

Nijmegen, 5 juli 1995

Geachte dames en heren,

Hierbij treft u de visie van de gemeenteraadsfractie van de Partij van de Arbeid op het Nijmeegse volksgezondheidsbeleid aan.

Wij hopen dat u met interesse van onze ideeën kennis zult nemen, en nodigen u van harte uit op de nota te reageren.

Wij hebben het voornemen na de zomer een brede discussiebijeenkomst te organiseren over dit onderwerp. Wij zullen u daar ter zijner tijd graag voor uitnodigen.

Met vriendelijke groet,



Vera van den Anker,
gemeenteraadslid

**GEZONDHEID IS VOOR
IEDEREEN**

**PvdA-visie op het volksgezondheidsbeleid van
de gemeente Nijmegen**

'Gezondheid is voor iedereen'

Inhoud	pagina
Hoofdstuk 1 <i>Waarom moet de lokale overheid zich actiever opstellen?</i>	1
① <i>Decentralisatie op volksgezondheid- en welzijnsterein</i>	1
② <i>Collectieve voorzieningen</i>	1
③ <i>Intensivering thuiszorg</i>	2
④ <i>Intensievere samenwerking</i>	2
Hoofdstuk 2 <i>Wat wil de PvdA? Wat moet gebeuren?</i>	3
① <i>Beleids-uitgangspunten</i>	3
② <i>Bestuurlijke maatregelen</i>	3
Hoofdstuk 3 <i>Beleidsuitgangspunten (toelichting)</i>	4
① <i>Doelgroepen</i>	4
② <i>Volksgezondheid als facetbeleid</i>	5
③ <i>Patiënt-centrale aanpak: Regiefunctie Gemeente</i>	7
Hoofdstuk 4 <i>Nijmegen: Gezonde stad?</i>	8
Hoofdstuk 5 <i>Samenvatting: PvdA standpunt</i>	10
Bijlage I:	
Hoofdstuk 6 <i>Samenwerking tussen instellingen</i>	11
Bijlage II:	
Hoofdstuk 7 <i>Literatuur</i>	14

Juni 1995

Vera van den Anker
Lucas van der Hoeven

Deze notitie is uitgegeven door de PvdA gemeenteraadsfractie Nijmegen. Meerdere exemplaren zijn te verkrijgen via het fractiesecretariaat, kamer 21, Stadhuis Nijmegen, telefoon 080-292367.

Gezondheid is voor iedereen

ZORG - INTEGRATIE: NOODZAAK !

Gezondheid vinden Nederlanders een van de belangrijkste zaken in hun leven. Voor de maatschappij is het van belang dat de gezondheidstoestand van de burgers zo optimaal mogelijk is. Voor hen die kampen met gezondheidsproblemen is goede, toegankelijke en betaalbare zorg een vereiste. Idealiter wordt dergelijke zorg gekenmerkt door kwaliteit, effectiviteit en geleverd tegen de laagste kosten.

1. Waarom moet de lokale overheid zich actiever opstellen?

Lokale overheden zullen zich in de toekomst om uiteenlopende redenen actiever moeten opstellen als het gaat om de gezondheidszorg:

① *Decentralisatie op volksgezondheid- en welzijnsterrein*

Volksgezondheid: de afgelopen eeuw regelden de nationale overheid en allerlei verzuilde en particuliere (koepel-)organisaties vrijwel de gehele zorg. De gemeentelijke overheid vervulde traditioneel een beperkte rol in de gezondheidszorg via de GGD (Gemeentelijke Gezondheidszorg Dienst). Haar bemoeienis beperkte zich grotendeels tot het voorkomen of beperken van infectieuzen ziekten zoals onder meer TB, seksueel overdraagbare aandoeningen, tropische ziekten en inenting. De laatste decennia richt het GGD-beleid zich mede op het voorkomen van ziekte (GVO-beleid). De laatste jaren verandert het nationale consensus-beleid vanwege de de-centralisatie en de toenemende concurrentie tussen zorgverzekeraars en -instellingen. De afgelopen jaren heeft de gemeente al enige rijkstaken overgenomen, zoals bijvoorbeeld op het gebied van de verslavingszorg, maatschappelijke opvang en gehandicaptenbeleid. Dat takenpakket zal waarschijnlijk nog in omvang toenemen omdat er nog meer ingrijpende veranderingen op het gebied van de volksgezondheid zijn te verwachten, als gevolg van de Dekker-, Simons- en Borstplannen: zoals de herstructurering en fusies van zorgverzekeraars, de integratie van particuliere en ziekenfondsverzekeringen, budgettering van specialisten en zorginstellingen, opkomst van privé-klinieken en commerciële thuiszorg.

Welzijnszorg: de gemeentelijke overheid heeft traditioneel veel bemoeienis met deze sector. De instellingen leveren een breed pakket van goederen en diensten op het welzijnsgebied. Zij ontplooiën activiteiten die nauw zouden kunnen aansluiten op die van de volksgezondheidssector, bijvoorbeeld de zorg/het welzijn van ouderen, chronisch zieken en in 'oude wijken'.

② *Collectieve voorzieningen:* - waaronder volksgezondheid - dreigen steeds meer slechts gedeeltelijk een basisvoorziening te worden. In toenemende mate zullen burgers zich extra moeten bijverzekeren, als zij de omvang van het traditionele ziekenfondspakket willen handhaven. De betaalbaarheid van de zorg voor sociaal-economisch kwetsbare groepen in de samenleving komt steeds meer in het geding. Daardoor zullen gemeenten steeds meer als vangnet te fungeren voor burgers die in de knel raken door meer marktwerking en eigen risico's in de gezondheidszorg.

③ *Intensivering thuiszorg*

Sinds de Tweede Wereldoorlog heeft de sociale, economische en medische ontwikkeling bijgedragen aan ingrijpende veranderingen in de samenleving. Dat heeft geleid tot een dramatische verandering in de bevolkingsopbouw. Deze demografische veranderingen bestaan uit ontgroening en (dubbele) vergrijzing. Het aantal jongeren onder de twintig jaar is sterk gedaald (meer dan 1 1/2 miljoen minder dan 20 jaar geleden) en omvat nog slechts 24 % van de bevolking. Tegelijkertijd neemt het aandeel van het aantal ouderen (1995: 13%) van de bevolking toe: 17% in 2010 en omstreeks 25% in 2035. Er is sprake van een onevenwichtige bevolkingsopbouw. Met die toename van de gemiddelde leeftijd, stijgt ook het aantal in ongezondheid doorgebrachte levensjaren toe. Vooral in de laatste levensfase worden veel mensen afhankelijk van zorg. De genoemde 13 % ouderen leggen nu reeds beslag op 46% van de zorg.

Er dreigt op termijn een tekort te ontstaan aan hulpverleners, als gevolg van de ontgroening, terwijl het aantal hulpbehoevenden zal blijven stijgen. De opvang en begeleiding in het kader van de thuiszorg zal daarom sterk moeten worden geïntensifieerd om ook in de toekomst in voldoende zorg te voorzien. De stijging van het aandeel ouderen vergt een andere opzet van de zorg, indien toegankelijkheid en solidariteit uitgangspunten van beleid blijven.

④ *Intensievere samenwerking*

Binnen de gezondheidszorg en welzijnssector zijn zeer veel organisaties actief. Om er enige te noemen: de landelijke, provinciale en gemeentelijke overheden op het gebied van regel- en wetgeving, prijsbeleid en planning. De overheid plant en subsidieert onder meer tallose zorg- en welzijnsinstellingen. In deze sector wordt momenteel 60 miljard per jaar (9,6% van het BNP) uitgegeven. Economisch gezien is het daarmee een van de belangrijkste sectoren in de samenleving, waarin meer dan 500.000 mensen werken als hulpverlener. Daarnaast spelen de zorgverzekeraars en allerlei adviesorganisaties een belangrijke rol in de sturing en financiering van de zorg. De vele patiëntenverenigingen vertegenwoordigen de belangen van de ontvangers van zorg. De zorgsector is zeer complex en weinig inzichtelijk, waardoor van ondoelmatigheid nogal eens sprake is. Het grote aantal en de (relatieve) verschillen tussen de vele typen zorg- en welzijnsinstellingen maakt dat patiënten veelal hun keuze voor op henzelf afgestemde zorg niet (meer) kunnen maken. Bovendien stelt elke instelling haar eigen regels waaronder zorg wordt verleend. De gehanteerde procedures zijn vaak omslachtig en nodeloos tijdrovend. De betaalbaarheid van de zorg voor sociaal-economisch kwetsbare groepen in de samenleving komt steeds meer in het geding. Daarnaast is de dienstverlening onvoldoende afgestemd op de hulpvraag. Zo moeten hulpvragende ouderen vaak verschillende malen een intake ondergaan, alvorens zij van een bepaalde zorgvoorziening gebruik kunnen maken. Ook andere groeperingen in de samenleving, zoals mensen met geringe scholing, allochtonen en psychiatrische patiënten ervaren de gezondheids- en welzijnszorg als ondoorzichtig.

De huidige hulpverlenings-structuur kenmerkt zich door overlap, verspilling en onvoldoende afstemming. Veel instellingen zijn moeilijk tot samenwerking te bewegen vanwege hun eigen autonomie en verschillen in financiering. Als de zorg betaalbaar en beschikbaar moet blijven, is samenwerking onontkoombaar. De gemeente zou verschillende partijen (verzekeraars, instellingen, hulpverleners en patiënten organisaties) moeten overtuigen om intensiever samen te gaan werken. Voorbeelden van intensievere samenwerking vanuit de gemeente met andere partijen zijn: indicatiestelling van

ouderen, reorganisatie psychiatrische hulpverlening en gehandicapten-beleid (zie voorbeelden hieronder: hoofdstuk 6, p. 11- 13).

Overigens zou de rijksoverheid gemeenten ook in staat moeten stellen om regisserend op te gaan treden. Die regie-taak van de gemeente wint aan belang, maar zij beschikt nog over onvoldoende juridische en financiële instrumenten om deze rol op zich te nemen, mede omdat in de praktijk dit nieuwe gemeentelijke beleid nog niet wordt geaccepteerd.

2. Wat wil de PvdA? Wat moet er gebeuren?

In deze notitie pleit de PvdA voor een grotere gemeentelijke betrokkenheid bij en sturing van het welzijns- en volksgezondheidsbeleid. De PvdA wil dat Nijmegen een actiever beleid gaat ontwikkelen en uitvoeren.

① *Beleids-uitgangspunten (uitwerking zie p. 4, e.v.)*

- * **Aandacht voor doelgroepen:** ouderen, chronisch zieken, kansarme groepen.
- * **Volksgezondheidsbeleid als facetbeleid:** dat wil zeggen als onderdeel opgenomen in ieder gemeentelijk beleidsterrein, waardoor het aspect 'gezondheid en welzijn' meer aandacht krijgt bij alle beleidsontwikkelingen.
- * **Patiënt-centrale aanpak en regiefunctie van de gemeente:** afstemming van de activiteiten van de Nijmeegse zorgaanbieders in de intra- en extramurale gezondheidszorg; en tevens tussen die sector en de welzijnsorganisaties.

② *Bestuurlijke maatregelen*

Om een dergelijk beleid op hoofdlijnen te realiseren beschikt de gemeente over een aantal instrumenten:

- * Een actief preventiebeleid gericht op **gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering** van alle burgers.
- * Mede in verband met de gemeentelijke regiefunctie: **centrale indicatie** van mensen die zorg behoeven.
- * Het opstellen van een **regionaal gezondheids- en welzijnsplan**.
- * Overleg voeren met alle betrokken hulpverleners, patiëntenorganisaties, instellingen en zorgverzekeraars om tot **meer afstemming** te komen. Het bevorderen van gezamenlijke projecten.
- * Voorwaarden stellen bij het verlenen van subsidie, waarbij vooral **samenwerking wordt gestimuleerd**.
- * Het voeren van een **actief subsidiebeleid** gericht op vernieuwing van de zorg.
- * Actieve deelname aan het **'gezonde steden'-netwerk**.

Bovengenoemde zeven punten sluiten aan bij GGD-nota "Volksgezondheid: Onze Zorg" ⁽¹⁾. Deze nota belicht aspecten van nieuw te voeren GGD-Regio beleid.

¹)GGD Regio Nijmegen, "Volksgezondheid : Onze zorg"; Ontwerp-volksgezondheidsplan door het Algemeen Bestuur van de GGD Regio Nijmegen op 24 maart 1995 aangeboden aan de deelnemende regio's.

De PvdA-Nijmegen stelt echter een verdergaand gemeentelijk beleid voor waarbij meer aandacht komt voor de afstemming binnen de volksgezondheidssector zelf, namelijk tussen de intra- en extramurale sector. Ook zou de gemeente de integratie van gezondheidszorg- en welzijnssector moeten bevorderen door actieve samenwerking met partners in het veld na te streven en dat via haar subsidiebeleid bevorderen. Bovengenoemde beleidsinstrumenten worden hieronder integraal met de beleidsuitgangspunten nader uitgewerkt.

3. Beleidsuitgangspunten (toelichting)

① Doelgroepen

Ouderen : Tussen 1990 en 2015 zal het aantal ouderen (65-plussers) toenemen van 1,9 miljoen tot 2,9 miljoen. Het aantal 75-plussers stijgt van 0,8 miljoen tot 1,2 miljoen (circa 40% van de 65-plussers is ouder dan 75, zowel in 1990 als 2015). Met betrekking tot het type huishouding worden geen grote verschuivingen verwacht: zowel in 1990 als 2015 is ongeveer een derde van de 65-plussers alleenstaand. De toename van het aantal ouderen met 50% betekent dat de huidige opvangcapaciteit (verpleeg- en verzorgingshuizen) tekort zal schieten. Bovendien daalt het aantal jongeren drastisch, waardoor waarschijnlijk onvoldoende verzorgenden beschikbaar zullen zijn. Thuiszorg zal dus sterk moeten worden bevorderd. "De zorg kost in 1994 bijna zestig miljard gulden. Nagenoeg de helft van dat bedrag (46%) valt toe te rekenen aan de 65-plussers, terwijl zij 13% vormen van de zorggebruikers"⁽²⁾. De ouderenzorg zal in toenemende mate worden overgeheveld vanuit de (dure) instellingen naar de eerstelijns van de volksgezondheids- en welzijnszorg. Dit vergt regievoering en het bevorderen van samenwerking tussen alle betrokkenen: hulpverleners, patiënten, instellingen en organisaties. De gemeentelijke overheid kan hierin een belangrijke rol vervullen. Van belang is evenzeer dat de inkomenspositie van veel ouderen, vooral oudere vrouwen, zorgen baart. Zo schat de Stichting 'Vrouw en Arbeid' ⁽³⁾ dat 60% van de alleenstaande gepensioneerde vrouwen alleen van de AOW rond moeten komen. Meer dan 500.000 vrouwen hebben geen recht op een aanvullend pensioen. Vrouwen lopen een vier maal grotere kans dan mannen om geen pensioen op te bouwen. Gelet op de sinds 1982 dalende koopkracht (-/- 15%) van de AOW; de eigen bijdragen en de beperking van het ziekenfondspakket, is de positie van vooral oudere alleenstaande vrouwen zorgelijk te noemen.

²⁾ Advies Commissie modernisering ouderenzorg (Cie. Wel-schen) "Ouderenzorg met Toekomst" en "Achtergrondstudies bij het advies van de commissie modernisering van de ouderenzorg"; Hageman bv., Zoetermeer, mei 1994.

³⁾ "Vrouwenpensioen in de steigers, onderzoek naar de mogelijkheden van pensioenreparatie voor oudere vrouwen" P. Portugies van de Stichting 'Vrouw en Arbeid', Den Haag, 1994.

Chronisch zieken ⁽⁴⁾: "Langdurige ziekten zijn goed voor gemiddeld vijftien ziektejaren voor mannen en achttien ziektejaren voor vrouwen.... Van langdurige ziekten herstelt men in het algemeen niet, waardoor deze cumuleren (zich opstapelen) in de oudere leeftijdsklassen. Daarom is het meest waarschijnlijke resultaat dat bij verlenging van de levensverwachting het aandeel ongezonde levensjaren ten gevolge van deze langdurige ziekten in de totale levensverwachting zal gaan toenemen, ofwel, dat de toegevoegde jaren naar verhouding sterker worden bepaald door *ongezondheid*"⁽⁵⁾. Voor chronisch zieken is een samenhangend beleid nodig, dat gericht is op geïntegreerde en betaalbare zorg. Een dergelijk beleid dient mede gericht te zijn op maatschappelijke participatie en het tegengaan van isolement, een bij uitstek gemeentelijke taak.

Kansarmen (oude wijken): Er bestaat een groeiende ongelijkheid aan de onderkant van de samenleving. De grotere risico's als gevolg van ongezonde levensstijl leidt onder meer tot een geringer aantal gezonde levensjaren en lagere levensverwachting, komen vooral voor in oude wijken ⁽⁶⁾. Het samengaan van sociale, economische en gezondheidsproblemen vergen bij uitstek de aandacht van de lokale overheid. Op het gebied van de zorg pleitte eerder onderzoek ⁽⁷⁾ vooral voor gericht handelen door hulpverleners en het verstrekken van informatie. Een van de aanbevelingen van het Nijmeegse rapport luidt dat bij voorkeur een integraal beleid zou moeten worden gevoerd, bestaande uit woningverbetering, onderwijs, voorlichting en ruimtelijke ordening.

② *Volksgezondheid als facetbeleid*

Een modern gezondheidsbeleid moet leiden tot een optimale bescherming van de gezondheid van burgers, doeltreffende preventie en goed bereikbare en kwalitatief goede curatieve zorg. Daarbij worden maatregelen en voorzieningen getroffen, die resulteren in een positieve invloed op de volksgezondheid. Specifieke aandacht moet

⁴) Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne "Volksgezondheid Toekomst Verkenning, de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950 - 2010", SDU, Den Haag 1993, 795 p.

⁵) Advies Commissie modernisering ouderenzorg (Cie. Wel-schen) "Ouderenzorg met Toekomst" en "Achtergrondstudies bij het advies van de commissie modernisering van de ouderenzorg"; Hageman bv., Zoetermeer, mei 1994.

⁶) "Gezondheid en bestaansonzekerheid in Nederland; literatuurstudie naar de gezondheidssituatie van allochtonen, langdurig werklozen, langdurig arbeidsongeschikten en thuislozen" C.Konig-Zahn, B. Tax, M. Nuy, P. Hodiament, P. Heydendael, afdeling Sociale Geneeskunde van de KUN, Nijmegen, dec. 1993. Onderzoek in opdracht van de Programmacommissie Sociaal-Economische gezondheidsverschillen (Min. van VWS).

⁷) "Klachten over gezondheid, een vergelijkend onderzoek bij elf gemeenten in de gezondheidsregio Nijmegen; Rapport van het Regioproject Nijmegen in samenwerking met de GGD"; Instituut Sociale Geneeskunde, KUN, 1987.

worden geschonken aan de analyse van welke gezondheidsproblemen bij welke doelgroepen voorkomen en wat voor soort beleid daarbij past.

Centrale uitgangspunten van zo'n beleid zijn:

- * **gezondheidsbevordering en -bescherming;**
- * **omgevingsbeleid : sociale en ecologische omgeving;**
- * **collectieve voorziening met gemeenschapsoriëntatie.**

Een dergelijk beleid gaat ervan uit dat allerlei factoren invloed op de volksgezondheid en het welzijn uitoefenen, zoals biologische/erfelijke oorzaken, het sociale en fysieke milieu, leefstijl en het zorgsysteem. Deze elementen vertonen een onderlinge verwevenheid en zijn via maatschappelijke en culturele processen te sturen. Centraal staat de idee dat aan vrijwel alle maatschappelijke vraagstukken een gezondheidscomponent is verbonden. Elke beleidsmaatregel op vrijwel ieder gebied heeft dus gevolgen voor de gezondheid en het welzijn van burgers.

Voorbeelden zijn:

- * verkeer: slachtoffers, overlast, milieu, planologie;
- * milieu: toename ziekterisico, groenstroken en faunabeheer;
- * riolering: micro-organismen, epidemieën;
- * stedelijke bebouwing: 'sick-building syndrome', geringe architectonische variëteit, gebrekkige kwaliteit, renovatie, woonomgeving;
- * voedselkeuring op vetgehalte van snacks; kwaliteit van frituurvet;
- * bejaardentehuizen: geneesmiddelenvoorziening, lichamelijke oefeningen.

Het gemeentelijk beleid omvat dus meer taken dan de traditionele dienstverlening van de GGD's (Basisgezondheidsdiensten), die zich beperken tot jeugdgezondheidszorg, seksueel overdraagbare ziekten, inenting, e.d. De laatste jaren verlegt de GGD-regio Nijmegen haar aandacht steeds meer in de richting van een breder gemeentelijk volksgezondheids beleid.

Het te voeren gemeentelijke gezondheidszorgbeleid valt onder te verdelen in:

1. **Gezondheidsbescherming:** riolering, waterzuivering, bouwvoorschriften (asbest); milieutoezicht, keuringsdienst van waren, horecawetgeving; in het algemeen de leef-, woon- en werksituatie;
2. **Gezondheidsbevordering:** bevordering van een gezonde levensstijl; GVO (Gezondheids Voorlichting en Opvoeding) in samenwerking met maatschappelijk werk, onderwijs, sport- en recreatie;
3. **Preventieve zorg:** GGD/Basisgezondheidsdiensten (GVO-functionarissen); RIAGG-preventie afdeling, Kruiswerk, Thuiszorg-organisaties; e.a. ;
4. **Curatieve zorg:** het bevorderen van goede toegankelijke integrale zorg. Overleg met marktpartijen om knelpunten op te lossen.

Het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid zou deze vier aspecten van het facet-beleid kunnen richten op die factoren, die de grootste gezondheidsschade veroorzaken. Een concreet voorbeeld volgt hieronder.

Anti-rookbeleid als voorbeeld voor het bevorderen van gezonde leefgewoonten

"Roken levert de grootste aantoonbare bijdrage aan de totale sterfte in Nederland". De belangrijkste doodsoorzaken van de in 1990 129.000 overleden Nederlanders is in volgorde van belangrijkheid: roken : ongeveer 29.000 personen (22%); hoge bloeddruk : 9.000 doden (7%); overgewicht (5.000 doden), gestoorde suiker-stofwisseling

(5.000 doden) en tekort aan lichamelijke activiteit (5.000 doden). Uit deze getallen blijkt dat veel burgers voortijdig sterven als gevolg van een ongezonde levensstijl. Daarom is er "een aanzienlijke gezondheidswinst te behalen door *preventief* beleid gericht op leefstijlfactoren zoals roken, voedingsgewoonten en lichamelijke activiteit. Voor dit beleid is van belang dat de meeste ongunstige determinanten relatief vaker voorkomen bij bevolkingsgroepen met lagere opleidingsniveaus". Deze analyse kan aanleiding geven tot gemeentelijk gezondheidsbeleid door eventueel navolgende maatregelen te treffen vanuit:

1. **Gezondheidsbescherming:** anti-rook beleid, gedoog-zones; verminderen tabaksverkooppunten.
2. **Gezondheidsbevordering:** scholieren-voorlichting; massale stop-campagnes.
3. **Preventieve zorg:** algeheel verbod tabaksreclame; basisschool-voorlichting.
4. **Curatieve zorg:** hulpverleners actiever optreden; onderdeel van revalidatie.

Gezondheidszorgbeleid is nu vooral sectorgericht. Dat leidt tot versnippering en ondoelmatigheid van de zorg. Belangrijk is een verruiming van het begrip 'gezondheid', namelijk, gezondheid als een onderdeel van vrijwel elke bestuurlijke maatregel. Vanuit een dergelijke positie wordt meer nadruk gelegd op een cliënt-centrale aanpak. Kortom: in de hulpverlening dienen cliënten/patiënten centraal te staan. Dit lijkt vanzelfsprekend, maar is het niet. Instellingen stellen nog te vaak het eigen belang op de eerste plaats.

③ *Patiënt-centrale aanpak: Regiefunctie Gemeente.*

Op het gebied van de moderne westerse geneeskunde zijn vrijwel alle specialisaties en een groot aantal hulpverleners en organisaties in de regio Nijmegen te vinden. Vrijwel alle soorten zorg zijn beschikbaar, van huisarts tot academisch ziekenhuis, alsook een aantal categorale ziekenhuizen (PCN, Pompe- en Maartenskliniek, Dekkerswald). Behalve de reguliere zorgverleners zijn ook veel alternatieve hulpverleners actief. De regio Nijmegen beschikt over een groot aantal welzijnsinstellingen en organisaties. Op dit gebied kan vrijwel elke vorm van hulpverlening worden geboden. Op het kruispunt van deze instituten en hulpverleningsinstellingen vinden slechts in beperkte mate initiatieven plaats om de zorg te herstructureren, kwalitatief te verbeteren of op elkaar af te stemmen. Vrijwel alle hulpverlening vindt vanuit de eigen organisatie plaats. De instellingen treden bij zorgvernieuwendende projecten slechts zelden buiten de eigen organisatiegrenzen. Daardoor is het potentiële bereik van dergelijke welzijns- en volksgezondheidsbevorderende initiatieven helaas beperkt.

Uitgangspunt van de toekomstige hulpverlening zou echter moeten zijn de behoefte aan zorg van de individuele burgers en niet zozeer het aanbod van zorg- en welzijnsinstellingen. Deze 'patiënt-centrale' benadering zal zich in de toekomst versterkt manifesteren onder meer als gevolg van het cliëntgebonden budget, pakket-differentiaties van verzekeringen en versterkte concurrentie tussen instellingen. De gemeente zou een actieve rol kunnen vervullen door allerlei initiatieven tussen de verschillende instellingen en werksoorten te stimuleren. Daardoor zou het effect van de gezondheids- en de welzijnsbeleving voor burgers worden vergroot. Om dat te bereiken zou de gemeente kunnen aansluiten bij enige reeds bestaande projecten en deze door een bredere aanpak versterken (zie hieronder hoofdstuk 6). Een dergelijke beleid zou de gemeente op korte termijn op gang kunnen brengen en weinig extra kosten met zich meebrengen.

Kortom het berust op een misvatting om te denken, dat een terugtrekkende rijksoverheid impliceert dat ook gemeenten tot passiviteit zijn veroordeeld. Juist door de invoering van de Wet op de Collectieve Preventie in 1989 kunnen zij allerlei lokale initiatieven stimuleren. Deze wetgeving stelt de gemeente Nijmegen in staat om een actiever lokaal/regionaal beleid te voeren. De gemeente zou vanuit haar eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welzijn van hun burgers naar een optimale volksgezondheidssituatie moeten streven. Zij zouden deze taken niet zelf moeten uitvoeren maar aan het 'veld' overlaten. De gemeente zou veel eerder het initiatief moeten nemen om een soort 'katalysator' -rol te vervullen. Hierdoor wordt samenwerking tussen allerlei welzijns- en volksgezondheidsorganisaties bevorderd, waarbij (in-) directe verbeteringen van de volksgezondheid centraal staan.

Verder kunnen gemeenten door het structureren van overleg, het vastleggen van procedures en het regelen van verhoudingen eventuele machtsongelijkheid tussen marktpartijen (bijvoorbeeld zorgverzekeraars, hulpverleners en patiënten) overbruggen. Daardoor wordt de bereidheid van alle partijen vergroot om zich in te zetten voor dergelijke programma's. Op het gebied van de intramurale zorg zijn geen taken voor de lokale overheid weggelegd. Wel zouden gemeenten een betere afstemming tussen de eerste en tweedelijns van de zorg en tevens met de welzijnsinstellingen kunnen bevorderen.

4. Nijmegen: Gezonde stad?

In 1986 nam de WHO (Wereld Gezondheids Organisatie) het initiatief tot het vormen van het "Gezonde Steden Plan". Dit zou de lokale invulling zijn van de WHO strategie binnen het kader van "Health for All by the year 2000". Sindsdien participeren in het Europese netwerk 35 gemeenten. In Nederland nemen Den Haag, Rotterdam, Eindhoven, Flevoland, Arnhem, Tilburg en Groningen en sinds kort ook Nijmegen aan dit netwerk deel. De uitwisseling van kennis en ervaring op het gebied van gemeentelijke volksgezondheids activiteiten wordt hierdoor vergemakkelijkt. Actieve deelname aan dit netwerk zou voor Nijmegen grote voordelen op kunnen leveren voor het opstellen en uitvoeren van integrale gezondheids- en welzijnsactiviteiten. Vanwege dit belang wordt hier nader aandacht besteed aan dit netwerk.

Kernpunten gezonde steden (⁸).

- * Gezondheidszorgproblemen overschrijden de directe zorgsector vanwege de invloed van andere factoren die ziekte bevorderen of beperken (zoals milieu, sociaal economische factoren, voedsel, ontspanning, enz.)
- * Beleidsnota's worden opgesteld in samenwerking met alle betrokkenen of hun vertegenwoordigers (klankbordgroep, sleutelfiguren)

⁸)Cosijn, J.; "Het gezonde steden project, achtergronden en praktijk", Gezonde Steden reeks nr 1; van Gorcum, 1992, 81 p.
- West, van der, G.; "Vormgeven aan gemeentelijk gezondheidsbeleid; een kijkje in de keuken", Gezonde Steden reeks nr. 2; van Gorcum, 1992, 91 p.
- Ten Dam; De leeuw; "Gezonde Steden en onderzoek; reikwijdte, methoden, toepassingen", Gezonde Steden reeks nr. 3; van Gorcum, 1993, 87 p.

- * Prioriteitstelling van de aanpak is afhankelijk van de waardering voor componenten uit de leefomgeving, leefstijl en hoe individuen hun gezondheid ervaren.
Een voorbeeld: zijn er in een wijk ouders met jonge kinderen die opvoedingsproblemen hebben, dan zou in samenwerking met welzijnswerk/Riagg in de wijkcentra een ontmoetingsgroep voor ouders kunnen worden gestart (zie Riagg-experiment in Hengelo\Enschede).
- * Intersectorale samenwerking wordt in vrijwel alle gezonde steden als erg belangrijk ervaren. Vermenging van doelen en belangenbehartiging kan aanleiding geven tot machtsstrijd en conflicten.
- * Vooral intersectorale samenwerking tussen GGD en Welzijnsinstellingen komt in de 'Gezonde Steden' tot stand. Met politie en milieu-sectoren wordt op projectbasis samen gewerkt.
- * Politieke betrokkenheid wordt in alle steden als essentieel ervaren.
- * De plaatselijke bevolking dient zoveel mogelijk betrokken te zijn bij het ontwikkelen en uitvoeren van het gezondheidsbeleid. Via kabelnet, folders en kranten kan die betrokkenheid worden vergroot.
- * Na het uitvoeren van (deel-)projecten zou een evaluatie van de doelstelling dienen plaats te vinden.
- * De huidige versnipperde structuur wordt gecentraliseerd en afgestemd.

Concluderend kan worden gesteld dat gezondheidsbeleid zijn weerslag heeft in de praktijk. Gezonde Stad-ideeën vinden gehoor en sluiten ook aan bij sociale vernieuwing. Er is duidelijk een begin gemaakt met het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid. Implementatie vindt veelal plaats door middel van projecten, waarbij de buurt als aandachtsgebied wordt gekozen. Het is belangrijk dat deze projecten op bredere schaal plaats gaan vinden en een structureel karakter krijgen teneinde integraal lokaal gezondheidsbeleid gestalte te geven. Daarvoor is het belangrijke de lokale en nationale politiek betrokken te houden zodat de voorwaarden aanwezig blijven om dergelijke initiatieven de ruimte te geven verder te ontwikkelen. Eveneens is onderzoek naar de effecten van deze initiatieven belangrijk om het belang van gemeentelijk gezondheidsbeleid te bekrachtigen en instrumenten daarvoor verder te ontwikkelen" (West, G. van der, p. 87).

De PvdA-Nijmegen pleit voor een actieve deelname aan het Gezonde Stedenplan en voor het opzetten van regionale projecten. Daarbij zou vooral veel aandacht moeten worden besteed aan het voorkomen van ziekte.

5. *Samenvatting: PvdA standpunt*

In deze notitie pleit de PvdA voor een grotere betrokkenheid en sturing van de lokale overheid bij het welzijns- en volksgezondheidsbeleid. Daarbij staan de navolgende drie uitgangspunten centraal; aandacht voor:

- * specifieke doelgroepen;
- * volksgezondheid als facetbeleid;
- * patiënt centrale aanpak: regiefunctie van de gemeente;

Om deze uitgangspunten te realiseren is navolgende noodzakelijk:

1. meer afstemming;
2. regionaal gezondheids- en welzijnsplan;
3. samenwerking stimuleren;
4. centrale indicatie en een loketsysteem;
5. gezondheidsbescherming en -bevordering;
6. actief subsidie-beleid;
7. actieve deelname 'gezonde steden'-netwerk.

De PvdA wil dat de gemeente Nijmegen actiever volksgezondheidsbeleid gaat voeren. Dit beleid wordt gekenmerkt door *integratie en afstemming binnen de volksgezondheidszorg, maar ook haar afstemming met de welzijnszorg* op de behoeften van alle Nijmeegse burgers. Dat kan worden bereikt door samenwerking tussen hulpverleners, patiënten, instellingen en organisaties te bevorderen. Hierbij vormt het startpunt de door burgers ervaren gezondheids- en welzijnsproblemen. Voor de PvdA is van belang dat het beleid speciale aandacht schenkt aan de situatie van doelgroepen die extra gezondheidsrisico's lopen: zoals ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Voorts dient de volksgezondheid en het welzijn van haar burgers bij ieder gemeentelijk beleidsterrein een aantoonbare rol in de overwegingen te spelen.

6. Samenwerking tussen instellingen

Hieronder volgen een aantal voorbeelden van projecten, die in Nijmegen e.o. zijn of worden uitgevoerd op het gebied van preventie én in samenwerking met of tussen andere instellingen. De gemeente kan dergelijke projecten als uitgangspunt nemen om zo'n initiatief te verbreden tot een grotere bevolkingsgroep of de reikwijdte ervan te vergroten.

Project 1: Huisartsen-apothekers overleg: beperkte geneesmiddelen lijsten en FTO (Farmaco Therapeutisch Overleg).

Sinds 1974 werken het Radboudziekenhuis en het Canisius-Wilhelminaziekenhuis samen met huisartsen en openbare apothekers aan het opstellen van een essentiële geneesmiddelenlijst. Zo omvat het Nijmeegs eerstelijnsformularium slechts 226 middelen in 443 toedieningsvormen (= 5% van de markt). Door dergelijke beperkende lijsten doen artsen meer ervaring met dezelfde middelen op. Hun kennis en alertheid neemt er door toe, terwijl de kans op gevaarlijke interacties van verschillende geneesmiddelen afneemt. Het gebruik van een beperkte geneesmiddelenlijst bevordert de kwaliteit van de gezondheid van burgers. Deze maatregelen zouden eigenlijk ook elders in gang kunnen moeten vinden.

Mogelijk aanvullende gemeentelijke activiteiten: de lokale overheid zou bij een dergelijk initiatief kunnen aansluiten door te bevorderen dat een dergelijk beleid zich ook uitstrekt tot de welzijnssector zoals de verzorgingshuizen. Ouderen (omstreeks 15% van de huidige bevolking) slikken 25% van het volume aan geneesmiddelen. Een gemeentebestuur zou via haar informele kanalen deze situatie bij de tehuizen kunnen helpen verbeteren en ook de aandacht van de Provinciale Staten op dergelijke problematiek kunnen vestigen. Behalve deze beperking en regulering van het aanbod van geneesmiddelen, zou ook de patiëntenvoorlichting via GVO door de lokale overheid meer kunnen worden gestimuleerd. Bovendien kan de gemeente bevorderen dat de sociale dienst in voorkomende problematische gevallen de bijbetalingen voor medicijnen voor haar rekening neemt. Immers door het invoeren van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem komen de kosten van het slikken van patiënten die ingesteld zijn op bijvoorbeeld Trileptal (epilepsie) voor rekening van de patiënten zelf. Deze patiënten ondervinden onvoldoende baat bij andere medicatie. Daarom lijkt het niet juist dat zij uit eigen beperkte middelen bijdragen moeten betalen van enige guldens tot zo'n f. 200,- per maand per patiënt.

Project 2: het HAP-project (Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en de Hartstichting).

Te hoge cholesterolgehalten van het bloed lijken de kans op hart- en vaatziekten te vergroten. Veel Nederlanders overlijden per jaar aan deze ziekten. Tezamen met kanker vormen deze twee ziekten 75% van de morbiditeit van de bevolking. Projecten op het gebied van beide ziekten dienen te worden bevorderd.

Het HAP-project wordt uitgevoerd door aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut verbonden praktijken. Centraal staat de voorlichting en begeleiding van risico-patiënten op het gebied van voeding, gewichtscontrole, roken, sport- en ontspanning.

Mogelijke aanvullende gemeentelijke activiteiten: de opzet en het bereik van een dergelijk project zou kunnen worden vergroot door een lokale hart- en vaatziektecampagne te voeren waarbij niet-roken, sporten en minder vetgebruik centraal zouden moeten staan. Dat zou kunnen gebeuren door patiëntenorganisaties, sportclubs, keuringsdienst voor waren, horeca-sector, diëtisten, GVO/GGD, hartspecialisten uit de ziekenhuizen, de Hartstichting en media bij een zo'n project te betrekken.

Project 3: "Oudere alleenstaande vrouwen en depressie" (preventie afdeling van RIAGG-Nijmegen).

"Alleen komen te staan na het overlijden van je man is een ingrijpende gebeurtenis. Dat geldt voor het overlijden zelf maar zeker ook voor de tijd erna. Eerst is er steun van de familie en vrienden. Maar na verloop van tijd sta je voor de vraag hoe je alleen verder moet". Zo begint de folder 'Alleen verder, 10 bijeenkomsten voor weduwen boven de 60 jaar' van de preventie-afdeling van RIAGG-Nijmegen. Het is een laagdrempelige cursus aangezien de kosten laag zijn (f. 25,- voor cursusboek en consumpties). In het project wordt samengewerkt met het SWON (Stichting Welzijnswerk Ouderen Nijmegen) en het NIM (Instelling voor Maatschappelijk Werk). Tot heden namen ongeveer 170 vrouwen aan deze cursussen deel.

Mogelijke aanvullende gemeentelijke activiteiten: zo'n cursus zou onderdeel kunnen vormen van een gemeentelijk doelgroepen beleid gericht op ouderen. Daarbij moet zorgafstemming rond ouderen centraal staan, zoals een loket-functie, 'tafeltje-dek-je', medicatie, rijbewijs-herkeuringen, e.d.

Project 4: Cursus "stemmingmakerij" (preventie afdeling van RIAGG-Nijmegen).

"Balen als een stekker" is een cursus voor jongeren tussen 15 en 18 jaar, die jongeren met depressieve buien, angstgevoelens, e.d. Men probeert te helpen door hen meer zelfvertrouwen te geven. Aan het project doen schoolartsen/-verpleegkundigen van de GGD, leerlingbegeleiders en de afdeling preventieve psychologie van de KUN mee. Tot 1994 verwacht men dat er 80 cursisten aan hebben deelgenomen.

Mogelijke aanvullende gemeentelijke activiteiten: dergelijke preventiecursussen zouden als uitgangspunt kunnen worden genomen om ook bij andere onderwijsinstellingen (bijvoorbeeld de KUN en HBO) een meer gerichte aanpak van 'drop-outs' te realiseren.

Project 5 : AON: Aids Overleg Nijmegen (oa. GGD/GVO Nijmegen).

Het aidsproject is een voorbeeld van een grootschalig opgezette inter-institutionele samenwerking rond één bepaalde ziekte. In het Aids-Platform participeren 14 verschillende instellingen, die via 4 verschillende secties leiding geven aan 5 verschillende projecten (oa. Evenementen, Buddy, Seropositieve, Aids Homoseksualiteit). Vanuit het AON bestaan contacten met Nationale Commissie Aidsbestrijding, de landelijke homobeweging, e.a.

In hun werkplan van mei 1993 staat letterlijk: "Een van de meest verstrekkende consequenties van de afnemende belangstelling voor aids is de decentralisering van aidspreventie gelden. lokale overheden worden verantwoordelijk voor aidspreventie in

hun regio en het budget voor de landelijke preventieprojecten is overgeheveld van het Ministerie van VWS naar het Aidsfonds. Bovendien is er voor 1993 een pittige bezuiniging op betreffende budgetten doorgevoerd. Die decentralisering noopt het Platform in 1993 ertoe meer intensieve contacten aan te gaan met (vertegenwoordigers van) de lokale overheden".

Project 6: Allochtonen-voorlichtingsproject; gezondheidsvoorlichting in het Turks en Marokkaans (GGD/GVO).

Eind 1990 besloot de GGD een voorlichtingsproject voor allochtonen op te starten. Nadruk werd gelegd op preventieve zorg aan Turkse en Marokkaanse vrouwen in de eigen taal. De doelgroep bestaat onder meer uit 1.362 Turkse vrouwen en 686 Marokkaanse vrouwen in Nijmegen. Verder wil men in de regio projecten opstarten. De activiteiten zijn gericht op zelfzorgorganisaties, huisartsen/gezondheidscentra of op aanvraag. Tot heden vonden 14 groepsvoorlichtingen plaats aan Turkse vrouwen en 9 aan Marokkaanse vrouwen. In totaal namen 246 vrouwen eraan deel.

Mogelijke aanvullende gemeentelijke activiteiten: misschien zou een dergelijk project zich uit kunnen strekken tot het ACN (Asielzoekers Centrum Nijmegen) te Groesbeek. Ook zou via de huisartsenopleiding en bijscholingsactiviteiten voor huisartsen activiteiten op dit terrein kunnen worden ontplooid. Ook de RIAGG zou bij een dergelijk beleid kunnen worden betrokken.

Project 7: Vuurwerkcampagne Nijmegen (GGD/GVO).

Bij de jaarwisseling steeg het aantal ongevallen met vuurwerk tot 1.200 slachtoffers. In de voorgaande 6 jaar schommelde het cijfer tussen de 400 tot 700 ongevallen. Deze toename zette de GGD ertoe aan om met 15 organisaties allerlei deel-activiteiten te ondernemen gericht op scholen en wel op jongeren van 10 tot 14 jaar. Helaas ontbrak het geld voor een evaluatie. Het is nog niet duidelijk of er een vervolgcampagne zal worden georganiseerd.

Mogelijke aanvullende gemeentelijke activiteiten: voortzetting van een dergelijk beleid lijkt zinvol. Misschien zouden scholen grotere projecten kunnen opzetten rondom risicogedrag van jeugdigen: roken, bromfietsrijden zonder helm, gezonde voeding, sport, geestverruimende middelen en andere risicofactoren.

Bijlage II: boeken, nota's en artikelen

8. Literatuur

- * Centrum voor Lokaal Bestuur *Gezonde Politiek, over gemeenten en gezondheidszorg beleid*, Wiardi Beckman Stichting, Amsterdam, november 1992;
- * Cosijn, J., *Het gezonde steden project, achtergronden en praktijk*, Gezonde steden reeks, Deel 1, Rotterdam, 1992;
- * Gemeente Nijmegen, *Concept, plan Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening 1987 - 1990*, Voorstel College B&W, november 1986;
- * Gemeente Nijmegen, *Concept, Programma gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, 1989*, Voorstel College B&W, november 1988;
- * Gemeente Nijmegen, *Vervolgotitie bij conceptprogramma gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening 1989; inspraakreacties, actualisering, wijzigingsvoorstellen* Voorstel aan het College van B&W, april 1989;
- * Gemeente Nijmegen, *Statistisch Jaarbeeld, 1988*, Gemeente Nijmegen, oktober 1988;
- * GGD Regio Nijmegen, *Activiteitenplan 1993*, oktober 1992;
- * GGD Regio Nijmegen, *Volksgezondheid: Onze zorg*, ontwerp-volksgezondheidsplan GGD-regio Nijmegen, 24 maart 1995;
- * GGD, *Samenvatting van de gezondheidsenquête GGD - Nijmegen, 1989*;
- * Konig - Zahn, C.; Tax, B.; Nuy, M.H.R.; Hodiamont, P.P.G.; Heydendael, P.H.J.M., *Gezondheid en bestaansonzekerheid in Nederland, een literatuurstudie naar de gezondheidssituatie van allochtonen, langdurig werkelozen, langdurig arbeidsongeschikten en thuislozen*, Ministerie van WVC, december 1993;
- * Ministerie van WVC, *Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Praktische keuzen voor de jaren negentig*, Ministerie van WVC, 1993;
- * Nationale Commissie Aidsbestrijding, *Gemeenten en aids*;
- * Provincie Limburg en Gelderland, *Verpleeghuisplan Regio Nijmegen, alternatieven*, Stichting Gelderland, Arnhem, voorjaar 1989;
- * Regio Arnhem, Dienst Welzijn en Volksgezondheid, *Beleidsplan volksgezondheid 1991 - 1994*;
- * Regioproject Nijmegen, rapport, *Klachten over gezondheid, een vergelijkend onderzoek bij elf gemeenten in de gezondheidsregio Nijmegen*, Instituut Sociale Geneeskunde (KUN)/GGD, ISG-publicatie nr.15, juni 1987;
- * R'dam-Nijmegen, Interim rapport, *Huisarts Assistentie Preventie Project*, 1990;
- * Steunpunt netwerk gezonde steden, *Jaarverslag 1992, steunpunt netwerk gezonde steden*, januari 1993;
- * West, van der G., *Vormgeven aan gemeentelijk gezondheidsbeleid, een kijkje in de keuken* (gezonde steden reeks nr.2), van Gorcum, 1992, 91 p.