=61). Dit wordt veelal (73,8%) gedaan door de ambtenaar of door de wethouder (45,9%). Andere antwoorden op deze vraag zijn: managementteam of raadsleden/adviesraden.

Tabel 16 Bewaking gezondheidsaspecten (meerdere antwoorden mogelijk) (n=61) (bron enquête)

	Percentage (Ja/Genoemd)
Nee, er wordt geen rekening mee gehouden	11,5%
Ja, door de wethouder	45,9%
Ja, door een ambtenaar	73,8%
Ja, anders namelijk	9,8%

Veel gemeenten (87,1%) besteden aandacht aan de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg (bron enquête, n=62). In onderstaande tabel kunt u lezen op welke manier zij dat doen.

Tabel 17 Wordt in de gemeentelijke gezondheidsnota aandacht besteed aan de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=53) (bron enquête)

	Percentage
Door versterking regiefunctie gemeente	67,9%
Door HKZ certificaat GGD	54,7%
Door HKZ certificaat jeugdgezondheidszorgorganisatie	43,4%
Door betere verantwoording door uitvoerende organisaties	56,6%
Door evidence based interventies	52,8%
Door benchmarking/monitoring	47,2%
Anders, namelijk:	9,4%

4.4.6 Evaluatie

In de enquête geeft 69,0% aan dat er een evaluatie heeft plaatsgevonden van de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid en 25,9% geeft aan dat er een (tussentijdse) evaluatie heeft plaatsgevonden van de huidige nota lokaal gezondheidsbeleid (n=58).

Van de gemeenten die de huidige nota geëvalueerd hebben (n=15), geeft 80,0% aan dat er geen bijstelling van de huidige nota heeft plaatsgevonden, de overige 20,0% heeft doelen, het financiële kader of de werkwijze bijgesteld.

Tabel 18 Tabel Zijn alle activiteiten uit de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid uitgevoerd (meerdere antwoorden mogelijk) (n=54) (bron enquête)

	Percentage
Ja	31,5%
Nee, er waren niet genoeg middelen beschikbaar	33,3%
Nee, er was niet genoeg ambtelijke capaciteit	37,0%
Nee, de gemeente heeft onvoldoende bevoegdheden	7,4%
Nee, anders namelijk:	16,7%

4.5 Bestrijden van sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV)

Mensen uit armere milieus (een lage sociaal-economische status, SES) gaan gemiddeld 4 jaar eerder dood dan mensen uit rijkere milieus (een hoge SES). Armere mensen leven gemiddeld twaalf jaar korter in goede gezondheid dan rijkere, als gevolg van chronische aandoeningen en beperkingen. Mensen met een lage SES leven in het algemeen ongezonder (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaaleconomische status.

De verschillen in gezondheid en leefstijl tussen deze groepen zijn de afgelopen tijd niet veranderd: ze zijn stabiel gebleven in de periode 1990-2003.¹⁸ Om de gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage SES te verkleinen is het nodig dat er bij het bevorderen van de gezondheidssituatie extra aandacht is voor deze doelgroep, zowel door de landelijke als de lokale overheid.

Om te bepalen of gemeenten in hun nota lokaal gezondheidsbeleid voldoende aandacht besteden aan het bestrijden van sociaal economische gezondheidsverschillen zijn een zestal criteria aan de scoringslijst toegevoegd, namelijk:

- Worden gezondheidsachterstanden en/of mensen met een lage SES genoemd in de nota?
- Worden gezondheidsachterstanden genoemd in de visie op gezondheid?
- Wordt het terugdringen van gezondheidsachterstanden genoemd in de doelstellingen en/of ambities?
- Worden inwoners met lage SES genoemd als specifieke doelgroep?
- Is er specifieke aandacht voor de OGGZ doelgroep?
- Is er een gezondheidprofiel op wijk- c.q. dorpsniveau?
- Inclusief een open vraag: welke uitvoeringspartners zijn genoemd?

Hieronder beschrijven we eerst de uitkomsten voor de onderzoeksgroep als geheel (n=69) en daarna gaan we in op de vraag of het al dan niet hebben van achterstandswijken verschil maakt. Daarvoor worden de gemeenten met achterstandswijken (n=25) vergeleken met gemeenten zonder achterstandswijken (=57).

Tabel 19 Score op de SEGV-criteria (n=69) (bron scoring)

	Percentage (genoemd/ ja)
Worden gezondheidsachterstanden en/of mensen met een lage SES genoemd in de nota	65,2%
Worden gezondheidsachterstanden genoemd in de visie op gezondheid	26,5%
Wordt het terugdringen van gezondheidachterstanden genoemd in de doelstellingen en/of ambities	31,9%
Worden inwoners met lage SES genoemd als specifieke doelgroep	51,5%
Is er specifieke aandacht voor de OGGZ doelgroep	44,9%
Is er een gezondheidsprofiel op wijk- c.q. dorpsniveau	8,8%

Uit bovenstaande tabel blijkt dat gemeenten wel de doelgroep ‘mensen met lage SES’ benoemen (65,2%), maar daar vervolgens niet altijd verder op doorgaan in de visie of doelstellingen. Uit het lage percentage gemeenten (8,8%) dat een gezondheidsprofiel op wijk- of dorpsniveau ontvangt, kan worden geconcludeerd dat extra aandacht voor deze doelgroep lastig wordt omdat gegevens vaak niet voor handen zijn.

¹⁸ Preventienota Kiezen voor een gezond leven, min VWS, 2006.

In onderstaande tabel wordt de score op de criteria uitgesplitst naar gemeenten met achterstandswijken en gemeenten zonder achterstandswijken.

Tabel 20 Aandacht voor SEGV (n=25, n=57) (bron: scoring)

Score	Gemeenten met achterstandswijken (n=25)	Gemeenten zonder achterstandswijken (n=57)
Nauwelijks (0 tot 2)	16,0%	42,1%
Matig (2 tot 4)	36,0%	35,1%
Goed (4 tot 6)	48,0%	22,8%

Uit de tabel blijkt dat gemeenten met achterstandswijken beduidend beter scoren op de criteria voor het bestrijden van SEGV.

Wanneer we specifieker ingaan op de score per criterium zien we dat de gemeenten met achterstandswijken (n=25) op één criterium na beter scoren dan de andere groepen. Alleen op het criterium ‘aandacht voor afstemming preventie en curatie’ wordt door de gemeenten met achterstandswijken iets slechter gescoord (zie tabel 22).

Veel beter wordt door de gemeenten met achterstandswijken gescoord op de criteria: ‘wettelijke vereisten’, ‘opstellen van nota lokaal gezondheidsbeleid- beleidsconsistentie’, ‘aandacht voor implementatie’ en ‘draagvlak voor ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling’.

Tabel 21 Gemiddelde score per criterium uitgesplitst naar: gemeenten uit de onderzoeksgroep (n=69), gemeenten met achterstandswijken (n=25) en gemeenten zonder achterstandswijken (n=57) (bron: scoring)

Kwaliteitscriteria	Gemeenten uit steekproef	Gemeenten met achterstandswijken	Gemeenten zonder achterstandswijken
0 - Aanwezigheid nota gezondheidsbeleid	1,1	1,4	1,1
I - Tijdigheid	0,3	0,4	0,3
II - Wettelijke vereisten	7,5	9,1	7,2
III -Opstellen van nota lokaal gezondheidsbeleid	10,3	12,2	10,0
IV - Aandacht voor implementatie van nota	7,2	10,0	6,4
IV - Aandacht voor implementatie van nota (nieuwe berekeningswijze)	9,4	12,3	8,6
V - Draagvlak voor ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling	2,6	2,9	2,3
VI - Landelijke prioriteiten in nota	4,6	4,7	4,6
VI - Landelijke prioriteiten in nota inclusief plan van aanpak (nieuwe berekeningswijze)	6,0	6,5	5,8
VII - Facetbeleid	1,0	1,2	1,0

VIII - Aandacht bestrijden sociaal economische gezondheidsverschillen	2,3	3,2	2,1
IX - Aandacht voor afstemming preventieve en curatieve gezondheidszorg	1,0	0,8	1,0

4.6 De afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg

Om te beoordelen of gemeenten voldoende aandacht besteden aan de onderlinge afstemming tussen de preventieve en de curatieve gezondheidszorg (art. 2,1 WPG) is er gescoord op een aantal criteria, waarbij maximaal 6 punten konden worden behaald. In de onderstaande tabel zijn de totaal scores terug te vinden.

Tabel 22 Aandacht voor afstemming preventieve en curatieve gezondheidszorg (n=69)
(bron: scoring)

Score	Percentage
Nauwelijks (0 tot 2)	73,9%
Matig (2 tot 4)	15,9%
Goed (4 tot 6)	10,1%

Uit bovenstaande tabel blijkt dat veel gemeenten matig tot slecht scoren op de afstemming van preventieve en curatieve gezondheidszorg criteria.

Een uitsplitsing naar de verschillende criteria voor afstemming preventieve en curatieve gezondheidszorg zijn in de onderstaande tabel opgenomen.

Tabel 23 Aandacht voor de afstemming preventie en curatie (n=69) (bron: scoring)

	Percentage (ja/ genoemd)
Wordt preventie-curatie genoemd in de nota	48,8%
Wordt preventie-curatie genoemd in de visie op gezondheid	10,3%
Wordt preventie-curatie genoemd in de doelstellingen en/of ambities	13,2%
Worden bewoners die baat hebben bij betere samenhang tussen preventie en curatie genoemd als specifieke doelgroep	10,1%
Zijn er samenwerkingspartners genoemd	20,3%
Is er een plan van aanpak/ convenant om de samenwerking met uitvoeringspartners vorm te geven?	1,5%

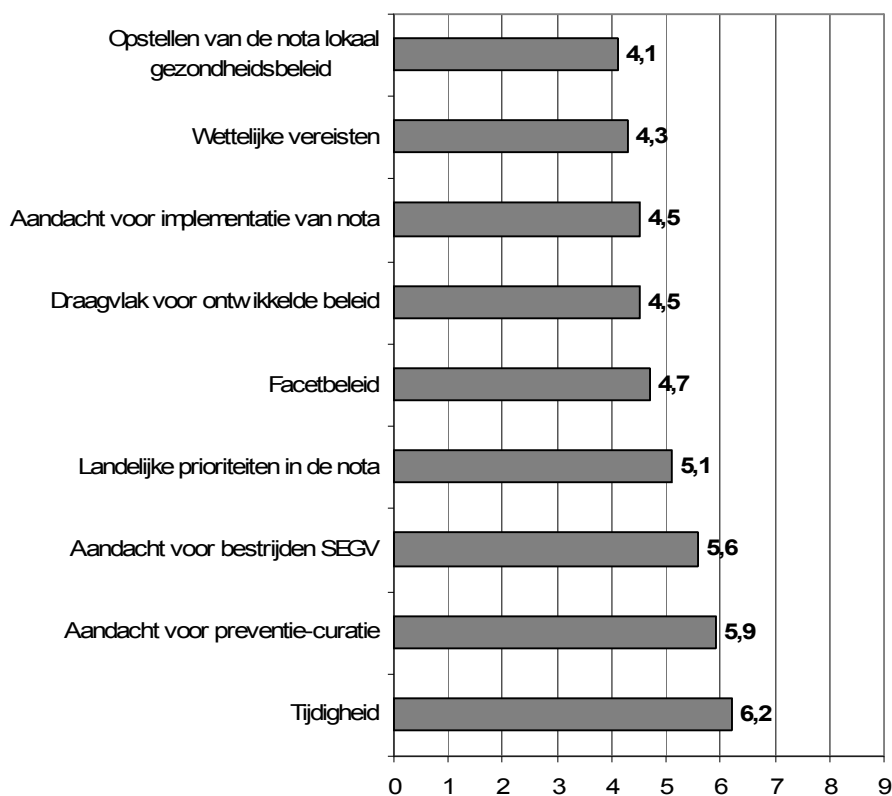
Bijna de helft van de gemeenten benoemt de afstemming tussen de preventieve en curatieve gezondheidszorg wel in de nota, maar geeft er vervolgens nauwelijks uitwerking aan. Samenwerkingspartners zijn wel genoemd maar niet gekoppeld aan een visie of doelstelling voor de afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg. Bij de samenwerkingspartners gaat het vaak over de huisartsen, fysiotherapeuten, thuiszorg of zorgverzekeraars.

Bij één gemeente was er sprake van een convenant om de samenwerking met een uitvoeringspartner vorm te geven, in dit geval met een zorgverzekeraar.

4.7 Belang van de kwaliteitscriteria vanuit het oogpunt van de gemeenten

In de enquête is gevraagd welke kwaliteitscriteria de gemeenten zelf het belangrijkste en het minst belangrijk vinden met betrekking tot het totstandkomingproces en de inhoud van de lokale nota gezondheidsbeleid? Een lagere score betekent een hogere prioriteit.

Figuur 8 Waar geeft gemeente zelf de meeste prioriteit aan (waarbij 1 staat voor de hoogste prioriteit en 9 voor de laagste) (bron enquête)



Gemeenten vinden het opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid het meest belangrijk; dus de aansluiting tussen de geformuleerde gezondheidsdoelen, de doelgroepen en de activiteiten. Het minst belangrijk vinden de gemeenten het of de gezondheidsnota op tijd is ontwikkeld en vastgesteld. De verschillen in waardering van de diverse kwaliteitscriteria zijn overigens niet groot.

5 Resultaten 2009 ten opzichte van resultaten 2004

Een van de belangrijke vragen in dit onderzoek is of de nota's gezondheidsbeleid in 2009 zijn verbeterd (zowel qua inhoud als proces) in vergelijking met 2004. Hieronder gaan we in op de volgende aspecten:

- A. Op welke punten verschilt de invulling van de wettelijke verplichting om een nota lokaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen van de vorige nota? Welke zaken gaan beter en welke niet?
- B. Scoren de gemeenten in 2009 beter op de kwaliteitscriteria ten opzichte van 2004?
- C. Zijn er veranderingen opgetreden met betrekking tot de betekenis van de nota's voor de implementatie van het gezondheidsbeleid en de OGZ ten opzichte van de vorige meting? Welke zaken gaan beter en welke niet?

A. Op welke punten verschilt de invulling van de wettelijke verplichting om een nota lokaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen van de vorige nota? Welke zaken gaan beter en welke niet?

Onderstaande tabel geeft een overzicht van wat in 2009 beter of slechter is gegaan of gelijk is gebleven op een aantal proceskenmerken.

Tabel 24 Wat is verbeterd, verslechterd dan wel gelijk gebleven in het totstandkomingsproces van de nota en in de voorwaarden voor implementatie in 2009?

	Beter	Gelijk	Slechter
Aantal partijen dat betrokken wordt			
Tijdigheid van de nota, het vaststellen van de nota door het college van B&W of gemeenteraad			
Burgers zijn door gemeente betrokken bij het opstellen van de nota			
GGD heeft advies uitgebracht over de gezondheidsnota			
Gemeente heeft nota gezondheidsbeleid (tussentijds) geëvalueerd			
Bij bestuurlijke beslissingen wordt rekening gehouden met gezondheidsaspecten			
Het verstrekken van de bestuursopdracht door de gemeenteraad			
Financiële dekking voor alle in het plan van aanpak genoemde activiteiten			
Gemeenten hebben een activiteitenplan of plan van aanpak met concrete maatregelen			

Met betrekking tot het totstandkomingsproces zijn diverse punten verbeterd in 2009 ten opzichte van 2004, een paar punten zijn ongeveer gelijk gebleven en één punt is verslechterd.

Verbeterd is de mate waarin gemeenten de burgers betrekken bij het opstellen van de nota. In 2009 heeft 44% van de gemeenten de burgers betrokken, in 2004 was dit 31,7%. Ook is er vooruitgang geboekt bij de ‘financiële dekking van de genoemde activiteiten’, bij het ‘evalueren van het gezondheidsbeleid’ en bij de ‘uitgebrachte adviezen door de GGD’.

Ongeveer gelijk gebleven zijn de tijdigheid van de nota en het verstrekken van de bestuursopdracht door de gemeenteraad; in 2009 was dit het geval bij 20% van de gemeenten en in 2004 22%. Ook ongeveer gelijk gebleven is de mate waarin gemeenten een activiteitenplan of een plan van aanpak hebben voor de uitvoering van de beleidsvoornemens. Dat betekent dat niet alle gemeenten een uitvoeringsplan hebben.

Verslechterd is het aantal partijen dat betrokken wordt bij het opstellen van de lokale gezondheidsnota. In 2004 heeft 57% van de gemeenten gemiddeld zeven of meer partijen betrokken bij het opstellen van de lokale gezondheidsnota. In 2009 heeft een kleiner deel van de gemeenten (46%) gemiddeld zeven of meer partijen betrokken. Dat er in 2009 minder partijen betrokken zijn bij het opstellen van de lokale gezondheidsnota wil niet zeggen dat dit ‘slechter’ is gegaan. Hier is gevraagd naar de kwantiteit en niet naar de kwaliteit van de betrokkenheid van meerdere partijen bij de totstandkoming van de nota gezondheidsbeleid. Het kan dus goed zijn dat in 2009 niet het aantal betrokken partijen is gestegen, maar dat de kwaliteit van het interactieve beleidsvorming wel is verbeterd.

B. Scoren de gemeenten in 2009 beter op de kwaliteitscriteria ten opzichte van 2004?

Tabel 25 Wat is veranderd in de hoofdkwaliteitscriteria in 2009, wat is beter, slechter en wat is gelijk gebleven?

	Beter	Gelijk	Slechter
Aanwezigheid nota gezondheidsbeleid			
Tijdigheid			
Wettelijke vereisten			
Opstellen van nota lokaal gezondheidsbeleid (beleidsconsistentie)			
Aandacht voor implementatie van nota			
Draagvlak voor ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling			
Landelijke prioriteiten in nota			

Anders dan bij het totstandkomingsproces hebben gemeenten over het algemeen op de kwaliteitscriteria van de nota wat lager gescoord dan bij de vorige meting.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gemiddelde scores die in 2004 en 2009 zijn behaald op de zeven hoofdcriteria.

Tabel 26 Gemiddelde score in 2004 en 2009 op de hoofdkwaliteitscriteria (n=59) (bron: scoring)

Hoofdcriteria	2004	2009
Aanwezigheid nota gezondheidsbeleid	1,8	1,1
Tijdigheid	0,4	0,3
Wettelijke vereisten	8,5	7,5
Opstellen van nota lokaal gezondheidsbeleid	12,0	10,3
Aandacht voor implementatie van nota	7,5	7,2
Draagvlak voor ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling	5,2	2,6
Landelijke prioriteiten in nota	3,4	4,6

In 2009 is op een hoofdcriterium beter gescoord dan in 2004, namelijk: 'landelijke prioriteiten in de nota'. Maar de scores op de meeste criteria zijn ongeveer gelijk gebleven of licht achteruitgegaan in 2009. Dat geldt voor de criteria 'de aanwezigheid van de nota', de 'tijdigheid', de 'wettelijke vereisten' en 'de aandacht voor implementatie van de nota'. Op twee punten is een duidelijk lagere score te zien en wel voor 'het opstellen van de nota (beleidsconsistentie)' en 'draagvlak voor het ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling'. Hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat de 100.000 + gemeenten aanzienlijk beter scoorden op deze punten dan de middelgrote en kleinere gemeenten.

Tevens is het zo dat één van de punten vallend onder de wettelijke vereisten, namelijk het vragen van advies aan de GGD voordat belangrijke bestuurlijke beslissingen met mogelijke gevolgen voor de publieke gezondheid worden genomen, sterk is verbeterd. Dat blijkt althans uit de enquête-uitkomsten. In 2009 heeft 61% van de gemeenten de GGD om een dergelijk advies gevraagd en in 2004 was dit nog 39%.

C. Zijn er veranderingen opgetreden met betrekking tot de betekenis van de nota's voor de implementatie van het gezondheidsbeleid en de OGZ ten opzichte van de vorige meting? Welke zaken gaan beter en welke niet?

Als het gaat om de implementatie van de nota's zijn twee punten verbeterd in 2009 ten opzichte van 2004, namelijk 'of de gezondheidsnota (tussentijds) geëvalueerd is' en 'of er bij bestuurlijke beslissingen rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten'.

In 2009 gaf namelijk 59,5% van de gemeenten aan dat er een (tussentijdse) evaluatie heeft plaatsgevonden van de activiteiten in het plan van aanpak. In 2004 was dit nog 26%. Ook de (tussentijdse) evaluatie van de nota zelf is verbeterd ten opzichte van 2004. In 2009 was het 25,9% en in 2004 was het 6,4%.

In 2009 wordt er vaker bij bestuurlijke beslissingen rekening gehouden met gezondheidsaspecten; in 2009 deed 88,5% van de gemeenten dat ten opzichte van 80,3% in 2004. Ook verbeterd in 2009 is de financiële dekking die gemeenten hebben voor alle in het plan van aanpak genoemde activiteiten. Dit is namelijk toegenomen van 28% in 2004 naar 50% in 2009.

De aandacht voor implementatie is gelijk gebleven in 2009 in vergelijking met 2004.

6 Conclusies

Gezondheidsnota niet hoger op de politieke agenda van gemeenten maar gezondheidsdoelen wel

Uit dit onderzoek blijkt dat nog altijd het merendeel van de gemeenten (60%) te laat is met het vaststellen van de gezondheidsnota. Ondanks dat de nota nog door veel gemeenten niet op tijd wordt vastgesteld blijkt het thema 'gezondheid' bij ruim tweederde van de colleges van B&W wel op de agenda te staan: zij hebben gezondheidsdoelen opgenomen in het collegeprogramma. Ook blijkt uit de enquête dat 88,5% van de gemeenten bij bestuurlijke beslissingen rekening houdt met gezondheidsaspecten. Als het gaat om het betrekken van andere partijen bij het opstellen van de nota blijkt de GGD een sterke positie in te nemen: bij een groot deel van de gemeenten (86,9%) heeft de GGD advies uitgebracht over de op te stellen gemeentelijke nota gezondheidbeleid.

In 2009 worden bestuurders en vertegenwoordigers van cliënten minder vaak betrokken bij de ontwikkeling van de gezondheidsnota en andere gemeentelijke afdelingen, GGD en burgers juist vaker dan in 2004. Over het algemeen worden er minder partijen betrokken dan de vorige keer, maar het kan zijn dat er met die partijen wel intensiever wordt opgetrokken.

De gezondheidsnota's scoren niet beter op de kwaliteitscriteria

Evenals bij de vorige meting zijn de totaalscores van de huidige gezondheidsnota op een aantal kwaliteitscriteria berekend. De resultaten vallen helaas wat tegen. Tegelijkertijd moeten we daar de kanttekening bij plaatsen dat uit het gegeven dat iets niet genoemd wordt in de nota niet afgeleid kan worden dat het niet gebeurt.

Het deel van de gezondheidsnota's dat redelijk tot goed voldoet aan **de wettelijke vereisten** is licht gedaald. Dit wordt vooral verklaard doordat een aantal wettelijke taken, vooral op het gebied van de JGZ niet genoemd worden in de nota. Iets meer dan een derde (36,2%) van de gemeenten scoort 'redelijk' tot 'goed' op het punt van de wettelijke vereisten. Het merendeel van de gemeenten scoort hierop matig tot onvoldoende, namelijk 63,7%.

Op beleidsconsistentie scoort het merendeel van de gemeenten matig (68,1%), 17,4% goed en 14,5% nauwelijks. In ruim 80% van de gezondheidsnota's staan alle vijf landelijke speerpunten vermeld. Slechts in een paar procent van de gevallen wordt er geen enkel speerpunt of slechts een of twee speerpunten genoemd. Desondanks ontbreekt nog vaak een plan van aanpak voor de genoemde speerpunten. Voor schadelijk alcoholgebruik en de aanpak van overgewicht wordt het meest vermeld dat er een plan van aanpak bestaat. Tweederde van de gemeenten voert facetbeleid, dat wil zeggen laat gezondheidsdoelen nastreven op andere beleidsterreinen dan het gezondheidsterrein. In de meeste gevallen betreft dit de beleidsterreinen Welzijn/Wmo, Onderwijs en Sociale Zaken. Nog weinig genoemd worden gemeentelijke afdelingen zoals Ruimtelijke Ordening, Milieu en

Verkeer. Een klein aantal gemeenten heeft van de mogelijkheid gebruik gemaakt om een gezamenlijke Wmo en gezondheidsnota te ontwikkelen: 18,8%.

De aandacht voor de implementatie van de gezondheidsnota is niet wezenlijk verbeterd en daar valt nog winst te halen

Er wordt bij bestuurlijke beslissingen meer rekening gehouden met mogelijke gezondheidsgevolgen en er is meer aandacht voor de evaluatie van de nota en de activiteiten. Ook is er vaker financiële dekking voor de voorgenomen activiteiten. Dat de totaalscore op het besteden van aandacht aan de implementatie van de gezondheidsnota desondanks tegenvalt komt door het nog vaak ontbreken van een activiteitenplan of plan van aanpak. Hierbij hebben we echter te maken met afwijkende uitkomsten tussen de enquêteresultaten, die wijzen op een hoger percentage gemeenten met een activiteitenplan, en de gescoorde nota's die een lager percentage gemeenten met een dergelijk plan laten zien. Veel gemeenten hebben hun gezondheidsdoelen nog niet concreet gemaakt noch in meetbare doelen geformuleerd.

Aandacht voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Gemeenten met achterstandswijken besteden beduidend meer aandacht aan het bestrijden van sociaaleconomische gezondheidsverschillen dan gemeenten zonder achterstandswijken. Bijna de helft van de gemeenten met achterstandswijken scoort 'goed' op de verschillende aspecten van het bestrijden van gezondheidsachterstanden.

Bovendien scoren deze gemeenten ook op de overige kwaliteitscriteria beter dan de gemeenten zonder achterstandswijken. Reden voor het beter scoren van gemeenten met achterstandswijken op de kwaliteitscriteria kan gelegen zijn in het feit dat deze gemeenten ook vaak de grotere/centrumgemeenten zijn.

Gemeenten pogen aandacht te besteden aan de afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg maar slagen er nog weinig in om hier goede uitwerking aan te geven

Bijna de helft van de gemeenten noemt de afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg in de gezondheidsnota, maar geven daar verder geen uitwerking aan. Zij weten wel dat er aandacht voor moet zijn (zie art. 2 WPG) maar weten er kennelijk geen handen en voeten aan te geven. Slechts één op de tien gemeenten besteedt voldoende aandacht aan de afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg

Zorgverzekeraars worden nog nauwelijks betrokken bij het in kaart brengen van de lokale gezondheidsproblemen noch bij het ontwikkelen van het gezondheidsbeleid. Ook de uitvoerders worden niet altijd betrokken bij de beschrijving van de gezondheidssituatie of de beleidsontwikkeling. Wellicht verklaart dit de slechte score voor de afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg.

Gemeenten geven zelf de meeste prioriteit aan ‘beleidsconsistentie’ en ‘wettelijke vereisten’

Gemeenten geven desgevraagd aan zelf de meeste prioriteit toe te kennen aan de ‘beleidsconsistentie’ en de ‘wettelijke vereisten’ en vinden de ‘tijdigheid van de nota’, de ‘aandacht voor het bestrijden van SEGV’ en de ‘afstemming tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg’ minder belangrijk.

7 Hoofdpunten en discussie

7.1 Invulling door gemeenten van de verplichte nota gezondheidsbeleid

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

De meeste gemeenten, en nog wat meer dan de vorige keer, hebben gekozen voor het opstellen van een lokale in plaats van een regionale gezondheidsnota. Ook hebben zij in meerderheid zelf leiding gegeven aan het proces van totstandkoming van de nota gezondheidsbeleid. Dit betekent een aanzienlijke aanslag op de toch nog altijd beperkte ambtelijke beleids capaciteit voor publieke gezondheid, gemiddeld 0,5 fte per gemeente. Met de beleids capaciteit bij de GGD meegerekend komt het gemiddelde uit op 1,2 fte.

Betrokkenen vooral uit de hoek van welzijn, gezondheid en zorg

Net als vijf jaar geleden zijn de belangrijkste betrokken partijen afkomstig uit de hoek van zorg en welzijn. Wel zijn burgers vaker partij geweest bij de ontwikkeling van de nota. Zorgverzekeraars worden daarbij slechts in 14% van de gemeenten betrokken. De gemeentelijke diensten of afdelingen Verkeer, Ruimtelijke Ordening en Milieu nemen in een minderheid van de gemeenten deel.

Gezondheidsdoelen vaker in collegeprogramma

Eén van de belangrijkste achterliggende redenen om gemeenten (mede)verantwoordelijk te maken voor de publieke gezondheid, is dat zij bij uitstek gezondheidsdoelen kunnen nastreven op andere beleidsterreinen dan het zorgterrein. Zoals bekend zal de gezondheidswinst vooral daar gezocht moeten worden en niet in de sector gezondheidszorg. Tegen deze achtergrond is het positief dat tweederde van de gemeenten heeft aangegeven dat gezondheidsdoelen zijn opgenomen in het collegeprogramma.

Er is oog voor kwaliteitsverbetering in de publieke gezondheid

De meeste gemeenten (87%) besteden aandacht aan de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg. Dit doen zij door de gemeentelijke regiefunctie te versterken (68%), door betere verantwoording door de uitvoerende organisaties (56,6%) en het HKZ-certificaat van de GGD (55%).

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

Kwaliteit nota's niet wezenlijk verbeterd

Over het geheel genomen is de kwaliteit van de gezondheidsnota's vergeleken met de vorige meting niet echt vooruitgegaan, met uitzondering van de opname van de landelijke speerpunten van preventie in de nota. Op sommige punten lijkt zelfs een achteruitgang te hebben plaatsgevonden zoals op het punt van de beleidsconsistentie. Dit is een belangrijk kwaliteitscriterium, ook in de ogen van de beleidsmedewerkers volksgezondheid. De beleidsconsistentie, of anders gezegd 'de aansluiting tussen de voorgenomen maatregelen, de gezondheidsdoelen en de voornaamste gezondheidsproblemen' lijkt vooral aan het

eind van de beleidscyclus te haperen. Wanneer de doelen vertaald moeten worden in concrete acties en maatregelen dan gaat de aansluiting soms verloren. Dat betekent dat de voorgestelde acties niet meer gericht zijn op de groepen met de voornaamste gezondheidsproblemen of dat de maatregelen niet meer aansluiten op de gesignaleerde gezondheidsproblemen.

Het onderzoek geeft hiervoor geen verklaring. We kunnen er alleen naar raden: is het onbekendheid met mogelijke maatregelen of beschikbare effectieve interventies? Volgt men automatisch de landelijke preventiespeerpunten? Liggen die acties en maatregelen wellicht buiten het domein van de publieke gezondheid (bijvoorbeeld bij de WMO of bij het jeugdbeleid)?

Centrumgemeenten en grote (100.000+) gemeenten doen het beter dan kleinere en regiogemeenten

De grote gemeenten scoren op bijna alle kwaliteitscriteria duidelijk beter dan de middelgrote en kleinere gemeenten. Zij besteden ook meer aandacht aan het bestrijden van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Nog weinig aandacht voor afstemming preventieve en curatieve gezondheidszorg

Bijna de helft van de gemeenten noemt dit punt wel in de nota maar er wordt verder weinig uitwerking aangegeven. Toch is het moeilijk voor te stellen dat de gemeenten die een of meerdere plannen van aanpak hebben gemaakt voor de landelijke preventiespeerpunten dit zouden doen zonder hierbij op zijn minst de eerstelijns gezondheidszorg te betrekken.

7.3 Discussie

Beperkingen van het onderzoek

Gemeenten beschrijven niet alle wettelijke taken in de gezondheidsnota. Dat betekent niet automatisch dat ze de taken niet uitvoeren. Het zegt vooral dat er geen of onvoldoende relatie gelegd wordt tussen de wettelijke taken en het lokale gezondheidsbeleid. De WPG beschrijft de taken die de GGD moet uitvoeren, waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. Het is altijd de bedoeling geweest dat de gezondheidsnota meer zou zijn dan een opsomming van wettelijke taken. Maar nu lijkt het vaak of de beide onderdelen van de nota – de taken die de GGD moet uitvoeren en de taken die gemeenten op zich nemen in het kader van het lokaal gezondheidsbeleid – weinig met elkaar van doen hebben. Ook de budgetten voor de GGD en voor de activiteiten uit de lokale gezondheidsnota lijken geheel los van elkaar te staan. Het is jammer dat er niet meer synergie is tussen de professionele publieke gezondheidstaken en het lokale gezondheidsbeleid. Die synergie is er nog het meest bij de bevorderingstaken, jeugdgezondheidszorg en OGGZ. Maar die moet ook te vinden zijn op de andere gebieden (MMK, TH, IZB). Anderzijds lijkt er in het kader van het facetbeleid steeds vaker naar gezondheidsbevordering en – bescherming gestreefd te worden op andere beleidsterreinen. Dit blijft dan vaak buiten het bestek van de gemeentelijke gezondheidsnota.

Kansen voor facetbeleid beter benut

Meer gemeenten dan voorheen hebben aangegeven facetbeleid te voeren. Dit is een van de positieve uitkomsten van dit onderzoek. Hiermee komt de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever – gezondheidswinst behalen door op andere beleidsterreinen rekening te houden met de gevolgen voor de publieke gezondheid – dichterbij. GGD'en worden ook vaker om advies gevraagd bij belangrijke bestuurlijke beslissingen met mogelijke gevolgen voor de publieke gezondheid.

Nog weinig aandacht voor afstemming preventieve en curatieve gezondheidszorg

Deze uitkomst wekt enigszins bevreemding. Vrijwel alle gemeenten hebben de landelijke preventiespeerpunten in hun gezondheidsbeleid en –nota opgenomen. Hoe kan je deze punten uitwerken zonder betrokkenheid van de eerstelijnszorg? De GGD kan hierin een grote rol spelen, maar het lijkt weinig voor de hand liggend dat dan niet samengewerkt zou worden met de huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten en andere zorgaanbieders uit de eerste lijn. Wellicht houdt de constatering in het onderzoek dat gemeenten de speerpunten wel noemen maar er niet altijd een concrete uitwerking aangeven in de vorm van een plan van aanpak, wel hiermee verband.

Juist rond de preventiespeerpunten (diabetes, overgewicht, depressie, overmatig alcoholgebruik en roken) ligt nauwe samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg zeer voor de hand.

Implementatie

De aandacht voor implementatie van de gemeentelijke gezondheidsnota is niet wezenlijk veranderd bij de huidige gezondheidsnota. In dit onderzoek is vooral gekeken naar de voorwaarden voor implementatie (zijn de doelen concreet, is er een plan van aanpak of een activiteitenplan, is er budget) en is gevraagd hoeveel van de voorgenomen activiteiten al uitgevoerd zijn. Tweederde van de gemeenten gaf aan dat de activiteiten in uitvoering zijn. De overige gemeenten hadden die activiteiten in voorbereiding of hadden nog geen actie ondernomen. De voornaamste opgegeven redenen daarvoor waren dat die activiteiten later gepland staan en dat er te weinig ambtelijke capaciteit is.

Eindconclusie

Wil dit beleidsterrein zich echt kunnen ontwikkelen dan zal er meer ambtelijke beleids capaciteit bij gemeenten voor moeten komen. Publieke gezondheid is een complex beleidsterrein waarop veel gebeurt, waarbij veel partijen betrokken zijn, waarbij een aanzienlijke informatiestroom is. Hiervoor is een zekere basiscapaciteit nodig.

Om de voornemens uit de gezondheidsnota in daden om te zetten, is ambtelijke capaciteit nodig die tezamen met de veldpartijen activiteiten en maatregelen in gang kan zetten. Zonder voldoende beleids capaciteit kunnen de gemeentelijke gezondheidsdoelen niet met kracht nagestreefd worden.

Bijlage 1: de scoringslijst

<p>Gemeentenaam:.....</p> <p>Gescoord door:.....</p> <p>Datum: ...- -2009</p>	<p>Scoringslijst kwaliteitscriteria maart 2009</p>
<p>0. Aanwezigheid nota gezondheidsbeleid</p> <p>a. Heeft de gemeente een nota gezondheidsbeleid?</p> <p>b. Is de nota door de gemeenteraad vastgesteld?</p> <p>c. Is het een lokale, regionale, kader- of kapstoknota (of andere)? (meerdere antwoorden mogelijk)</p> <p>I. Tijdigheid</p> <p>a. Heeft de gemeenteraad de nu van kracht zijnde nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld <u>vóór</u> 1 januari 2008?</p> <p>b. Wanneer vastgesteld?</p> <p>II. Wettelijke vereisten (WCPV)</p> <p>a. <i>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:</i></p> <p>a1. Bevat de nota een beschrijving van de gezondheidssituatie van de bevolking? (artikel 2.2a)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is deze gebaseerd op epidemiologische analyse (zie voor precieze betekenis hiervan blz. 19 boekje versterking 01)? • Is het verzamelen en analyseren van de gegevens op landelijke gelijkvormige wijze gebeurd? <p>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)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zijn er preventieprogramma's? • Is er afstemming in preventieprogramma's (bijv. afstemming met thuiszorg, CAD of andere partijen)? <p>a3. Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van medisch-milieukundige zorg? (artikel 2.2d)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signaleren van ongewenste situaties • Het adviseren over risico's (in het bijzonder bij rampen of dreigingen van rampen) 	<p>Totaal:</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p><input type="checkbox"/> lokaal <input type="checkbox"/> kadernota</p> <p><input type="checkbox"/> regionaal <input type="checkbox"/> kapstoknota</p> <p>Totaal:</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>.....</p> <p>Totaal:</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=2 Genoemd=1 Nee=0</p>

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

III. Opstellen van nota lokaal gezondheidsbeleid (dit onderdeel sluit aan op de vragen in de enquête)

(In hoeverre zijn geformuleerde doelen, begrippen, doel-middel relaties e.d. 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 aandacht besteed aan de uitvoerbaarheid van de maatregelen om de gezondheidsproblemen aan te pakken?

IV. Aandacht voor implementatie van nota

- a. Zijn de beleidsdoelen in meetbare termen geformuleerd?
- b. Is er ook een plan van aanpak (activiteitenplan/ uitvoeringsprogramma)? Wat is de looptijd van het plan van aanpak?
- c. Sluit de inhoud van het plan van aanpak aan bij de inhoud van de nota?
- d. Bevat het plan van aanpak een begroting/budget?
- e. Is aan iedere activiteit voor 2008 een budget gekoppeld? M.a.w. is iedere activiteit voor 2008 apart begroot?
- f. Zijn er mijlpalen c.q. tussendoelen gesteld (m.a.w. is aangegeven wat wanneer gerealiseerd zal zijn)?
- g. Is aangegeven wanneer geëvalueerd zal gaan worden?
- h. Is de nota van 2003-2007/8 geëvalueerd?
- i. Worden de effecten van de gezondheidsnota gemonitord?

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Totaal:

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Ja=3 Nee=0

1 PvA 1 jaar

meerdere PvA meerdere jaren

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Ja=3 Nee=0

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Ja=3 groot w=2 groot n=1 Nee=0

Ja=3 Nee=0

Ja=3 Nee=0

Ja=1 Nee=0

Opmerkingen t.a.v. 'plan van aanpak':

Totaal:

Ja=1 Nee=0

Ja=1 Nee=0

Ja=1 Nee=0

Ja=1 Nee=0

<p>V. Draagvlak voor ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling</p>	<p>Ja=1 Nee=0</p>
<p>a. Bestaat er draagvlak voor beschreven gezondheidsproblemen blijkend uit de betrokkenheid van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de gemeenteraad; • andere gemeentelijke afdelingen (en welke zijn dat?); • uitvoerders (instellingen: GGD, eerste lijn, GGZ, Welzijn); • zorgkantoor/zorgverzekeraars; • de doelgroep (bijvoorbeeld in de vorm van cliënten-/consumentenorganisaties); • overige belanghebbenden (zoals scholen, buurgemeenten etc). 	<p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p>
<p>b. Bestaat er draagvlak voor beschreven gezondheidsbeleid blijkend uit de betrokkenheid van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de gemeenteraad; • andere gemeentelijke afdelingen (en welke zijn dat?); • uitvoerders (instellingen: GGD, eerste lijn, GGZ, Welzijn); • zorgkantoor/zorgverzekeraars; • de doelgroep (bijvoorbeeld in de vorm van cliënten-/consumentenorganisaties); • overige belanghebbenden (zoals scholen, buurgemeenten etc), 	<p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Totaal:</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja= Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja= Nee=0</p>
<p>VI. Landelijke prioriteiten in nota?</p>	<p>Ja=1 Nee=0</p>
<p><i>Gaat de gemeente in de nota in op de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie (verwezen wordt naar de vierjaarlijkse rijksnota, die in 2003 voor het eerst is uitgebracht)?</i></p>	<p>Ja=1 Nee=0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • diabetes; <ul style="list-style-type: none"> > is er een plan van aanpak voor dit speerpunt? • overgewicht (bewegen en voeding); <ul style="list-style-type: none"> > is er een plan van aanpak voor dit speerpunt? • roken; <ul style="list-style-type: none"> > is er een plan van aanpak voor dit speerpunt? • alcoholverslaving; <ul style="list-style-type: none"> > is er een plan van aanpak voor dit speerpunt? • depressie. <ul style="list-style-type: none"> > is er een plan van aanpak voor dit speerpunt? 	<p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p> <p>Ja=1 Nee=0</p>
<p>VII. Facetbeleid</p>	<p>Ja=1 Nee=0</p>

a. Word het gezondheidsbeleid afgestemd met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen/-terreinen (bijvoorbeeld wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs, welzijn)?	Ja=1	Nee=0
b. Is er opgetrokken met de nota Wmo?	Ja=1	Nee=0
<ul style="list-style-type: none"> gezamenlijke voorbereiding, aparte nota's gezamenlijke voorbereiding, een nota 	Ja=1	Nee=0
.....		
VIII. Is er voldoende aandacht voor het bestrijden van sociaal economische gezondheidsverschillen?		
<ul style="list-style-type: none"> worden gezondheidsachterstanden en/of mensen met een lage SES genoemd in de nota? 	Ja=1	Nee=0
<ul style="list-style-type: none"> worden gezondheidsachterstanden genoemd in de visie op gezondheid? 	Ja=1	Nee=0
<ul style="list-style-type: none"> wordt het terugdringen van gezondheidsachterstanden genoemd in de doelstellingen en/of ambities? 	Ja=1	Nee=0
<ul style="list-style-type: none"> worden inwoners met lage SES genoemd als specifieke doelgroep 	Ja=1	Nee=0
<ul style="list-style-type: none"> is er specifieke aandacht voor de OGGZ doelgroep (mensen met meervoudige problematiek)?
<ul style="list-style-type: none"> is er een gezondheidprofiel op wijk- c.q. dorpsniveau?
<ul style="list-style-type: none"> zijn er uitvoeringpartners genoemd, zo ja welke: 	Ja=1	Nee=0
.....		
IX. Is er voldoende aandacht voor preventie-curatie?		
<ul style="list-style-type: none"> wordt preventie-curatie genoemd in de nota? 		
<ul style="list-style-type: none"> wordt preventie-curatie genoemd in de visie op gezondheid? 		
<ul style="list-style-type: none"> wordt preventie-curatie genoemd in de doelstellingen en/of ambities? 		
<ul style="list-style-type: none"> worden bewoners die baat hebben bij betere samenhang tussen preventie-curatie genoemd als specifieke doelgroep? 		
<ul style="list-style-type: none"> zijn er samenwerkingspartners genoemd, zo ja welke: 		
<ul style="list-style-type: none"> wat is de aard van de samenwerking met deze partners? (informerend, raadplegend, adviserend, coproducerend of meebeslissend) 		
<ul style="list-style-type: none"> Is er een plan van aanpak/convenant om samenwerking met uitvoeringpartners vorm te geven? 		

Bijzonderheden:

Algemene indruk kwalificatie nota:

Bijlage 2: de enquête

VIGERENDE NOTA

0a. Wilt u de titel opgeven van de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid die momenteel van kracht is?

0b. De hoeveelste nota is dit sinds 2003?

TOTSTANDKOMING VAN DE NOTA

1. Wie in de gemeente c.q. regio heeft de opdracht verstrekt om een nota gezondheidsbeleid op te stellen?

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

2. Bevat het lopende collegeprogramma gezondheidsdoelen?

- Ja
- Nee

3. Wie heeft er leiding gegeven aan het proces van het opstellen van de van kracht zijnde nota gezondheidsbeleid?

De beleidsmedewerker gezondheidszorg

Een andere beleidsmedewerker binnen de gemeente, namelijk:

De verantwoordelijke portefeuillehouder

Het college van burgemeester en wethouders

De gemeenteraad (of gemeenteraadscommissie)

De GGD

Extern adviseur (of bureau)

Anders, namelijk:

4. Wat is de beschikbare beleidscapaciteit voor (de uitvoering van de) nota volksgezondheid uitgedrukt in Full Time Equivalent (FTE)?

Toelichting: Een fte (full time equivalent) is vergelijkbaar met een medewerker die in het meest recente afgesloten jaar een volledig dienstverband heeft gehad. Dit komt overeen met 1.800 uur per jaar. Een medewerker die een gedeelte van het jaar in dienst is geweest wordt naar verhouding van 1fte toegerekend.

FTE binnen de gemeente:

FTE binnen de GGD:

5. Welke (gemeentelijke) partijen waren betrokken bij het opstellen van de van kracht zijnde nota gezondheidsbeleid?

(meerdere antwoorden mogelijk)

	Betrokken
Bestuurders	<input type="checkbox"/>
Gemeenteraadsleden	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling welzijn/Wmo	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling wonen/Ruimtelijke Ordening	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling Milieu	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling sociale zaken	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling onderwijs	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling verkeer	<input type="checkbox"/>
GGD	<input type="checkbox"/>
Jeugdgezondheidszorg organisaties	<input type="checkbox"/>
Burgers	<input type="checkbox"/>
Vertegenwoordigers van gezondheidsvragers, bijvoorbeeld een cliëntenplatform, Wmo-raad	<input type="checkbox"/>
Zorgkantoor	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>
Zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>
Anders, nl.:	<input type="checkbox"/>

6. Heeft de GGD advies uitgebracht ten behoeve van de op te stellen gemeentelijke nota gezondheidsbeleid?

Ja

Nee

**7. Heeft de gemeente van de GGD een gezondheidsprofiel ontvangen?
(Meerdere antwoorden mogelijk)**

- Ja, voor de regio
- Ja, voor de gemeente
- Ja, voor de wijken binnen de gemeente
- Ja, voor de dorpskernen binnen de gemeente
- Nee

8. Wordt de GGD om advies gevraagd voordat belangrijke beslissingen worden genomen die verreikende gevolgen voor de volksgezondheid kunnen hebben?

- Ja
- Soms
- Nee

9a. Dekken de afspraken tussen uw gemeente, dan wel het intergemeentelijk samenwerkingsverband, en de GGD alle wettelijke taken zoals vastgelegd in de wet publieke gezondheid die de gemeente hoort uit te voeren?

- Ja → ga door naar vraag 10a
- Gedeeltelijk
- Nee
- Onbekend → ga door naar vraag 10a

9b. Welke wettelijke taken worden gedeeltelijk of niet uitgevoerd door de GGD?

10a. Besteedt de gemeente aandacht aan de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg?

- Ja
- Nee → ga door naar vraag 11a

10b. Op welke wijze wordt aandacht besteed aan de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Door versterking regiefunctie gemeente
- Door HKZ certificaat GGD
- Door HKZ certificaat jeugdgezondheidszorgorganisatie
- Door betere verantwoording door uitvoerende organisaties
- Door evidence based interventies
- Door benchmarking/ monitoring
- Anders, namelijk:

10c. Is uw GGD bezig met een traject van kwaliteitsverbetering in de openbare gezondheidszorg?

- Ja
- Nee
- Onbekend

11a. Wanneer is de van kracht zijnde nota gezondheidsbeleid door het College van Burgemeester en Wethouders vastgesteld?

Maand											
januari	februari	maart	april	mei	juni	juli	augustus	september	Oktober	November	December
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jaar			
<=2006	2007	2008	2009
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11b. Wanneer is de gemeenteraad 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			
<=2006	2007	2008	2009
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPLEMENTATIE VAN DE NOTA

12. Welke (gemeentelijke) partijen zijn betrokken bij het uitvoeren van de van kracht zijnde nota? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Betrokken
Bestuurders	<input type="checkbox"/>
Gemeenteraadsleden	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling welzijn/Wmo	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling wonen/Ruimtelijke Ordening	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling Milieu	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling sociale zaken	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling onderwijs	<input type="checkbox"/>
Dienst/afdeling verkeer	<input type="checkbox"/>
GGD	<input type="checkbox"/>
Burgers	<input type="checkbox"/>
Vertegenwoordigers van gezondheidsvragers, bijvoorbeeld een cliëntenplatform, Wmo-raad	<input type="checkbox"/>
Zorgkantoor	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>

Zorgaanbieders		<input type="checkbox"/>
Anders, nl.:		<input type="checkbox"/>

13. Wordt er bij bestuurlijke beslissingen rekening gehouden met gezondheidsaspecten? Zo ja, door wie wordt dit bewaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)

Nee, er wordt geen rekening mee gehouden.

Ja, door de wethouder

Ja, door een ambtenaar

Ja, anders namelijk:

14a. Bevat de nota één of meerdere activiteitenplannen of plannen van aanpak met concrete maatregelen? Of is er een apart activiteitenplan of plan van aanpak? Of is er een apart lokaal of regionaal activiteitenplan/ plan van aanpak? (meerdere antwoorden mogelijk)

Nee, er is geen activiteitenplan/plan van aanpak → ga door naar vraag 17a

Ja, de nota bevat één of meerdere activiteitenplannen/plannen van aanpak

Ja, er is/ zijn één of meerdere aparte lokale activiteitenplannen/plannen van aanpak

Ja, er is/ zijn één of meerdere aparte regionale activiteitenplannen/plannen van aanpak

14b. Welke thema's komen aan bod in één of meerdere activiteitenplannen/plannen van aanpak? (meerdere antwoorden mogelijk)

Diabetes

Overgewicht (bewegen en voeding)

Roken

Schadelijk alcoholgebruik

Depressie

Overig, namelijk het thema of de thema's:

15. **Wilt u hieronder aangeven wat de stand van zaken is bij de uitvoering van activiteiten van het plan van aanpak of in de meeste plannen van aanpak in uw gemeente? (Toelichting: Hier worden niet bedoeld de reguliere activiteiten die de GGD of Thuiszorg uitvoeren op basis van de WPG)**

- De (meeste) activiteiten zijn afgerond
- De (meeste) activiteiten zijn in uitvoering
- De (meeste) activiteiten zijn in voorbereiding
- De (meeste) activiteiten zijn nog niet gestart (geen actie ondernomen)

16. **Kunt u voor de voorgenomen activiteiten waarvoor nog geen actie is ondernomen aangeven wat daarvan de voornaamste oorza(a)k(en) is (zijn)? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Er zijn niet genoeg middelen beschikbaar
 - Er is niet genoeg ambtelijke capaciteit
 - De gemeente heeft onvoldoende bevoegdheden
 - De uitvoerende partijen houden zich niet aan de afspraken
 - De activiteiten staan op een later moment gepland
 - Anders, namelijk:
-

17a. **Heeft de gemeente een eenjarig of meerjarig budget beschikbaar gesteld voor de uitvoering van de nota lokaal gezondheidsbeleid dan wel het plan(nen) van aanpak en zo ja, hoe groot is dat budget afgerond op hele euro's? (meerdere antwoorden mogelijk)**

(Toelichting: niet bedoeld zijn de middelen die de gemeente jaarlijks besteedt aan de GGD of de Thuiszorg voor de uitvoering van de reguliere WPG-taken)
(Toelichting: bedrag afronden op hele euro's)

De gemeente heeft een eenjarig budget voor 2008 vastgesteld, namelijk:

De gemeente heeft een meerjarig budget vastgesteld. Het totale budget is namelijk:

17b. Is er financiële dekking voor alle geplande uit te voeren activiteiten?

Ja

Nee

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

Gemeente

GGD

Anders, namelijk:

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

Nee

Ja, op de bereikte resultaten (gezondheidswinst/ gedragsverandering)

Ja, op de mate waarin de doelgroep(en) zijn bereikt

Ja, op het nakomen van de afspraken (input)

Ja, anders namelijk:

20a. Heeft er een evaluatie plaatsgevonden van de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid?

Ja

Nee

20b. Zijn alle activiteiten uit de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid uitgevoerd? Zo niet, wat waren (is) daarvan de voornaamste oorza(a)k(en)? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja
 - Nee, er waren niet genoeg middelen beschikbaar
 - Nee, er was niet genoeg ambtelijke capaciteit
 - Nee, de gemeente heeft onvoldoende bevoegdheden
 - Nee, de uitvoerende partijen houden zich niet aan de afspraken
 - Nee, anders namelijk:
-

20c. Heeft er een (tussentijdse) evaluatie plaatsgevonden van de huidige nota lokaal gezondheidsbeleid?

Ja

Nee

➔ Ga door naar vraag 21

20d. 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)

- Nee
- Ja, de doelen zijn aangepast
- Ja, de doelgroepen zijn aangepast
- Ja, het financiële kader is aangepast
- Ja, anders namelijk:

21. **Voor het onderzoek naar de lokale nota's gezondheidsbeleid worden de nota's door de onderzoekers gescoord op kwaliteitscriteria (zie onderstaande lijst) die door de Inspectie voor de gezondheidszorg zijn vastgesteld. Welke kwaliteitscriteria vindt uw gemeente het belangrijkste en het minst belangrijk m.b.t. het totstandkomingsproces en de inhoud van de lokale nota gezondheidsbeleid?**
(Toelichting: wilt u de kwaliteitscriteria cijfers toekennen van 1 t/m 9 waarbij 1 staat voor meest belangrijk en 9 voor het minst belangrijk. Het is niet mogelijk om een cijfer meerdere malen te gebruiken.)

Tijdigheid: is de nota vastgesteld voor de door het rijk vastgestelde datum (2e nota, 2007)?

Wettelijke vereisten: geeft de gemeente permanent aandacht aan collectieve preventie door middel van het uitvoeren van bevorderingstaken? Bevat de nota een beschrijving van de volksgezondheid? Maken preventieprogramma's onderdeel uit van de nota? Worden de bevorderingstaken medisch- milieukundige zorg en technische hygiënezorg genoemd? Worden de uitvoeringstaken op het gebied van infectiebestrijding en jeugdgezondheidszorg beschreven in de nota?

Opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid: in hoeverre zijn geformuleerde doelen, doelgroepen, activiteiten e.d. consistent? In hoeverre heeft de gemeente zicht in de volksgezondheid van de inwoners? Worden problemen gesignaleerd en vertaald in prioriteiten en doelgroepen?

Aandacht voor implementatie van nota: zijn de activiteiten in de nota SMART gedefinieerd door bijvoorbeeld een activiteitenplan? Zijn de beleidsdoelen in meetbare termen geformuleerd? Is er een plan van aanpak? Sluit het plan aan bij de nota? Heeft iedere activiteit een budget?

Draagvlak voor ontwikkelde beleid/betrokkenheid beleidsontwikkeling: zijn de relevante partijen betrokken bij het opstellen van de nota? Bestaat er draagvlak voor het gezondheidsbeleid?

Landelijke prioriteiten in de nota: gaat de gemeente in de nota in op de landelijke prioriteiten op het gebied van collectieve preventie?

Facetbeleid: wordt het gezondheidsbeleid afgestemd met andere gemeentelijke beleidsterreinen?

Aandacht voor bestrijden sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV): wordt in de nota aandacht besteed aan het bestrijden van SEGV?

Aandacht voor preventie-curatie: is er onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg?

22. **In het kader van het onderzoek willen wij u vragen om uw nota gezondheidsbeleid inclusief eventuele activiteitenplan(nen) of plan(nen) van aanpak aan ons toe te sturen. Bij deze willen wij u vragen om onderstaand aan**

te geven welke documenten wij voor uw gemeente tegemoet kunnen zien.
(meerdere antwoorden mogelijk)

- Lokale nota gezondheidsbeleid
- Regionale nota gezondheidsbeleid
- Activiteitenplan(nen)/Plan(nen) van Aanpak

Aantal plannen:

- Andere aanvullende documenten, namelijk
-

23. Ruimte voor opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst.

Bijlage 3: verwijderde en toegevoegde kwaliteitscriteria in scoringslijst 2009

Verwijderd in scoringslijst 2009:

- Wordt in de nota aandacht besteed aan het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)? (artikel 2.2f)
 - Het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ;
 - Het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen;
 - Het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen
 - Het bieden van psychosociale hulp bij rampen
 - Het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ
- Wordt er in de nota aandacht besteed aan de afstemming JGZ — Jeugdzorg/jeugd GGZ/of anders? (was een open vraag).

Nieuw in scoringslijst 2009:

- Wat is de looptijd van het plan van aanpak?
- Is de nota van 2003-2007/8 geëvalueerd?
- Worden de effecten van de gezondheidsnota gemonitord?
- Is er een plan van aanpak voor het speerpunt diabetes?
- Is er een plan van aanpak voor het speerpunt overgewicht (bewegen en voeding)?
- Is er een plan van aanpak voor het speerpunt roken?
- Is er een plan van aanpak voor het speerpunt alcoholverslaving?
- Is er een plan van aanpak voor het speerpunt depressie?
- Is er opgetrokken met de nota Wmo?
 - gezamenlijke voorbereiding, aparte nota's
 - gezamenlijke voorbereiding, een nota
- Worden gezondheidsachterstanden en/of mensen met een lage SES genoemd in de nota?
- Worden gezondheidsachterstanden genoemd in de visie op gezondheid?
- Wordt het terugdringen van gezondheidsachterstanden genoemd in de doelstellingen en/of ambities?
- Worden inwoners met lage SES genoemd als specifieke doelgroep
- Is er specifieke aandacht voor de OGGZ doelgroep (mensen met meervoudige problematiek)?
- Is er een gezondheidprofiel op wijk- c.q. dorpsniveau?
- Zijn er uitvoeringpartners genoemd, zo ja welke:
- Wordt preventie-curatie genoemd in de nota?
- Wordt preventie-curatie genoemd in de visie op gezondheid?
- Wordt preventie-curatie genoemd in de doelstellingen en/of ambities?

- Worden bewoners die baat hebben bij betere samenhang tussen preventie-curatie genoemd als specifieke doelgroep?
- Zijn er samenwerkingspartners genoemd, zo ja welke:
- Wat is de aard van de samenwerking met deze partners? (informereren, raadplegen, adviseren, coproduceren of meebeslissen)
- Is er een plan van aanpak/convenant om samenwerking met uitvoeringspartners vorm te geven?

Bijlage 4: wettekst WPG

Wet van 9 oktober 2008, houdende bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid)

(Tekst geldend op: 11-10-2009)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het, ter implementatie van de herziene Internationale Gezondheidsregeling en om beter voorbereid te zijn op infectieziektecrises, wenselijk is voor de infectieziektebestrijding regels te stellen betreffende de organisatie ervan en de informatieverplichtingen en de bevoegdheden tot optreden uit te breiden; dat het wenselijk is om deze regels samen met de bestaande bepalingen onder te brengen in één wet opdat een samenhangend geheel ontstaat; dat daarom de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet kunnen worden ingetrokken en worden vervangen door een wet voor de publieke gezondheid; dat het daarnaast wenselijk is om in deze wet een bepaling op te nemen omtrent een verplichte digitale gegevensopslag bij de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Hoofdstuk I. Algemene bepalingen

Artikel 1

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. de Internationale Gezondheidsregeling: de Internationale Gezondheidsregeling met Bijlagen (Trb. 2007, 34);
- b. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- c. publieke gezondheidszorg: de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten;
- d. jeugdgezondheidszorg: de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen tot negentien jaar;
- da. ouderengezondheidszorg: de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen boven de vijfenzestig jaar.
- e. groep A: Nieuwe Influenza A (H1N1), pokken, polio, severe acute respiratory syndrome (SARS);
- f. groep B1: humane infectie veroorzaakt door een aviair influenzavirus, difterie, pest, rabies, tuberculose, virale hemorrhagische koorts;

- g. groep B2: buiktyfus (typhoid fever), cholera, hepatitis A, B en C, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, shigellose, shiga toxine producerende escherichia (STEC)/enterohemorragische escherichia coli-infectie, invasieve groep A streptokokkeninfectie, voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij twee of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron;
- h. groep C: de krachtens artikel 19 aangewezen infectieziekten;
- i. epidemie van een infectieziekte: een in korte tijd sterke toename van het aantal nieuwe patiënten lijdend aan een infectieziekte behorend tot groep A, B1, B2 of C;
- j. quarantaine: verblijf van een persoon die mogelijk besmet is met een infectieziekte behorend tot groep A in een door de burgemeester aangewezen gebouw, schip of in een aantal aangewezen ruimten daarbinnen, in verband met de bestrijding van de gevaren van die ziekte voor de volksgezondheid;
- k. medisch toezicht: medisch toezicht op een in quarantaine geplaatste persoon om te bezien of deze met een infectieziekte behorend tot groep A is geïnfecteerd en dientengevolge ziekteverschijnselen ontwikkelt;
- l. besmetting: de aanwezigheid van een vector, infectueus of giftig agens of infectueuze of giftige stof op of in een gebouw, goed of vervoermiddel, waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan;
- m. infectie: het binnendringen en de ontwikkeling of vermenigvuldiging van een infectueus agens in het lichaam van mensen, waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan;
- n. vector: een insect of ander dier dat normaliter een infectueus agens met zich meevoert waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan, dan wel een plant of substantie waarin een infectueus agens normaliter leeft waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan;
- o. lijk; een lijk in de zin van artikel 2, eerste lid, onder a, van de Wet op de lijkbezorging;
- p. haven: haven, inclusief de ankergebieden, ligplaatsen, kaden, steigers en, voor wat betreft zeehavens, aanvaarroutes vanuit zee, alsmede alle zich in de nabijheid daarvan bevindende bedrijven, opslagplaatsen en overige terreinen en gebouwen, die op grond van hun ligging, bestemming of gebruik moeten worden geacht daartoe te behoren;
- q. luchthaven: een terrein geheel of gedeeltelijk bestemd voor het opstijgen en het landen van luchtvaartuigen met inbegrip van:
 1. de daarmee verband houdende bewegingen van luchtvaartuigen op de grond,
 2. de afwikkeling van het in de aanhef en onder 1^o bedoelde luchtverkeer, of
 3. bedrijfsmatige activiteiten die samenhangen met de afwikkeling van het in de aanhef en onder 1^o bedoelde luchtverkeer;
- r. burgerexploitant: burgerexploitant als bedoeld in artikel 1.1, eerste lid, van de Wet luchtvaart;
- s. gebouw: elk bouwwerk dat een overdekte geheel of gedeeltelijk met wanden omsloten ruimte vormt, met uitzondering van bouwwerken ten behoeve van het belijden van godsdienst of levensovertuiging;
- t. vervoermiddel: luchtvaartuig, schip, trein of wegvoertuig;
- u. goed: tastbaar product, met inbegrip van planten en met uitzondering van dieren, vervoermiddelen en lijken in de zin van artikel 2, eerste lid, onder a, van de Wet op de

- lijkbezorging;
- v. waar: eetwaar, waaronder tevens begrepen een kauwpreparaat, drinkwaar alsmede een andere roerende zaak, voor zover gebruikt in de sfeer van de particuliere huishouding of van een krachtens de Warenwet daarmee gelijkgestelde andere huishouding;
 - w. vervoerexploitant: een natuurlijke of rechtspersoon die verantwoordelijk is voor een schip of luchtvaartuig dat een internationale reis maakt waarbij gebruik wordt gemaakt van een haven of luchthaven, of diens vertegenwoordiger;
 - x. laboratorium: een laboratorium waar van het menselijk lichaam afgescheiden of afgenomen stoffen worden onderzocht ten behoeve van de diagnostiek van infectieziekten;
 - y. samenwerkingsverband van registerloodsen: het voor de desbetreffende scheepvaartweg, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de Scheepvaartverkeerswet, aangewezen samenwerkingsverband van registerloodsen, waarin krachtens artikel 15, eerste lid, onderdeel b, onder 2, van de Loodsenwet, is voorzien;
 - z. burgerservicenummer: het burgerservicenummer, bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer;
 - aa. RIVM: het met de infectieziektebestrijding belaste onderdeel van het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet op het RIVM.

Hoofdstuk II. Taken publieke gezondheidszorg

§ 1. Algemeen

Artikel 2

1. Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.
2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking,
 - b. het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie,
 - c. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen,
 - d. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering,
 - e. het bevorderen van medisch milieukundige zorg,
 - f. het bevorderen van technische hygiënezorg,
 - g. het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid, en kunnen met het oog op de in het eerste lid bedoelde taak regels worden gesteld over de verstrekking van niet tot een persoon herleidbare gegevens aan het college van burgemeester en wethouders door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg en kan deze verstrekking verplicht worden gesteld. Voor zover het de gegevensverstrekking door personen en instellingen aan het college van burgemeester en wethouders betreft, bevat deze algemene maatregel van bestuur regels over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten.

Artikel 3

1. Onze Minister bevordert de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg en draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.
2. Onze Minister bevordert interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de publieke gezondheidszorg.

Artikel 4

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van niet tot een persoon herleidbare systematische informatie door het college van burgemeester en wethouders aan Onze Minister inzake de uitvoering van deze wet en kan deze verstrekking verplicht worden gesteld.

§ 2. Jeugdgezondheidszorg

Artikel 5

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

3. [Dit lid is nog niet in werking getreden.]
4. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

Artikel 5a [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg.
2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - b. het ramen van de behoeften aan zorg;
 - c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
 - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

§ 3. Infectieziektebestrijding

Artikel 6

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval behoort:
 - a. het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied,
 - b. het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing,
 - c. bron- en contactopsporing bij meldingen als bedoeld in de artikelen 21, 22, 25 en 26.
2. De burgemeester geeft leiding aan de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, alsook de directe voorbereiding daarop en draagt zorg voor de toepassing van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de taken, bedoeld in het eerste en tweede lid, nader worden uitgewerkt.

Artikel 7

1. In afwijking van artikel 6, tweede lid, geeft Onze Minister leiding aan de bestrijding van:
 - a. een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, of een directe dreiging daarvan,
 - b. een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep B1 of B2, indien de

burgemeester van een gemeente die het aangaat daartoe verzoekt.

2. Ter uitvoering van de taak, bedoeld in het eerste lid, kan Onze Minister de burgemeester opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen, waaronder begrepen het opdragen tot het toepassen van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V.
3. Onze Minister kan de burgemeester opdragen om, ter uitvoering van de aanbevelingen, bedoeld in de artikelen 15 en 16 van de Internationale Gezondheidsregeling, toepassing te geven aan de maatregelen, bedoeld in de artikelen 51, 54 en 55, alsook om de maatregelen, bedoeld in artikel 22a van de Wet op de lijkbezorging, toe te passen.
4. Voordat toepassing wordt gegeven aan het eerste of derde lid, voert Onze Minister een bestuurlijk afstemmingsoverleg waarbij in ieder geval Onze Minister van Verkeer en Waterstaat en de gemeente of gemeenten die het aangaat, wordt of worden betrokken.
5. Zodra toepassing wordt gegeven aan het eerste lid, informeert Onze Minister de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
6. Indien toepassing wordt gegeven aan het eerste of derde lid, verstrekt de burgemeester aan Onze Minister, indien deze daarom verzoekt, de gegevens die Onze Minister nodig heeft ter uitoefening van die taak.

Artikel 8

Ter uitvoering van artikel 6, eerste lid, past het college van burgemeester en wethouders de maatregelen toe die door Onze Minister worden opgedragen, indien het gaat om de voorbereiding op de bestrijding van:

- a. infectieziekten behorende tot groep A, of
- b. een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat.

Artikel 9

Onze Minister kan in overeenstemming met Onze Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties bepalen dat, in daarbij aangewezen gevallen, een andere burgemeester de taak, dan wel een bepaald deel van de taak, bedoeld in artikel 6, tweede lid, dient te vervullen.

Artikel 10

Onverminderd artikel 7, tweede en derde lid, kan Onze Minister een aanwijzing geven aan de burgemeester, indien deze niet of niet naar behoren maatregelen treft ter bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, terwijl er ernstig gevaar voor de volksgezondheid dreigt.

Artikel 11

1. Bij regeling van Onze Minister, in overeenstemming met Onze Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, kunnen regels worden gesteld over de verdeling van vaccins en therapeutische farmaproducten, indien er een beperkte

beschikbaarheid is van deze middelen en ten behoeve van de bestrijding van een infectieziekte behorend tot groep A prioriteiten moeten worden gesteld voor de verdeling ervan.

2. Onze Minister stelt de beide Kamers der Staten-Generaal onverwijld op de hoogte van de vastgestelde regeling.

Artikel 12

Onze Minister draagt ervoor zorg dat aan de informatieverplichtingen, voortvloeiende uit de Internationale Gezondheidsregeling, wordt voldaan.

Hoofdstuk III. Landelijke en gemeentelijke nota gezondheidsbeleid

Artikel 13

1. Onze Minister stelt elke vier jaar een nota landelijke prioriteiten en een landelijk programma vast op het gebied van de publieke gezondheidszorg.
2. De gemeenteraad stelt vóór 1 juli 2011 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 5 en 6 genoemde taken, alsmede aan de in artikel 16 genoemde verplichting.

Hoofdstuk IV. Gemeentelijke gezondheidsdiensten

Artikel 14

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken draagt het college van burgemeester en wethouders zorg voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst.
2. Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels, staat het college van burgemeester en wethouders vrij om de uitvoering van de taken of onderdelen van taken, bedoeld in artikel 5, tweede lid, onder a tot en met d, over te laten of mede over te laten aan een ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 15

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:
 - a. sociale geneeskunde,
 - b. epidemiologie,
 - c. sociale verpleegkunde,
 - d. gezondheidsbevordering, en
 - e. gedragswetenschappen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het opleidingsniveau of de deskundigheid waarover de deskundigen dienen te beschikken. Deze eisen kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

Artikel 16

Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Hoofdstuk V. Bijzondere bepalingen infectieziektebestrijding

§ 1. Algemeen

Artikel 17

Voor de toepassing van dit hoofdstuk wordt verstaan onder gemeentelijke gezondheidsdienst: een door de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst aangewezen arts in dienst van de gemeentelijke gezondheidsdienst die gespecialiseerd is in infectieziektebestrijding.

Artikel 18

Voordat de burgemeester een maatregel als bedoeld in de artikelen 31, 35, 38, 47, 53, 54 of 55 neemt of intrekt, vraagt deze om advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 19

Bij algemene maatregel van bestuur worden de infectieziekten behorende tot groep C aangewezen.

Artikel 20

1. Indien het belang van de volksgezondheid dat vordert en in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad, kan bij regeling van Onze Minister een infectieziekte, niet behorend tot groep A, B1, B2 of C, dan wel een ziektebeeld met een volgens de stand van de wetenschap onbekende oorzaak, waarbij een gegronnd vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid, worden aangemerkt als behorend tot groep A, B1 of B2.
2. Indien het belang van de volksgezondheid dat vordert, kan, in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad, bij regeling van Onze Minister een infectieziekte behorend tot groep B1 worden aangemerkt als behorend tot groep A, een infectieziekte behorend tot groep B2 worden aangemerkt als behorend tot groep A of B1, of een infectieziekte behorend tot groep C worden aangemerkt als behorend tot groep A, B1 of B2.
3. In de regeling, bedoeld in het eerste of tweede lid, wordt bepaald welke bepalingen van deze wet, die gelden voor de infectieziekten behorende tot de desbetreffende groep, in dat geval van toepassing zijn.
4. Na het tot stand komen van een krachtens het eerste of tweede lid vastgestelde regeling wordt binnen acht weken een voorstel van wet tot incorporatie van die regeling aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden. Indien het voorstel van wet wordt ingetrokken of door een der Kamers der Staten-Generaal wordt verworpen, wordt de regeling onverwijld ingetrokken.

5. Indien naar het oordeel van Onze Minister een onverwijldde voorziening noodzakelijk is, kan Onze Minister bepalen dat een op grond van het eerste of tweede lid vastgestelde regeling onmiddellijk na bekendmaking in werking treedt. In dat geval kan Onze Minister deze regeling, in afwijking van artikel 4, eerste lid, onder a, van de Bekendmakingswet, op andere dan de daar genoemde wijze bekend maken.

§ 2. Melding

Artikel 21

1. De arts die bij een door hem onderzocht persoon een ziektebeeld vaststelt met een volgens de stand van de wetenschap onbekende oorzaak, waarbij een geground vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid, meldt dit onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.
2. De arts die vaststelt dat een lijk is besmet met een infectueus of giftig agens of een infectueuze of giftige stof waardoor een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan ontstaan, meldt dit onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.
3. De arts die een voor zijn praktijk ongewoon aantal gevallen vaststelt van een infectieziekte, niet behorend tot groep A, B1, B2 of C, die een gevaar vormt voor de volksgezondheid, meldt dit binnen 24 uur aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 22

1. De arts die bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep A vermoedt of vaststelt, meldt dit onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.
2. De arts die bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep B1, B2 of C vaststelt, dan wel een vermoeden heeft dat deze persoon lijdt aan difterie, rabies of virale hemorrhagische koorts, meldt dit binnen 24 uur aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.
3. De arts die gegronde redenen heeft om bij een persoon een infectieziekte behorend tot groep B1 of B2 te vermoeden, meldt dit binnen 24 uur aan de gemeentelijke gezondheidsdienst, indien die persoon weigert het onderzoek te ondergaan dat noodzakelijk is ter vaststelling van die ziekte en daardoor ernstig gevaar voor de volksgezondheid door de verspreiding van die infectieziekte kan ontstaan.
4. Bij regeling van Onze Minister kan vrijstelling worden verleend van de meldingsplicht, bedoeld in het eerste, tweede en derde lid, met ingang van een daarbij te bepalen tijdstip en met inachtneming van daarbij te stellen voorwaarden.

Artikel 23

1. De arts doet de in de artikelen 21 en 22 bedoelde meldingen aan de gemeentelijke gezondheidsdienst van de gemeente waarin deze zijn praktijk heeft.
2. Indien de meldingen, bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, en 22, betrekking hebben op een persoon die zijn verblijfplaats heeft in een andere gemeente, geeft de gemeentelijke gezondheidsdienst deze melding onverwijld door aan de gemeentelijke gezondheidsdienst van de verblijfplaats van de betrokkene.

Artikel 24

1. De melding, bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, en 22, bevat de volgende gegevens:
 - a. de naam, het adres, het geslacht, de geboortedatum, het burgerservicenummer en de verblijfplaats van de betrokken persoon,
 - b. de infectieziekte dan wel een beschrijving van het ziektebeeld, de eerste ziektedag, de vaccinatietoestand, het gebruik van chemoprofylaxe, de vermoedelijke infectiebron, de datum van vermoeden of vaststelling van infectie, de wijze van vaststelling van die infectieziekte, en
 - c. indien nodig, of de betrokken persoon dan wel een persoon in zijn directe omgeving beroeps- of bedrijfsmatig betrokken is bij de behandeling van eet- of drinkwaren of bij de behandeling, verpleging of verzorging van andere personen.
2. De melding, bedoeld in artikel 21, tweede lid, bevat de volgende gegevens: de aard van het infectueus of giftig agens of de infectueuze of giftige stof en de plaats waar het lijk zich bevindt.
3. De melding, bedoeld in artikel 21, derde lid, bevat de volgende gegevens: de infectieziekte, het geslacht, de geboortedatum en de nationaliteit van de betrokken personen.
4. De arts verstrekt aan de gemeentelijke gezondheidsdienst uitsluitend andere medische gegevens over de betrokken persoon indien:
 - a. de burgemeester hierom verzoekt krachtens artikel 30, of
 - b. de betrokken persoon daarvoor toestemming geeft.
5. Voor de beveiliging van de gegevensverwerking bij de meldingen, bedoeld in de artikelen 21 en 22, worden bij regeling van Onze Minister regels gesteld.

Artikel 25

1. De arts die een onderzoek bij een laboratorium aanvraagt, stuurt de volgende gegevens mee: de naam, de geboortedatum en het burgerservicenummer van de betrokken persoon.
2. Onverminderd artikel 22 meldt het hoofd van het laboratorium de vaststelling van een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep A, B1, B2 of C aan de gemeentelijke gezondheidsdienst van de gemeente waarin de arts die het onderzoek bij het laboratorium heeft aangevraagd zijn praktijk heeft.
3. De melding bevat de volgende gegevens: de naam van de arts, de naam, de geboortedatum en het burgerservicenummer van de betrokken persoon.
4. Indien de melding betrekking heeft op een persoon die zijn verblijfplaats heeft in een andere gemeente, geeft de gemeentelijke gezondheidsdienst deze melding onverwijld door aan de gemeentelijke gezondheidsdienst van de verblijfplaats van de betrokkene.
5. Het hoofd van het laboratorium zorgt op verzoek van de gemeentelijke gezondheidsdienst ervoor dat nader onderzoek wordt gedaan naar de ziekteverwekker en dat de gemeentelijke gezondheidsdienst van het resultaat op de hoogte wordt gesteld.

6. Bij regeling van Onze Minister kunnen nadere regels worden gesteld omtrent de wijze waarop en de termijn waarbinnen de melding plaatsvindt.
7. Voor de beveiliging van de gegevensverwerking bij de aanvraag, bedoeld in het eerste lid, en de melding worden bij regeling van Onze Minister regels gesteld.

Artikel 26

1. Het hoofd van een instelling waar voor infectieziekten kwetsbare populaties verblijven of samenkomen voor een of meer dagdelen per etmaal, stelt de gemeentelijke gezondheidsdienst van de gemeente waarin de instelling gelegen is, op de hoogte van het optreden van een ongewoon aantal zieken met maag- en darmaandoeningen, geelzucht, huidaandoeningen of andere ernstige aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard in de desbetreffende populatie of bij het begeleidend of verzorgend personeel.
2. Bij regeling van Onze Minister kunnen nadere regels worden gesteld over de wijze waarop en de termijn waarbinnen de berichtgeving plaatsvindt.

Artikel 27

1. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft de ontvangst van een melding als bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, en 22, eerste lid, onverwijld door aan de burgemeester van de gemeente waarin de betrokken persoon zijn woon- of verblijfplaats heeft.
2. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft de ontvangst van een melding als bedoeld in artikel 21, tweede lid, onverwijld door aan de burgemeester van de gemeente waarin het lijk zich bevindt.
3. De gemeentelijke gezondheidsdienst deelt de ontvangst van een melding als bedoeld in artikel 21, derde lid, zo spoedig mogelijk mee aan de burgemeester van de gemeente waarin de arts zijn praktijk heeft.
4. De gemeentelijke gezondheidsdienst deelt de ontvangst van een melding als bedoeld in artikel 22, tweede en derde lid, zo spoedig mogelijk mee aan de burgemeester van de gemeente waarin de betrokken persoon zijn woon- of verblijfplaats heeft.
5. De gemeentelijke gezondheidsdienst deelt de ontvangst van een melding als bedoeld in artikel 26 binnen een redelijke termijn mee aan de burgemeester van de gemeente waarin de instelling is gelegen.
6. De gemeentelijke gezondheidsdienst verstrekt de burgemeester de gegevens, bedoeld in artikel 24, eerste, tweede en derde lid, die deze nodig heeft voor de uitoefening van de hem bij deze wet toegekende bevoegdheden.

Artikel 28

1. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft de ontvangst van een melding als bedoeld in de artikelen 21, eerste en tweede lid, en 22, eerste lid, onverwijld door aan het RIVM.
2. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft de ontvangst van een melding als bedoeld in de artikelen 21, derde lid, en 22, tweede en derde lid, binnen 24 uur door aan het RIVM.
3. De gemeentelijke gezondheidsdienst verstrekt bij een melding als bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, en 22 de volgende gegevens:

- a. de infectieziekte dan wel een beschrijving van het ziektebeeld, de eerste ziektedag, de vaccinatietoestand, het gebruik van chemoprofylaxe, eventuele ziekenhuisopname, de vermoedelijke infectiebron, zonodig met inbegrip van de daaruit voortkomende gevallen, de datum van vermoeden of vaststelling van infectie,
 - b. het geslacht, de geboortemaand en het geboortjaar van de betrokken persoon, alsmede de eerste drie cijfers van de postcode van diens adres, en
 - c. de uitslag van het nader onderzoek, bedoeld in artikel 25, vijfde lid.
4. De gemeentelijke gezondheidsdienst verstrekt bij een melding als bedoeld in artikel 21, tweede lid, de volgende gegevens: de aard van het infectueus of giftig agens of de infectueuze of giftige stof en de plaats waar het lijk zich bevindt.
 5. De gemeentelijke gezondheidsdienst verstrekt bij een melding als bedoeld in artikel 21, derde lid, de volgende gegevens: de infectieziekte, het geslacht, de geboortedatum en de nationaliteit van de betrokken personen, alsmede de woonplaats van de arts die de melding heeft gedaan.

Artikel 29

1. De gemeentelijke gezondheidsdienst neemt de persoonsgegevens, die ingevolge de artikelen 24, 25, en 30 zijn verkregen, op in een door hem gehouden registratie.
2. De gemeentelijke gezondheidsdienst bewaart deze gegevens ten hoogste vijf jaar.

§ 3. Maatregelen gericht op het individu

Artikel 30

Op verzoek van de burgemeester verstrekt de behandelend arts van een persoon die naar het oordeel van de burgemeester een gevaar oplevert voor de overbrenging van een infectieziekte behorend tot groep A, B1 of B2 aan de gemeentelijke gezondheidsdienst zo spoedig mogelijk de hem bekende nadere medische en epidemiologische gegevens die noodzakelijk zijn om de aard en de omvang van het gevaar van verspreiding van de infectieziekte vast te stellen.

Artikel 31

1. De burgemeester kan een persoon onverwijld ter isolatie in een ziekenhuis doen opnemen, indien:
 - a.
 - 1A hij gegronde redenen heeft om aan te nemen dat de betrokkene lijdt aan een infectieziekte behorend tot groep A,
 - 2A ten aanzien van de betrokkene de melding ingevolge artikel 22, derde lid, heeft plaatsgevonden, of
 - 3A de betrokkene lijdt aan een infectieziekte behorend tot groep A of B1,
 - b. ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat door verspreiding van die infectieziekte,

- c. dit gevaar niet op andere wijze effectief kan worden afgewend, en
 - d. de betrokkene niet tot opnemning ter isolatie bereid is.
2. De burgemeester kan een ter isolatie opgenomen persoon door een arts doen onderzoeken indien:
 - a. ten gevolge van de infectieziekte onmiddellijk gevaar dreigt voor de gezondheid van derden,
 - b. de aard en de omvang van dit gevaar niet op andere wijze dan door onderzoek kunnen worden vastgesteld,
 - c. de uitkomst van het onderzoek noodzakelijk is om dit gevaar effectief te kunnen afwenden, en
 - d. de betrokkene niet bereid is het onderzoek te ondergaan.
3. De burgemeester kan een ter isolatie opgenomen persoon door een arts in het lichaam doen onderzoeken indien aan de voorwaarden, bedoeld in het tweede lid, is voldaan en de rechter daartoe een machtiging heeft verleend.
4. Het onderzoek, bedoeld in het tweede en derde lid, omvat niet meer dan nodig is ter afwending van het gevaar voor derden.

Artikel 32

1. De burgemeester doet de beschikking tot opnemning ter isolatie aan de betrokkene uitreiken.
2. In de beschikking geeft de burgemeester aan in welk ziekenhuis, aangewezen op grond van artikel 34, de opnemning ter isolatie ten uitvoer wordt gelegd.
3. Na uitreiking van de beschikking voorziet de burgemeester in bijstand van de betrokkene door een raadsman, tenzij de betrokkene daartegen bedenkingen heeft.
4. Wanneer redelijkerwijs kan worden aangenomen dat het gevaar, bedoeld in artikel 31, eerste lid, onder b, is geweken of op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend, heft de burgemeester de opnemning ter isolatie onverwijld op.

Artikel 33

1. De burgemeester doet de beschikking tot het onderzoek, bedoeld in artikel 31, derde lid, aan de betrokkene uitreiken.
2. In zijn beschikking geeft de burgemeester aan waaruit het onderzoek bestaat, welke arts het onderzoek verricht en binnen welke termijn het onderzoek plaatsvindt.

Artikel 34

1. De opnemning ter isolatie wordt ten uitvoer gelegd in een gesloten afdeling van een door Onze Minister aangewezen ziekenhuis.
2. Het ziekenhuis neemt de betrokkene onverwijld op.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen eisen worden gesteld waaraan de opnemning ter isolatie en het onderzoek moeten voldoen.

4. De burgemeester is bevoegd tot het opleggen van een last onder bestuursdwang ter handhaving van het bepaalde in het eerste, tweede en derde lid, indien de omstandigheden onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maken.

Artikel 35

1. De burgemeester kan een persoon onverwijld doen onderwerpen aan de maatregel van quarantaine om de verspreiding van infectieziekten behorend tot groep A tegen te gaan, indien:
 - a. er redenen zijn om aan te nemen dat die persoon recentelijk een dusdanig contact met een lijder of een vermoedelijke lijder aan een infectieziekte behorend tot groep A heeft gehad, dat deze persoon mogelijk met dezelfde ziekte is geïnfecteerd,
 - b. ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat door verspreiding van die infectieziekte, en
 - c. die persoon niet tot vrijwillige onderwerping aan die maatregel bereid is.
2. De burgemeester kan toestaan dat de quarantaine onder zonedig te stellen voorwaarden plaatsvindt in de woning van de af te zonderen persoon.
3. Tijdens de quarantaine wordt medisch toezicht verricht. Het toezicht wordt verricht onder medische verantwoordelijkheid van een door de gemeentelijke gezondheidsdienst aangewezen geneeskundige.
4. De quarantaine en het medisch toezicht vinden plaats onder zodanige voorwaarden en omstandigheden en gedurende een zodanige periode als noodzakelijk is om het gevaar, bedoeld in het eerste lid, onder b, af te wenden. Zodra redelijkerwijs kan worden aangenomen dat dit gevaar is geweken of op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend, heft de burgemeester de maatregel onverwijld op.
5. Artikel 31, tweede en vierde lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 36

1. De burgemeester doet de beschikking tot onderwerping aan de maatregel van quarantaine aan de betrokkene uitreiken.
2. In de beschikking geeft de burgemeester aan:
 - a. hoe en waar de maatregel ten uitvoer wordt gelegd,
 - b. waarop bij het medisch toezicht in ieder geval wordt gelet, en
 - c. aan welke regels betrokkene zich heeft te houden.
3. Na uitreiking van de beschikking voorziet de burgemeester in bijstand van de betrokkene door een raadsman, tenzij de betrokkene daartegen bedenkingen heeft.

Artikel 37

De burgemeester draagt de tenuitvoerlegging van de maatregelen, bedoeld in de artikelen 31 en 35 op aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 38

1. De burgemeester kan een persoon die gevaar oplevert voor de verspreiding van een infectieziekte behorend tot groep A, B1 of B2 het verbod opleggen om beroeps- of bedrijfsmatig werkzaamheden te verrichten, die een ernstig risico inhouden voor de verspreiding van die infectieziekte.
2. Voordat de maatregel wordt genomen, hoort de burgemeester de werkgever van de betrokkene, tenzij betrokkene hiertegen bezwaar maakt.
3. De burgemeester heft de maatregel op als het gevaar is geweken of op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend.

§ 4. Rechterlijke toetsing maatregelen tot isolatie, medisch onderzoek en quarantaine

Artikel 39

1. De burgemeester stelt de officier van justitie terstond op de hoogte van de beschikking tot opnemning ter isolatie, bedoeld in artikel 31, eerste lid, van de beschikking tot het onderzoek, bedoeld in artikel 31, derde lid, en van de beschikking een persoon te onderwerpen aan de maatregel van quarantaine, bedoeld in artikel 35.
2. Zo spoedig mogelijk nadat de beschikking is gegeven, maar in elk geval niet later dan de volgende dag, zendt de burgemeester de officier van justitie een afschrift van de beschikking.
3. Ingeval van een beschikking tot opnemning ter isolatie als bedoeld in artikel 31, eerste lid, en van een beschikking tot het onderzoek als bedoeld in artikel 31, derde lid, is de rechtbank van de plaats waar het aangewezen ziekenhuis is gelegen bevoegd. Ingeval van een beschikking een persoon te onderwerpen aan de maatregel van quarantaine, bedoeld in artikel 35, is de rechtbank van de verblijfplaats van betrokkene bevoegd.

Artikel 40

1. Indien de officier van justitie van oordeel is dat aan de voorwaarden voor de opnemning ter isolatie, bedoeld in artikel 31, eerste lid, het onderzoek, bedoeld in artikel 31, derde lid, of de maatregel van quarantaine, bedoeld in artikel 35, is voldaan, doet hij uiterlijk op de dag na de datum van ontvangst van de beschikking een verzoek tot een machtiging tot voortzetting van de isolatie, de quarantaine of tot het onderzoek.
2. De officier van justitie deelt aan de betrokkene, de burgemeester en in voorkomend geval het ziekenhuis, schriftelijk mede dat hij het verzoek heeft gedaan of dat hij heeft besloten om geen verzoek te doen.
3. Het besluit geen verzoek te doen neemt de officier van justitie niet dan nadat hij het advies van de hoofdinspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid heeft ingewonnen.
4. Met het besluit geen verzoek te doen, vervalt de beschikking tot opnemning ter isolatie, bedoeld in artikel 31, eerste lid, de beschikking tot het onderzoek, bedoeld in artikel 31, derde lid, of de beschikking een persoon te onderwerpen aan de maatregel van quarantaine, bedoeld in artikel 35, van rechtswege.

Artikel 41

1. Voordat op het verzoek van de officier van justitie wordt besloten, hoort de rechter degene ten aanzien van wie de maatregel is gevorderd.
2. De rechter hoort de betrokkene op zijn verblijfplaats.
3. De rechter kan zich laten voorlichten, getuigen en deskundigen oproepen en onderzoek door deskundigen bevelen.
4. De rechter stelt de raadsman in de gelegenheid zijn zienswijze kenbaar te maken.
5. De rechter beslist binnen drie dagen, te rekenen vanaf de dag na die van het instellen van de vordering.
6. Tegen de beschikking staat geen voorziening open.

Artikel 42

1. De ter isolatie opgenomen persoon of de in quarantaine geplaatste persoon kan de rechter verzoeken de maatregel op te heffen.
2. Artikel 41, tweede tot en met vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing.
3. De rechter kan het verzoek zonder toepassing van artikel 41 afwijzen, indien geen nieuwe feiten of omstandigheden worden aangevoerd.

Artikel 43

1. Degene ten aanzien van wie een beschikking tot opneming ter isolatie als bedoeld in artikel 31, eerste lid, tot onderzoek als bedoeld in artikel 31, tweede of derde lid, of tot onderwerping aan een maatregel van quarantaine als bedoeld in artikel 35 is genomen, kan de rechter bij een zelfstandig verzoek bij een verweerschrift als bedoeld in artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, of bij een desbetreffend verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van de betrokkene, dan wel, indien de officier van justitie geen verzoek als bedoeld in artikel 40, eerste lid, doet, bij een afzonderlijk verzoekschrift, verzoeken een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding toe te kennen op de grond dat de beschikking van de burgemeester onrechtmatig was.
2. Indien het verzoek wordt ingediend bij verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van betrokkene is artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van overeenkomstige toepassing.

Artikel 44

1. Indien degene ten aanzien van wie een beschikking is genomen tot opneming ter isolatie als bedoeld in artikel 31, eerste lid, tot onderzoek als bedoeld in artikel 31, tweede of derde lid, of tot onderwerping aan een maatregel van quarantaine als bedoeld in artikel 35, nadeel heeft geleden doordat de rechter of de officier van justitie een van de bepalingen uit deze paragraaf niet in acht heeft genomen, kent de rechter deze op diens verzoek een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding toe ten laste van de Staat.
2. Het verzoek kan worden ingediend als een zelfstandig verzoek bij het verweerschrift als bedoeld in artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, of bij

een desbetreffend verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van betrokkene, dan wel bij een afzonderlijk verzoekschrift, binnen drie maanden te rekenen vanaf de dag waarop betrokkene redelijkerwijs bekend kon zijn met de schending van het voorschrift waarop zijn verzoek betrekking heeft.

3. Indien het verzoek wordt ingediend bij verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van betrokkene is artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van overeenkomstige toepassing.

Artikel 45

De Algemene termijnenwet is van toepassing op de termijnen gesteld in de artikelen 39, tweede lid, 40, eerste lid, en 41, vijfde lid.

Artikel 46

Ingeval een verzoekschrift als bedoeld in artikel 42, eerste lid, of artikel 43, eerste lid, wordt ingediend, dan wel een van de daartoe bevoegde personen beroep instelt, behoeft de indiening van het verzoekschrift niet bij procureur te geschieden.

§ 5. Maatregelen gericht op gebouwen, goederen en vervoermiddelen

Artikel 47

1. Indien er een gegrond vermoeden bestaat van een besmetting kan de burgemeester gebouwen, vervoermiddelen, goederen en waren controleren op de aanwezigheid van een besmetting, zonodig door het nemen van monsters.
2. In het geval van een besmetting kan de burgemeester:
 - a. voorschriften van technisch-hygiënische aard geven,
 - b. gebouwen, vervoermiddelen of goederen ontsmetten, met inbegrip van de vernietiging van vectoren.
3. In het geval van een besmetting waarbij ernstig gevaar dreigt voor de volksgezondheid, kan de burgemeester:
 - a. gebouwen of terreinen dan wel gedeelten daarvan sluiten,
 - b. een verbod uitvaardigen tot het gebruik maken of betreden van vervoermiddelen,
 - c. waren vernietigen.
4. De burgemeester heft de maatregel op als het gevaar is geweken.

§ 6. Havens en luchthavens

Artikel 48

1. Bij regeling van Onze Minister worden de havens en luchthavens aangewezen waarop de eisen van deze paragraaf van toepassing zijn. De havens of luchthavens kunnen per categorie worden aangewezen voor toepassing van artikel 49.
2. Een burgerhaven of burgerluchthaven wordt aangewezen in overeenstemming met Onze

Minister van Verkeer en Waterstaat.

3. Een militaire haven of militaire luchthaven wordt aangewezen in overeenstemming met Onze Minister van Defensie.

Artikel 49

1. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald over welke voorzieningen, bedoeld in artikel 20, eerste lid, en bijlage 1 van de Internationale Gezondheidsregeling, de havens of luchthavens beschikken, alsmede aan welke eisen deze voorzieningen voldoen. Deze voorzieningen en eisen kunnen per categorie haven of luchthaven verschillen.
2. Voor zover het een burgerhaven of burgerluchthaven betreft draagt de exploitant daarvan zorg voor de naleving van het krachtens het eerste lid bepaalde.
3. Voor zover het betreft burgerluchtverkeer op een militaire luchthaven met burgermedegebruik door tussenkomst van een burgerexploitant, draagt de burgerexploitant zorg voor de naleving van het krachtens het eerste lid bepaalde.

Artikel 50

1. De gezagvoerder van een schip dat een internationale reis maakt, die een haven wil aandoen en wetenschap heeft of een ernstig vermoeden heeft dat er aan boord van zijn schip één of meer ziektegevallen zijn die wijzen op een ziekte van infectueuze aard die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan opleveren, zorgt ervoor dat de verkeersleiding van de haven en de aan boord komende loods hiervan zo spoedig mogelijk doch voor aankomst op de hoogte worden gesteld.
2. De gezagvoerder van een luchtvaartuig dat een internationale reis maakt, die een luchthaven wil aandoen en wetenschap heeft of een ernstig vermoeden heeft dat er aan boord van zijn luchtvaartuig één of meer ziektegevallen zijn die wijzen op een ziekte van infectueuze aard die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan opleveren, zorgt ervoor dat de luchtverkeersleiding van de luchthaven hiervan zo spoedig mogelijk doch voor aankomst op de hoogte wordt gesteld.
3. De verkeersleiding van de burgerhaven geeft een melding onverwijld door aan Onze Minister van Verkeer en Waterstaat, het samenwerkingsverband van registerloodsen en de exploitant van de burgerhaven. De luchtverkeersleiding van de burgerluchthaven geeft een melding onverwijld door aan Onze Minister van Verkeer en Waterstaat en de exploitant van de burgerluchthaven.
4. De exploitant van de burgerhaven of burgerluchthaven geeft een melding onverwijld door aan de gemeentelijke gezondheidsdienst. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft een melding onverwijld door aan de burgemeester en het RIVM.
5. De verkeersleiding van de militaire haven of de luchtverkeersleiding van de militaire luchthaven geeft een melding onverwijld door aan de gemeentelijke gezondheidsdienst en het RIVM. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft een melding onverwijld door aan de burgemeester.

Artikel 51

1. Onverminderd artikel 50 verstrekt de gezagvoerder van een schip dat een internationale reis maakt op verzoek van de burgemeester bij aankomst in de burgerhaven de maritieme gezondheidsverklaring, bedoeld in artikel 37 van de Internationale Gezondheidsregeling.

2. Onverminderd artikel 50 verstrekt de gezagvoerder van een luchtvaartuig dat een internationale reis maakt op verzoek van de burgemeester bij aankomst in de burgerluchthaven, dan wel in het voor burgerluchtverkeer bestemde gedeelte van een militaire luchthaven met burgermedegebruik, het gezondheids gedeelte van de algemene verklaring voor luchtvaartuigen, bedoeld in artikel 38 van de Internationale Gezondheidsregeling.
3. Indien de gezondheidsverklaring, bedoeld in het eerste of tweede lid, daartoe naar het oordeel van de burgemeester aanleiding geeft, verstrekt de gezagvoerder op verzoek van de burgemeester aanvullende gegevens over de gezondheidstoestand aan boord.

Artikel 52

In geval van een melding als bedoeld in artikel 50 of indien anderszins blijkt van omstandigheden aan boord van een schip of luchtvaartuig dat een internationale reis maakt, die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kunnen meebrengen, kan Onze Minister van Verkeer en Waterstaat, na overleg met Onze Minister, bepalen in welke burgerhaven of burgerluchthaven het schip of luchtvaartuig aankomt, alsook, na overleg met het samenwerkingsverband van registerloodsen, hoe de loodsdienstverlening aan het schip plaatsvindt.

Artikel 53

1. In geval van een melding als bedoeld in artikel 50 of indien anderszins blijkt van omstandigheden aan boord van een schip of luchtvaartuig dat een internationale reis maakt, die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kunnen meebrengen, bepaalt de burgemeester welke maatregelen met betrekking tot de toelating tot of de onttrekking aan het vrije verkeer moeten worden genomen als het schip of luchtvaartuig in de burgerhaven of burgerluchthaven, dan wel in het voor burgerluchtverkeer bestemde gedeelte van een militaire luchthaven met burgermedegebruik, is aangekomen.
2. In geval van een directe dreiging van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, kan de burgemeester ten aanzien van een schip of luchtvaartuig dat een internationale reis maakt, bepalen welke maatregelen met betrekking tot de toelating tot of de onttrekking aan het vrije verkeer moeten worden genomen als het schip of luchtvaartuig in de burgerhaven of burgerluchthaven, dan wel in het voor burgerluchtverkeer bestemde gedeelte van een militaire luchthaven met burgermedegebruik, is aangekomen.
3. In de situatie, bedoeld in het eerste en tweede lid, draagt de gezagvoerder van het schip of luchtvaartuig ervoor zorg dat:
 - a. na aankomst niemand het schip of luchtvaartuig betreedt of verlaat en er geen vervoermiddelen of goederen worden geladen of gelost, tenzij de burgemeester daartoe opdracht of toestemming geeft, en
 - b. op verzoek van de burgemeester een overzicht wordt gegeven van de volgende gegevens van de passagiers, voor zover deze gegevens bekend zijn bij de gezagvoerder: naam, adres, geslacht, leeftijd en bestemming.

4. De burgemeester past de maatregelen niet langer toe dan nodig is om het onderzoek uit te voeren om de ernst van het gevaar vast te stellen.

Artikel 54

De burgemeester kan de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven dan wel de burgerexploitant opdragen om:

- a. voorlichting aan reizigers te geven over het nemen van maatregelen ter voorkoming van een infectie of van een besmetting van de bagage,
- b. medewerking te verlenen aan door de burgemeester te nemen maatregelen van onderzoek van vertrekkende of aankomende reizigers naar de aanwezigheid van een ziekte van infectueuze aard die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan opleveren,
- c. ter voorkoming van een besmetting voorschriften van technisch-hygiënische aard uit te voeren, indien er een gegronde risico is op een besmetting,
- d. ter bestrijding van een besmetting gebouwen of terreinen dan wel gedeelten daarvan te sluiten.

Artikel 55

De burgemeester kan de vervoersexploitant opdragen om:

- a. voorlichting aan passagiers te geven over het nemen van maatregelen ter voorkoming van een infectie of van een besmetting van de bagage,
- b. ter voorkoming van een besmetting maatregelen van technisch-hygiënische aard uit te voeren voor een schip of luchtvaartuig en de hierin aanwezige goederen, indien er een gegronde risico is op een besmetting,
- c. een schip of luchtvaartuig en de hierin aanwezige goederen te controleren op de aanwezigheid van een besmetting,
- d. ter bestrijding van een besmetting een schip of luchtvaartuig en de hierin aanwezige goederen te ontsmetten, met inbegrip van de vernietiging van vectoren.

Artikel 56

De burgemeester is bevoegd tot het opleggen van een last onder bestuursdwang ter handhaving van hetgeen op grond van de artikelen 53, eerste en tweede lid, 54 en 55 is opgedragen, indien de omstandigheden onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maken.

Artikel 57

1. Een certificaat van sanitaire controle van schepen of een certificaat tot vrijstelling van sanitaire controle van schepen als bedoeld in artikel 39 van de Internationale Gezondheidsregeling, wordt op verzoek van de gezagvoerder door de burgemeester afgegeven indien het schip vrij is van besmetting.

2. De certificaten worden opgesteld volgens het in bijlage 3 van de Internationale Gezondheidsregeling opgenomen model.
3. Bij regeling van Onze Minister worden nadere regels gesteld over de afgifte van de certificaten.
4. Bij regeling van Onze Minister worden de havens aangewezen waarvoor de burgemeester bevoegd is tot afgifte van de certificaten.

§ 7. Certificaten van inenting

Artikel 58

1. De inenting van personen of de toediening van profylaxe aan personen ter verkrijging van een internationaal geldig certificaat als bedoeld in artikel 36 van de Internationale Gezondheidsregeling, geschiedt onder bij regeling van Onze Minister vast te stellen voorwaarden.
2. De certificaten worden opgesteld volgens het in bijlage 6 van de Internationale Gezondheidsregeling opgenomen model.
3. Bij regeling van Onze Minister worden de organisaties of personen aangewezen waar inenting tegen gele koorts mogen worden verschaft.

Hoofdstuk VI. Financiële bepalingen

Artikel 59

1. Indien de gemeenteraad een bijdrage heft voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van de publieke gezondheidszorg, draagt het college van burgemeester en wethouders ervoor zorg dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden.
2. Geen bijdrage wordt geheven voor de bij of krachtens de artikelen 5 en 6 opgedragen taken, behoudens in gevallen bij algemene maatregel van bestuur aangewezen.

Artikel 60

1. De gemeente draagt de kosten van de maatregelen die krachtens hoofdstuk V van deze wet worden genomen. Ook draagt de gemeente de kosten van door haar toegekende tegemoetkomingen aan hen, die inkomsten derven door de maatregelen, bedoeld in de artikelen 31, 35, 38 en 47.
2. In afwijking van de eerste volzin van het eerste lid draagt het Rijk de kosten van de maatregel, bedoeld in artikel 31, indien deze wordt toegepast bij een persoon lijdend aan tuberculose.
3. In afwijking van het eerste lid draagt:
 - a. de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven en de burgerexploitant de kosten van de maatregelen die door de burgemeester krachtens artikel 54 zijn opgedragen,
 - b. de vervoersexploitant de kosten van de maatregelen die door de burgemeester krachtens artikel 55 zijn opgedragen.

4. De in artikel 47, derde lid, onder c, bedoelde waren worden voor vernietiging door de burgemeester gewaardeerd. Het college van burgemeester en wethouders keert aan de eigenaar als schadeloosstelling het bedrag uit waarop de goederen zijn gewaardeerd.
5. Het college van burgemeester en wethouders is bevoegd de kosten verbonden aan de maatregelen, bedoeld in de artikelen 31, 35, 38 en 47, te verhalen op de persoon ten aanzien van wie een maatregel is getroffen, indien die persoon niet tot vrijwillige medewerking bereid is geweest. De artikelen 5.25 en 5.26 van de Algemene wet bestuursrecht zijn van overeenkomstige toepassing.
6. Onze Minister kan aan de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven, de burgerexploitant of de vervoerexploitant een naar billijkheid te bepalen vergoeding toekennen terzake van buitengewone kosten die door de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven, de burgerexploitant of de vervoerexploitant worden gemaakt vanwege de naleving van de maatregelen die krachtens de artikelen 54 of 55 in samenhang met artikel 7, derde lid, zijn opgedragen.

Artikel 61

De kosten verband houdende met het voorzieningenniveau, bedoeld in artikel 49, eerste lid, komen, voor zover het een burgerhaven of burgerluchthaven betreft, ten laste van de exploitant.

Artikel 62

1. Indien Onze Minister op grond van artikel 7, tweede of derde lid, de burgemeester opdraagt maatregelen te treffen, kan ten behoeve van de bekostiging daarvan een beroep worden gedaan op het Rijk, met uitzondering van de bekostiging van de maatregelen die dienen te worden getroffen in de situatie dat Onze Minister gevolg geeft aan artikel 7, eerste lid, onder b.
2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over het bepaalde in het eerste lid.

Artikel 63

1. De kosten ter verkrijging van een certificaat als bedoeld in artikel 57, eerste lid, komen ten laste van de gezagvoerder van het desbetreffende schip.
2. Behoudens in bij regeling van Onze Minister te bepalen gevallen komen de kosten van inenting van personen of de toediening van profylaxe aan personen ter verkrijging van een certificaat als bedoeld in artikel 58, eerste lid, ten laste van de belanghebbende.
3. Bij regeling van Onze Minister worden de tarieven vastgesteld voor het verkrijgen van de certificaten, bedoeld in de artikelen 57, eerste lid, en 58, eerste lid.

Hoofdstuk VII. Handhaving

§ 1. Toezicht

Artikel 64

Met het toezicht op de naleving van het bij of krachtens deze wet bepaalde zijn belast de

ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

Artikel 65

In het geval van een besmetting of infectie of bij een gegrond vermoeden daarvan, zijn binnen hun ambtsgebied de burgemeester, de daartoe door de burgemeester aangewezen ambtenaren van de gemeentelijke gezondheidsdienst en de daartoe aangewezen ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid bevoegd, desgevraagd na het tonen van een legitimatiebewijs, elke plaats te betreden of te verlaten, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van hun taak op grond van deze wet nodig is. Zonodig verschaffen zij zich toegang met behulp van de sterke arm.

§ 2. Strafbepalingen

Artikel 66

1. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft de arts die handelt in strijd met de artikelen 21, eerste, tweede of derde lid, 22, eerste, tweede of derde lid, 24, vierde lid, of 30.
2. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft het hoofd van een laboratorium dat handelt in strijd met artikel 25, tweede of vijfde lid.
3. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft het hoofd van een instelling die handelt in strijd met artikel 26, eerste lid.
4. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft de gezagvoerder die handelt in strijd met artikel 50, eerste of tweede lid, of die weigert te voldoen aan een verzoek als bedoeld in de artikelen 51 en 53, derde lid, onder b.
5. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven die handelt in strijd met artikel 50, vierde lid.
6. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft degene die handelt in strijd met het bepaalde bij of krachtens artikel 58, eerste en derde lid.
7. De in het eerste tot en met zesde lid strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.

Artikel 67

1. Met een hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft degene die zich onttrekt aan de krachtens de in de artikelen 38, eerste lid, of 47, tweede of derde lid, onder a of b, ten aanzien van hem genomen maatregelen, dan wel de in artikel 47, derde lid, onder c, bedoelde waren onttrekt aan een krachtens dat lid genomen maatregel.
2. Met hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft het onbevoegd betreden van een voor isolatie of quarantaine aangewezen locatie.
3. Met een hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven die handelt in strijd met artikel 49, tweede lid, of met een krachtens artikel 54 gegeven opdracht.

4. Met een hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft de burgerexploitant die handelt in strijd met artikel 49, derde lid, of met een krachtens artikel 54 gegeven opdracht.
5. Met een hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft de vervoerexploitant die handelt in strijd met een krachtens artikel 55 gegeven opdracht.
6. De in het eerste tot en met vijfde lid strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.

Artikel 68

1. Met een gevangenisstraf van ten hoogste vier jaar of geldboete van de vijfde categorie wordt gestraft degene die handelt in strijd met opdrachten die krachtens artikel 53, eerste of tweede lid, zijn gegeven.
2. Met een gevangenisstraf van ten hoogste vier jaar of geldboete van de vijfde categorie wordt gestraft de gezagvoerder die handelt in strijd met artikel 53, derde lid, onder a.
3. Met een gevangenisstraf van ten hoogste vier jaar of geldboete van de vijfde categorie wordt gestraft degene die zich onttrekt aan een op grond van de artikelen 31 of 35 ten aanzien van hem genomen maatregel.
4. De in het eerste, tweede en derde lid strafbaar gestelde feiten zijn misdrijven.

Hoofdstuk VIII. Overige bepalingen

Artikel 69

[Wijzigt de Algemene wet bestuursrecht.]

Artikel 70

[Wijzigt de Waterleidingwet.]

Artikel 71

[Wijzigt de Wet hygiëne en veiligheid badinrichtingen en zwemgelegenheden.]

Artikel 72

[Wijzigt de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg.]

Artikel 73

[Wijzigt de Wet op de lijkbezorging.]

Artikel 74

De Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet worden ingetrokken.

Artikel 75

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 76

Deze wet wordt aangehaald als: Wet publieke gezondheid.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te

's-Gravenhage, 9 oktober 2008

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, A. Klink

Uitgegeven de achttiende november 2008

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin