



Hart voor Brabant

Gezondheid telt!

# *Gezondheid dichterbij*

## **Voorjaarsnota 2012**

**GGD Hart voor Brabant**

# 1. Inleiding

In dit stuk vindt u de kaders voor de begroting 2013 van de GGD Hart voor Brabant.

We werken daarin de drie uitdagingen uit die we eerder presenteerden:

1. *gelijke kansen*: door het terugdringen van gezondheidsachterstanden;
2. *vitale bevolking*: door te investeren in preventie;
3. *gezonde omgeving*: door te zorgen voor een gezonde fysieke en sociale omgeving.

Daarnaast zetten we in 2013 de inhoudelijke ontwikkeling door van de jeugd-gezondheidszorg, zodat die nog beter past bij het beleid van de gemeenten.

**GGD = gemeente** De GGD wil, nog meer dan vroeger, dichtbij de gemeente staan. De GGD is ook een dienst ván de gemeente, die werkt voor de inwoners. Daarom presenteren we in deze nota de eerste contouren van een veranderingsproces dat *GGD dichtbij* heet.

**GGD: dichtbij!** *GGD dichtbij* betekent dat we gaan werken vanuit een nieuwe visie. We stellen de inwoners centraal en gaan meer vraaggericht werken. We richten ons nadrukkelijk op de samenwerking met onze klanten en partners en we werken ook intern hechter samen.

Gemeenten zullen steeds beter merken dat we onze maatschappelijke positie oppakken, vanuit ons streven naar gezondheidswinst en met speciale aandacht voor risicogroepen.

Deze vraaggerichtheid blijkt ook uit een nieuwe organisatiestructuur die in 2012 ingaat: niet meer vanuit de disciplines en specialismen, maar vanuit de (drie) regio's: Midden Brabant, Brabant Noordoost en regio 's-Hertogenbosch.

**leeswijzer** Na deze inleiding kunt u in hoofdstuk 2 lezen welke ambities we hebben, in onze activiteiten én de veranderingen die daarvoor nodig zijn. In hoofdstuk 3 staan de programma's. Hoofdstuk 4 sluit de nota af met de financiën.

**tijdig betrokken** We betrekken de gemeente tijdig bij het besluit over onze begroting. Via raad of commissie kan zij haar opmerkingen doorgeven aan de portefeuillehouder, die ook lid is van het GGD-bestuur. Na vaststelling door het Algemeen Bestuur (begin april) is deze nota dan de basis voor de begroting 2013, die we in mei naar de gemeenten sturen. De wet verplicht ons om onze begroting vóór 15 juli vast te stellen. Het beoogd resultaat: een begroting 2013 met programma's die, ondanks de bezuinigingen, gericht blijven op de gezondheid van al onze inwoners.

's-Hertogenbosch, 19 januari 2012,

het Dagelijks Bestuur van de GGD Hart voor Brabant,

H.A.M. Backx  
secretaris

F.H.G.M. Ronnes,  
voorzitter

## 2. Ambities

Het rijk heeft veel beleid dat het (gemeentelijk) gezondheidsbeleid raakt. Naast de landelijke gezondheidsnota *Gezondheid dichtbij* zijn er veel terreinen waar het rijk taken aan de gemeente overdraagt. Zie voor een (beperkt) overzicht: bijlage 1.

### Speerpunten

De GGD reikt de gemeente ook speerpunten aan voor haar beleid. In de voorjaarsnota 2011 noemden we er drie:

- drie uitdagingen**
1. *gelijke kansen*: door het terugdringen van gezondheidsachterstanden;
  2. *vitale bevolking*: door te investeren in preventie;
  3. *gezonde omgeving*: door te zorgen voor een gezonde fysieke en sociale omgeving.

Het Algemeen Bestuur nam deze uitdagingen aan bij de vaststelling van de nota. Ze kwamen daarna ook terug in de regionale volksgezondheidstoekomstverkenning. In 2012 werken we deze uitdagingen uit, samen met gemeenten en instellingen. Daarna kunnen we duidelijker aangeven wat ze betekenen voor het beleid en onze activiteiten. En wat de gevolgen (kunnen) zijn voor de rol en positie van de GGD. Dit leidt mogelijk tot andere activiteiten. Hier geven we een eerste richting aan.

### Gelijke kansen

**aandacht  
voor achterstand**

Er zijn nog steeds grote verschillen in gezondheid: mensen met een lage opleiding leven 6 tot 7 jaar korter dan hoogopgeleiden. En het verschil in gezonde levensjaren is nog veel groter. De gezondheid van allochtonen is vaak minder gunstig dan die van autochtonen. De aanpak van deze achterstanden vraagt dus nog steeds aandacht. De economische crisis wordt voelbaar, vooral voor mensen met een laag inkomen. Zij worden getroffen door de bezuinigingen. Soms verliezen ze hun baan of hun uitkering of de hulp die ze nodig hebben bij de opvoeding van hun kinderen. Deze groep lijkt ook minder deel te nemen in de maatschappij. Als basisvoorzieningen minder worden, krijgen ze hun leven niet meer goed op orde. Meer mensen kunnen zo problemen krijgen die ze zelf niet meer kunnen oplossen.

**zorg  
voor kwetsbaren**

De GGD kan voor kwetsbaren en laagopgeleiden meer betekenen: alleenstaande ouderen, jongeren met laagopgeleide ouders, eenoudergezinnen, etc. Dit doen we onder andere via het wijkgericht gezondheidswerk, via onze vangnet- en adviestaken en door het meer risicogericht werken in de jeugdgezondheidszorg.

### Vitale bevolking

Zorg moet betaalbaar blijven en heeft ook goed en voldoende personeel nodig. Daarnaast worden mantelzorg en vrijwilligerswerk steeds belangrijker. Daarvoor is een vitale bevolking nodig, die langer deelneemt aan de maatschappij en die ook minder of later een beroep doet op zorg. Preventie wordt daarbij steeds belangrijker. Een kwart van de ziekten is te wijten aan slecht eten, roken, alcoholgebruik en weinig

**preventie  
doe je samen**

bewegen. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg vindt daarom dat verzekeraars en gemeenten moeten investeren in preventie, door een preventiefonds op te richten. Daaruit kunnen gemeenten en zorgverzekeraars dan samen projecten betalen. Dat ontlast de eerstelijnszorg. Wij wachten af welke gevolgen dit advies heeft.

In de samenwerking met de eerste lijn is nog veel winst te halen. De huisarts is hier de spil: dicht in de buurt en toegankelijk. Hij is het eerste aanspreekpunt voor vragen of problemen over gezondheid en ziekte en biedt ook preventieve medische zorg. Ook al is het niet makkelijk om hier een rol te krijgen, we proberen de huisartsen te stimuleren en faciliteren in hun preventieve taak.

Een voorbeeld van goede samenwerking tussen eerste lijn en preventie: het project Overvecht gezond! in Utrecht, opgezet en betaald door zorgverzekeraar en gemeente. Na drie jaar zijn er veel minder dikke kinderen en de zorguitgaven liepen terug.

### **Gezonde omgeving**

**omgeving:  
belangrijk!**

De omgeving speelt een belangrijke rol in onze gezondheid. Daarom is het de moeite waard om die omgeving actief in te richten. De gemeente kan in haar ruimtelijk beleid, samen met andere inspanningen, bijdragen aan een betere gezondheid. De activiteiten van ons bureau *Gezondheid, milieu en veiligheid* sluiten hierop aan, bijvoorbeeld door de adviezen bij (de vormgeving en inrichting van) nieuwe projecten/wijken. Verder brengen we deze aspecten bij de gemeenten onder de aandacht als zij nadenken over hun integrale/lokale beleid.

Als mensen kunnen meedenken aan die gezonde omgeving, stijgt hun deelname aan de samenleving en voelen ze zich meer betrokken bij elkaar. Er zijn voorbeelden waar mensen samen verantwoordelijk zijn voor het groen in hun wijk en soms zelfs hun eigen (gezonde) groenten verbouwen.

**groen  
maakt gezond**

Door het rijksbeleid (natuurbeheer) bestaat het risico dat de natuur in het buitengebied en het groen in de stad minder aandacht krijgen, met gevolgen voor de gezondheid. Zo nodigt een groene wijk meer uit om naar buiten te gaan en kinderen buiten te laten spelen. Goede en veilige fietspaden en fietsenstallingen stimuleren kinderen, volwassenen en ouderen om de fiets te gebruiken. Beweging krijgt zo een vanzelfsprekende plaats in het dagelijkse leven. Dat is belangrijk voor de gezondheid, fysiek én psychisch.

**invloed werkt**

Ook de sociale omgeving beïnvloedt de gezondheid (en andersom). Normen en waarden bepalen ook de leefstijlkeuzes van mensen. Opvoeding en sociale netwerken beïnvloeden het gedrag van de jeugd.

Ouders en opvoeders kunnen een positieve bijdrage leveren aan gezonde keuzes van hun kinderen door het goede voorbeeld te geven. De gemeente kan de (veiligheid van de) omgeving verbeteren, bijvoorbeeld door in te grijpen bij overlast in de buurt en door de opvoeding te ondersteunen.

## GGD dichtbij

De omgeving van de GGD is in beweging. Dit leidt ook tot veranderingen binnen de GGD. Vernieuwing is nodig, onder andere omdat de gezondheidsproblemen in de samenleving complexer worden. Gemeenten en inwoners vragen ons om een andere rol te spelen. We moeten een naar buiten gerichte organisatie worden die de inwoners centraal stelt.

### de GGD vernieuwt

Dit veranderingsproces heet *GGD dichtbij*. Het betekent dat we gaan werken vanuit een nieuwe visie. We gaan meer vraaggericht werken. Daarbij richten we ons nadrukkelijk op de samenwerking met onze klanten en partners en werken we ook intern hechter samen. Dit proces startte al bij de jeugdgezondheidszorg en komt overall centraal staan. Gemeenten zullen steeds beter merken dat we onze maatschappelijke positie oppakken, vanuit ons streven naar gezondheidswinst en met speciale aandacht voor risicogroepen.

Vanaf 2012 werken we toe naar tien doelen, met meetbare scores, zie bijlage 3. Deze doelen komen nog ter vaststelling in het (dagelijks) bestuur.

De uitgangspunten van het proces *GGD dichtbij* zijn:

- **doel = winst** Gezondheidswinst: de leefomstandigheden van onze inwoners beïnvloeden hun gezondheid. We verdiepen ons daarin om daarop invloed te hebben. Dat doen we dicht bij onze inwoners: we staan voor hen klaar met een naar buiten gerichte houding. Bij crises treden we kordaat en doortastend op en doen we wat nodig is.
- **sterke partner** Aandacht: we brengen ons streven continu onder de aandacht in alle domeinen waar gezondheid - direct en indirect - een rol speelt. We zijn een intermediair en adviseur voor de vele partijen die een rol (gaan) spelen bij preventie en gezondheidswinst.
- **GGD werkt samen** Samenwerking: we durven nieuwe wegen in te slaan en bieden daarvoor ruimte. We zijn op zoek naar bondgenoten, binnen, maar zeker ook buiten de zorgwereld. Waar dat beter is, werken we samen om gezondheidswinst te boeken.
- **in de regio** Regio's: we willen de regio's nog beter bedienen en richten onze organisatie daarop in. Waar centraal beter is, doen we het centraal. Waar het dichtbij kan, regelen we het dichtbij. In deze regionale afdelingen zitten disciplines zoals de jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering, en (lokaal) beleidsadvies. Tot de centrale taken horen bijvoorbeeld: infectieziekten- en TBC-bestrijding, medische milieukunde, asielzoekerszorg, crisiszorg/psychosociale hulp bij incidenten en allerlei backofficetaken. De regionale organisatie gaat in op 1 juli 2012.
- **vakwerk!** Professioneel: we blijven onze expertise ontwikkelen en zoeken daarin nog meer de samenwerking met anderen. Dat begint in onze eigen organisatie. We zijn een team dat elkaar door en door kent en het beste uit elkaars expertise haalt. We spreken andere organisaties aan op hun betrokkenheid, prikkelen onze medewerkers en dagen hen uit. We maken ruimte voor vernieuwing zonder controle te verliezen.

## Bezuinigingen

In 2010 stelde het Algemeen Bestuur dat, vanwege de te verwachten bezuinigingen op het Gemeentefonds, ook de GGD moest bezuinigen. Dit signaal pakten we voortvarend op. We vroegen het Algemeen Bestuur om prioriteiten aan te geven. Dat leverde speerpunten op rond de volgende thema's, met in totaal € 1.700.000 aan bezuinigingen:

- (prioriteit voor) risicogroepen € 560.000;
- samenwerken tussen instellingen € 275.000;
- samenwerken door/met gemeenten € 70.000;
- efficiency € 815.000.

In december informeerden we de gemeenten over de concrete gevolgen voor de activiteiten in 2012. Zie voor een algemeen overzicht: bijlage 2.

**bezuinigingen:** Voor 2013 moeten we voor € 690.000 bezuinigen. Het zwaartepunt ligt bij:

- op koers**
- de huisvesting (€ 350.000: backoffice/frontoffices);
  - de samenwerking tussen organisaties en instellingen (€ 200.000);
  - de expansie van Hét Servicecentrum (€ 100.000).

### Huisvesting

Hier spelen een drietal ontwikkelingen een belangrijke rol:

- *GGD dichtbij* ('zichtbaarheid in de regio' en 'het primair proces in de wijk');
- de jeugdgezondheidszorg voor de 0- tot 19-jarigen, op bijna 80 locaties;
- de bestuurlijke opdracht om te komen tot één backofficegebouw.

Te denken valt aan een strategisch huisvestingsbeleid, het saneren van overbodige locaties (GGD-gebouwen en consultatiebureaus dicht bij elkaar) en de keuze van de vestigingsplaats van het backofficegebouw.

### Samenwerken tussen instellingen

De samenwerking met de GGD West-Brabant is het verst gevorderd. Hier zijn al resultaten voor 2013, bijvoorbeeld:

- één Europese aanbesteding voor de monitoren;
- de samenwerking bij de psychosociale hulpverlening. Ook de GGD Brabant-Zuidoost gaat hierin deelnemen.

De taakstelling van € 100.000 gaan we dan ook halen.

Een tweede onderdeel is de samenwerking met de ziektekostenverzekeraars en huisartsen. We zijn wel in gesprek, maar er zijn nog geen harde toezeggingen. In 2012 moet duidelijk worden of deze taakstelling van € 100.000 reëel is of dat we moeten kijken naar een ander scenario.

### Efficiency

Een uitbreiding van het aantal klanten leidt tot een lagere bijdrage voor Het Servicecentrum van € 100.000. Op dit moment is HSC in verregaande besprekingen met kandidaten en is de besparing te realiseren.

## 4. Programma's

Hieronder volgen per programma de nieuwe of aangepaste activiteiten voor 2013, met vooraf zo nodig een algemene inleiding.

### Zicht op gezondheid (onderzoek en beleidsadviezen)

#### Algemeen

de inspectie  
toetst

In 2013 toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg het beleid van gemeenten (en GGD) en het aanbod en bereik van hun interventies. Daarnaast kijkt zij naar de adviesrol van de GGD bij gemeentelijke besluiten en het gezondheidsbeleid.

De indicatoren die de inspectie gaat gebruiken, registreren we in 2012 (opnieuw en beter). De inspectie gaat zo na of de aanpak door preventie werkt en adviseert de minister dan daarover. Een onderdeel van dit advies zal zijn: voor de tweede maal een oordeel over de wijze waarop de gemeente haar (gezondheidsbeleid) beleid opstelt en uitvoert.

#### Nieuwe of aangepaste activiteiten

##### *Regionale volksgezondheidtoekomstverkenning (basispakket<sup>1</sup>)*

In 2013 starten we met de voorbereiding voor de nieuwe regionale Volksgezondheidtoekomstverkenningen (VTV), na een evaluatie in 2012: hoe bekend en bruikbaar is zij voor het lokale beleid, het proces en de activiteiten? Hierdoor kunnen we nog beter afstemmen op de wensen van en de samenwerking met de gemeenten en partners.

De nieuwe rapporten sturen we voortaan (alleen) digitaal. We versterken de regionale samenwerking en uitwerking, en werken zoveel mogelijk samen met de andere Brabantse GGD'en.

##### *Gezondheidsmonitors (basispakket)*

In 2012 voeren we de monitor voor volwassenen en ouderen samen uit met het RIVM, het CBS en alle Nederlandse GGD'en. Dit leidt tot een betere kwaliteit doordat we de resultaten van de gemeenten en de regio's kunnen vergelijken met

---

<sup>1</sup> De activiteiten van de GGD zijn onderverdeeld in:

- het basispakket: de wettelijk verplichte taken uit de Wet publieke gezondheid, bepaald aan de hand van landelijke richtlijnen. Het pakket geldt voor alle gemeenten en wordt betaald uit een bijdrage per inwoner.
- de plustaken: de diensten die een gemeente (of een andere klant) afneemt boven/buiten het basispakket. Als alle gemeenten samen een plustaak willen afnemen, worden de kosten ook deel van de inwonersbijdrage.

Binnen het basispakket is ook ruimte voor lokale accenten; daarbij gaat het er niet om of ze worden uitgevoerd, want dat is wettelijk verplicht. Het gaat om het hóe: voor welke doelgroepen, binnen welke thema's en met welke methodes. Over die accenten overlegt de gemeente met de GGD en stelt ze dan vast. Wil een gemeente meer dan het basispakket, dan kan zij kiezen voor plustaken.

elkaar en met de regionale en landelijke gegevens. Het kost minder geld en er zijn meer mogelijkheden om de gezondheid beter in kaart te brengen.

De monitor voor de 0- tot 11-jarigen verschuift hierdoor van 2012 naar 2013.

#### *Verbinding met de eerste lijn en andere terreinen (basispakket)*

De Wet publieke gezondheid noemt als taak (voor de gemeente): het verbinden van de publieke gezondheidszorg met de reguliere zorg. Een betere aansluiting leidt tot het doelmatiger gebruiken van het geld voor de zorg. In 2013 onderzoeken we de kansen daarvoor. Voorbeelden zijn preventieprojecten rond diabetes/overgewicht. De gemeente krijgt steeds meer taken vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning, de jeugdzorg, de AWBZ, passend onderwijs, etc. Samen met hen en met partners zoeken we naar mogelijkheden om preventie meer te laten bijdragen aan de uitdagingen waar zij voor staat.

Het versterken van deze verbindingen levert een bijdrage aan een vitale bevolking, door te investeren in preventie.

#### *Onderzoek en ontwikkeling (plustaak)*

Samen met de Universiteit van Tilburg werken we aan nieuwe en betere diensten.

We voeren een aantal onderzoeken uit, zoals:

- onderzoek naar de beleving van (groepen) jongeren van alcohol, om interventies beter te laten aansluiten, zodat campagnes meer effect hebben;
- onderzoek naar het invoeren van de *Handreiking Gezonde Gemeente*;
- onderzoek naar de mogelijkheden van een OGGZ monitor in Midden-Brabant.



## Jeugd, gezin en school

### Algemeen

Het rijk decentraliseert veel taken naar de gemeenten. Dit heeft gevolgen voor het jeugdbeleid en dus ook voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ).

#### **gemeente: meer taken**

Voor de JGZ is 2012 een cruciaal jaar. Allereerst omdat de GGD deze zorg nu uitvoert voor alle kinderen, van -9 maanden tot 19 jaar. We organiseren haar nog flexibeler, laagdrempeliger en meer op maat. Dat doen we met het invoeren van een nieuwe werkwijze bij de onderzoeken voor de 5-/6-jarigen en de 13-/14-jarigen (1<sup>e</sup> kwartaal 2012). We zijn al met een aantal pilots gestart op basisscholen, in het voortgezet onderwijs en op het ROC.

In 2012 sluiten we nog meer aan op de lokale en regionale ontwikkelingen én op komende decentralisaties, onder andere door het 'kantelen' van de inhoud en de organisatie van onze zorg. Voor de jeugdgezondheidszorg zijn daarbij de uitgangspunten:

- het laagdrempelig en toegankelijk organiseren van onze diensten;
- het creëren van ruimte voor ondersteuning op maat en keuzevrijheid;
- het actualiseren van het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.

### Jeugdzorg en passend onderwijs

#### **integrale aanpak**

De stelselwijziging van de jeugdzorg en de invoering van passend onderwijs hebben grote gevolgen voor de jeugdgezondheidszorg. Gemeenten worden verantwoordelijk voor de uitvoering van de hele jeugdzorg. Het gaat vooral om een nieuwe opbouw van de ondersteuning en de zorg voor jeugdigen en/of hun opvoeders met een integrale aanpak.

Onze opdracht is: het ondersteunen bij opgroeien en opvoeden en de zelfredzaamheid en zelfsturing van het gezin. We willen, samen met anderen, de voorwaarden scheppen en erop toezien dat kinderen goed en veilig opgroeien en we helpen opvoeders bij hun taak. Deze kanteling is voor ons ook een kans om inhoudelijk te vernieuwen en een sterke preventieve pijler te zijn in het lokale jeugdbeleid.

Dit betekent voor de jeugdgezondheidszorg:

- uitgaan van een normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen;
- dicht bij het gezin, de wijk, de buurt;
- de nadruk op tijdige (collectieve) preventie en ondersteuning;
- versterken van de eigen kracht van ouders en hun eigen netwerk;
- licht ondersteunen door die kracht te versterken, ingebed in het gewone leven;
- alleen specialistische zorg inzetten als het niet anders kan.

We voeren deze zorg uit in een omgeving waar de inwoners zelf voor hun belangen kunnen opkomen (civil society) en verbinden haar met de wijkstructuren (waar gemeenten die hebben of versterken).

## **Nieuwe of aangepaste activiteiten**

### *Nieuwe werkwijze jeugdgezondheidszorg*

In overleg met de gemeenten, de Centra voor Jeugd en Gezin, het onderwijs en onze partners maken we in 2012 een (invoerings)plan voor een nieuwe werkwijze: een nieuw, modern takenpakket. In het plan komen de (standaard)producten en ook de (grotere) mogelijkheden om taken lokaal op maat in te vullen. Daarbij houden we ook rekening met onze uitdagingen: *ongelijke kansen, vitale bevolking en gezonde omgeving* (zie blz. 3 en 4).

Het nieuwe pakket past binnen de wettelijke kaders en de richtlijnen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en sluit aan op de ontwikkelingen bij de gemeenten. Omdat dit proces nu van start gaat, kunnen we nog niet precies aangeven welke activiteiten in 2013 anders of nieuw zijn.

### *Gezond en veilig op school (basispakket/plustaak)*

Aandacht voor gezondheid en veiligheid is een belangrijk thema op en voor de scholen. De methode *Gezond en veilig op school* helpt hierbij.

In 2012 bezuinigen we op dit project: het krijgt daardoor een sterk accent op risicogericht werken. Er kunnen minder scholen meedoen, maar er blijft wel aandacht voor die scholen waarvan de kinderen een groter risico hebben op ongezondheid. In 2013 zetten we deze koers verder door.

We kijken ook hoe we efficiënter en effectiever kunnen werken en sluiten zoveel mogelijk aan op de kennis die de school en de wijk al hebben.

### *Seksuele gezondheid (basispakket/plustaak)*

Ook hier onderzoeken we of en hoe we de scholen risicogericht kunnen benaderen. We maken per school een risicotaxatie en doen hen daarna een preventie-aanbod. Er komt nog extra stimuleringsgeld van het Rijk, dat we inzetten om de doelgroep beter te bereiken. Bijvoorbeeld door meer gebruik te maken van social media.

### *Kinderopvang (plustaak)*

Het toezicht op de kwaliteit van de kinderopvang is vanaf 2012 nog meer risicogestuurd. Zo werken de GGD'en in Nederland met risicoprofielen: een goede kinderopvang krijgt minder inspecties dan een kinderopvang waar twijfels over zijn. Daarnaast richten de inspecties zich meer op de praktijk en het pedagogisch beleid en minder op de controles van documenten.

## **Leefstijl** (preventieactiviteiten)

### **Algemeen**

aandacht  
blijft nodig

Voor een effectieve aanpak van gezondheidsproblemen is een integrale aanpak nodig: de problemen zijn nog steeds groot en aandacht voor alleen leefstijl geeft te weinig resultaat. De omgeving blijkt minstens zo belangrijk. Verschillende beleids-terreinen hebben immers invloed op gezondheid.

We ontwikkelen samen met gemeenten al een integrale aanpak en voeren deze uit, bijvoorbeeld voor overgewicht en alcoholgebruik. Deze speerpunten sluiten goed aan bij het lokale (gezondheids)beleid.

### **Nieuwe of aangepaste activiteiten**

#### *Alcohol 16 min, geen goed begin* (basispakket)

In Brabant-Noord loopt een vierjarig project: een aanpak van (de problemen rond) het alcoholgebruik bij jongeren, vanuit vier pijlers: beleid en regelgeving, vroeg-signalering, publiek draagvlak en handhaving. De kracht van dit project is de integrale aanpak. Het betreft iedereen bij dit project die vanuit zijn beroep of privé in aanraking komt met jongeren en spreekt hem/haar aan op de eigen verantwoordelijkheden en mogelijkheden.

Het project stopt in 2013. We bekijken samen met gemeenten en partners hoe we de resultaten lokaal kunnen borgen.

#### *Ouderen* (basispakket/plustaak)

De Wet publieke gezondheid maakt de gemeente verantwoordelijk voor de preventieve zorg voor ouderen. De Wmo heeft als hoofddoel om alle mensen, ongeacht leeftijd of beperking, mee te laten doen in de samenleving. Iedereen is zelf verantwoordelijk voor het regelen van zijn participatie, in overleg met en met steun van zijn eigen sociale netwerk. De gemeente stimuleert dit waar nodig.

De vergrijzing neemt toe. Gemeenten zoeken aanvullende maatregelen om gezondheidsbeperkingen te verminderen en participatie te versterken en betrekken daar ook de GGD bij. We laten preventie beter aansluiten bij de Wmo-doelstellingen van de gemeente.

#### *Wijkgezondheidswerk* (basispakket)

In achterstandswijken wonen veel mensen met een lage sociaaleconomische status. Ze zijn minder gezond en gedragen zich ongezonder. De buurt is de vindplaats van gezondheidsachterstanden en kan die ook veroorzaken of versterken. Daarom richten we ons direct op risicogroepen.

Wijkgezondheidswerk richt zich op een gezonde leefstijl en de toegang tot

gezondheidszorg en op andere voorzieningen bij thema's als voeding en beweging. Deze methode gebruiken we in 's-Hertogenbosch en Tilburg. In 2013 voeren we meer activiteiten op wijkniveau uit.

*Gecombineerde leefstijlinterventie (basispakket)*

Dit is een al bestaand product: een interventie in de (eerstelijns)zorg om mensen met een (veel) te hoog gewicht te begeleiden naar een gezondere leefstijl (voorbeelden: *De Beweegkuur en Big Move*). Het verbindt de zorg met sport en bewegen.

De instellingen Rose Phoenix en Fast zijn projectleider; wij richten ons vooral op het ontwikkelen van netwerken in de gemeenten, die het aanbod op elkaar afstemmen van diëtist, leefstijladviseur, fysiotherapeut, huisarts, sportcoach en sportverenigingen. Ook hier stemmen we – vanzelfsprekend – af met de gemeente(n).

## Infectieziektebestrijding

### Algemeen

#### *Veehouderij*

Mensen kunnen ziek worden van dieren. Een klein deel van de infectieziekten bij dieren kan namelijk ook klachten veroorzaken bij de mens (zoönosen). De Q-koorts laat zien hoe bepalend de woonomgeving kan zijn voor onze gezondheid.

vee ->  
ziektes?

De Gezondheidsraad komt in 2012 met criteria voor het inrichten van het landelijk gebied. In 2011 gaf GGD Nederland als advies: minstens 250 meter tussen veehouderijen en (nieuwe) woningen en bedrijven.

hoe gezond  
is ons voedsel?

Daarnaast zijn er discussies over de voedselkwaliteit. Antibioticagebruik in de veehouderij geeft een risico op resistente bacteriën en is daarmee een risico voor de gezondheid. Het is dus belangrijk dat veehouders minder antibiotica gebruiken. Dat is al flink lager dan in 2009 (ruim 20%), maar het kan nog beter. In 2013 moet het gebruik 50% lager zijn dan in 2009.

Veehouders, retailers overheid én de consument zijn verantwoordelijk voor het verminderen van het grootschalige gebruik van antibiotica. De overheid kan het gebruik van antibiotica strikt gaan reguleren en controleren. De consument speelt hierbij ook een belangrijke rol: als hij zijn gedrag niet verandert, zal er weinig veranderen. Ook hij moet dus kritisch kijken naar zijn eigen rol.

### Nieuwe of aangepaste activiteiten

Samenhang en samenwerken zijn sleutelbegrippen, ook met zorgaanbieders, instellingen en andere organisaties. Zo zijn er initiatieven met ziekenhuizen om bij de hygiëne effectiever te werken, bijvoorbeeld bij de bestrijding en preventie van de MRSA-bacterie.

De GGD werkt verder mee aan verschillende onderzoeken. Met de Provinciale Raad voor de Gezondheid werken we intensief samen in het Brabants kennisnetwerk Zoönosen. Dit netwerk stimuleert het onderzoek naar en de kennisuitwisseling over zoönosen en verzorgt scholing aan artsen, veehouders en studenten.

We denken in verschillende samenwerkingsverbanden over de hygiënemaatregelen die veehouders kunnen nemen, zodat zij geen antibiotica hoeven te gebruiken en de dieren gezonder blijven. Samen met o.a. de belangenorganisatie ZLTO geven we voorlichting over zoönosen en hygiëne, waardoor de verspreiding van ziektekiemen vermindert. Ook bij de huisartsenopleiding is er aandacht voor zoönosen.

We adviseren de gemeente over de inrichting van het platteland en voeren gezondheidseffectscreeningen uit. Zo'n screening (plustaak) berekent de gezondheidseffecten bij een bepaalde inrichting van de ruimte.

## Geestelijke gezondheid en crisisaanpak

### Algemeen

samenwerking  
steviger

Het doel van de nieuwe Wet op de veiligheidsregio's is: een sterkere bestuurlijke en operationele slagkracht en betere hulp en nazorg bij rampen of crises. De directeur publieke gezondheid is daarbij verantwoordelijk voor zowel de GGD als de GHOR (geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio). De GGD'en West-Brabant en Hart voor Brabant werken intensief samen en hebben dezelfde (twee) directeurs. Er is een gezamenlijke pool van medewerkers en de processen zijn vrijwel gelijk. Ook met de GGD Brabant-Zuidoost werken we steeds meer samen. We bouwen deze samenwerking in 2013 verder uit.

### Nieuwe of aangepaste activiteiten

#### *Vangnet en advies (basispakket/plustaak)*

Het aantal zorgmijders neemt toe door het overheidsbeleid. De GGD richt zich op het verbeteren van de gezondheid van deze mensen. We werken intensief samen met huisartsen en andere (gezondheids)instellingen.

De GGD vangt, namens de gemeenten, sociaal kwetsbare mensen op en leidt hen toe naar de bemoezorg of naar reguliere hulp. Daarbij richten we ons op de sociaal-medische zorg en zorgen we, samen met onze partners, voor een betere structuur en een vangnet voor deze 'zorgwekkende zorgmijders'. Hiermee willen we voorkomen dat ze maatschappelijk uitvallen.

#### *Psychosociale hulpverlening (bij incidenten en rampen) (basispakket/plustaak)*

Door verschillende wetten is er nu een duidelijkere taakverdeling tussen de GGD en de GHOR. Er is een landelijk convenant met als een van de aanbevelingen om één proces te maken van de huidige twee processen voor psychosociale hulp (1. bij incidenten en 2. bij ongevallen en rampen). Ze hebben ook dezelfde uitgangspunten en we werken met dezelfde partners samen. Daarom maken we afspraken met de GHOR over deze hulpverlening.

## 4. Financiën

### Inwonersbijdrage 2013

	regio		
	Midden- Brabant	's-Hertogen- bosch	Brabant- Noordoost
Basispakket na herijking, prijspeil 2012	13,41	14,34	13,52
Correctie nominale ontwikkelingen			
2011/2012	0,01	0,01	0,01
Bijdrage elektronisch kinddossier 2010-2012	-0,43	-0,43	-0,43
Nominale ontwikkelingen 2013 (zie bijlage 4)	0,23	0,24	0,23
<b>Inwonersbijdrage 2013</b>	<b>13,22</b>	<b>14,16</b>	<b>13,33</b>
<i>waarvan:</i>			
uniform deel van het basispakket	11,66	11,66	11,66
lokale accenten binnen het basispakket	1,56	1,56	1,56
autonome kosten (zie toelichting)		0,94	0,11
Totaal	13,22	14,16	13,33

### Toelichting

#### *Nominale ontwikkelingen 2013*

Conform de besluiten van het Algemeen Bestuur corrigeren we voor de prijs- en looninflatie, op basis van de meest actuele indexcijfers van de gemeente Tilburg:

- prijzen: de prijsmutatie van het Bruto Binnenlands Product;
- lonen: Tilburg raamt de loonontwikkeling zelf, op basis van circulaire van het Ministerie van BZK, het Centraal Planbureau en aanvullende bronnen.

De ramingen voor het nieuwe jaar krijgen nog een correctie voor het structureel deel van mogelijke bijstellingen op de ramingen van het lopende jaar. Zie ook bijlage 4.

#### *Autonome kosten*

Bij de fusie van de GGD'en stelden de Algemene Besturen vast dat er nog verschillen waren tussen de regio's, vooral in het automatiseringsniveau en huisvestingskosten.

#### *Jeugdgezondheidszorg voor alle kinderen (van -9 maanden tot 19 jaar)*

De gemeenten besloten om vanaf 2012 de hele jeugdgezondheidszorg onder te brengen bij de GGD, onder de voorwaarde van budgettaire neutraliteit. Dit realiseren we in de begroting 2012: vanaf dat moment is er een geïntegreerde begroting.

We kunnen de gemeentelijke bijdrage voor de 0- tot 4-jarigen (nog) niet vertalen in een (gemeenschappelijke) bijdrage per inwoner. Dit zou voor een aantal gemeenten tot extra kosten leiden en dus niet tot budgettaire neutraliteit. We gaan bij de JGZ 0-4 jarigen uit van de verleende beschikkingen over 2011.

## **bijlage 1 – Thema's in het rijksbeleid**

Het kabinet heeft nieuw beleid rond zorg en preventie, maar staat ook voor grote bezuinigingen. Zeker in tijden van (economische) crisis kunnen de gevolgen daarvan groot zijn, ook omdat de gemeenten (en de GGD) zelf moeten bezuinigen. Hieronder volgen drie belangrijke thema's in het rijksbeleid.

### *Gezondheid dichtbij*

Het kabinet vindt dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun leefstijl en vermindert zijn eigen (ondersteunende) leefstijlbeleid. De speerpunten blijven: meer bewegen, en het tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Er komt meer geld voor sporten en bewegen in de buurt.

Van de gemeente verwacht het rijk onder andere: inzetten op spelen, bewegen en sporten en op de jeugd als belangrijke doelgroep. En verder dat zij verbindingen legt tussen verschillende beleidsterreinen en gezondheid.

Het rijk stelt dat gemeenten en GGD'en een belangrijke taak hebben in de gezondheidsbevordering en het gezondheidsbeleid. Ze doen dit door gezondheid onder te brengen bij diverse beleidsterreinen en aan te sluiten bij preventie en curatie.

### *Zorg in de buurt*

Het kabinet wil de zorg dichterbij hebben. Dus: geen belemmeringen meer bij het in de buurt organiseren van zorg en ondersteuning. Dat leidt tot een andere bekostiging en organisatie van de gezondheidszorg en meer ruimte voor innovatie.

Voor gemeenten ziet het rijk daarbij een grote rol, onder andere vanuit de Wmo en bij de huisvesting van zorgaanbieders, de Centra voor Jeugd en Gezin, etc. En verder voor het afstemmen van hun gezondheidsbeleid en de Wmo.

Ook in de Wet publieke gezondheid staan de verantwoordelijkheden van de gemeente: zij is verantwoordelijk voor het lokaal gezondheidsbeleid en de daaruit volgende acties. Van de gemeente verwacht het rijk dat zij een bijdrage levert door inzicht te geven in de lokale gezondheidsproblemen, rekening houdt met voorzieningen (voor zorg en bewegen) in de buurt en afspraken maakt met verzekeraars en zorgverleners.

### *De jeugd*

Het kabinet wil de zorg voor jeugd beter laten aansluiten op de eigen kracht van jongeren en hun ouders.

Het jeugdstelsel verandert daarom ingrijpend. Alle zorg die nu nog valt onder het rijk, de provincies, de AWBZ en de Zorgverzekeringswet gaat naar de gemeenten, die gaan samenwerken met elkaar.

Het stelsel moet zo laagdrempeliger, integraler en efficiënter worden en richt zich ook meer op het preventieve (jeugd)beleid. In het Centrum voor Jeugd en Gezin ligt dan de basis: hulp bij de gewone opvoeding, de eigen kracht en autonomie van jongeren en hun ouders.



## bijlage 2 – Overzicht bezuinigingen 2012

In de begroting 2012 stelde het Algemeen Bestuur de bezuinigingen vast voor 2012 en (deels) 2013. Dit overzicht zag er zo uit:

Omschrijving	Bezuiniging 2012	Realisatie 2012	Realisatie 2013 e.v.
<b><i>(Prioriteit voor) Risicogroepen</i></b>			
Risicogericht werken in het voortgezet onderwijs	100.000	100.000	
Logopedie: sensitiever screenen	200.000	200.000	
Gezonde en veilige school: voor risicoscholen	50.000	50.000	
Minimale algemene voorlichting en folders	35.000	35.000	
Wegvallen sociale kaart	65.000	65.000	
SOA: efficiëntere werkprocessen	75.000	75.000	
Medische milieukunde	35.000	20.000	15.000
<b><i>Samenwerken tussen instellingen</i></b>			
Frontoffices vanuit bestaande locaties	50.000		50.000
Samenwerken GGD'en (Brabant, Zeeland)	125.000	25.000	100.000
Benutten van relaties met zorgverzekeraars + Aansluiting bij eerste lijn/huisartsen	100.000		100.000
<b><i>Samenwerken door/met gemeenten</i></b>			
Nota's gezondheidsbeleid regionaal	50.000	25.000	25.000
Regionale VTV voor 3 regio's	20.000	20.000	
<b><i>Efficiency</i></b>			
Eén backoffice	300.000		300.000
Expansie Het Servicecentrum	100.000		100.000
Taakstelling ondersteuning	300.000	300.000	
Inspecties kinderopvang	100.000	100.000	
Meer digitaal in plaats van papier	15.000	15.000	
<b>Totaal</b>	<b>1.720.000</b>	<b>1.030.000</b>	<b>690.000</b>

### **bijlage 3 - GGD dichtbij – strategische doelen voor 2015**

1. In 2015 is de GGD preferred partner van alle gemeenten in ons werkgebied op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid en scoren we op klanttevredenheid ten minste een 8.
2. In het lokale gezondheidsbeleid van de gemeenten is er dankzij onze inspanningen steeds expliciet aandacht voor het realiseren van gezondheidswinst voor risicogroepen. Die vooruitgang wordt mede toegeschreven aan onze interventies.
3. In 2015 integreren gemeenten in strategische beslissingen gezondheidsaspecten standaard in de planvorming en betrekken daar de GGD bij.
4. In 2015 voldoet onze dienstverlening in minstens 90% van de gevallen aan alle vooraf met de opdrachtgevers overeengekomen kenmerken voor inhoud, servicekwaliteit, proactiviteit en prijs.
5. In 2015 hebben we productieve samenwerkingsrelaties met alle relevante spelers binnen de gezondheid en waarderen onze partners onze bijdragen met minstens een 8.
6. In 2015 waardeert onze bestuurlijke en professionele omgeving de GGD als hét kennisinstituut op het gebied van de openbare gezondheidszorg.
7. In 2015 is de integratie van de jeugdgezondheidszorg voltooid en scoren we een tevredenheid van minstens een 8.
8. In 2015 vormt de integrale jeugdgezondheidszorg een hoeksteen (in de voornemens) voor de lokale/regionale jeugdzorg en nemen we op prominente wijze deel in alle Centra voor Jeugd en Gezin.
9. In 2015 blijkt uit een interne en externe cultuurmeting dat onze organisatie gekenschetst kan worden als betrokken, burgergericht en buitengericht.
10. In onze governance zorgen we voor een transparante bedrijfsvoering. We gaan efficiënt om met toegekende middelen en zorgen voor een financieel gezonde organisatie, wat blijkt uit ratio's voor solvabiliteit, rendement en liquiditeit.

## Bijlage 4 – inwonersbijdrage basispakket 2013

	regio			
	Midden- Brabant	regio 's-Hertogen bosch	Brabant- Noordoost	
Basispakket na herijking prijspeil 2012	13,41	14,34	13,52	
Correctie nominale ontwikkelingen 2011/2012	0,01	0,01	0,01	
Bijdrage elektronisch kinddossier 2010-2012	-0,43	-0,43	-0,43	
Nominale ontwikkelingen 2013	0,23	0,24	0,23	
<b>Inwonersbijdrage basispakket 2013</b>	<b>13,22</b>	<b>14,16</b>	<b>13,33</b>	
<b>Definitieve inwonersbijdrage 2013</b>	<b>13,22</b>	<b>14,16</b>	<b>13,33</b>	
<i>waarvan:</i>				
basispakket uniform deel	11,66	11,66	11,66	
lokale accenten binnen het basispakket	1,56	1,56	1,56	
		0,00	0,00	
bijdrage EKD (2010-2012)	0,00	0,00	0,00	
autonome kosten	0,00	0,93	0,11	
totaal	13,22	14,16	13,33	
<b>Extra bijdrage infectieziektebestrijding</b>	<b>PM</b>	<b>PM</b>	<b>PM</b>	
<b>Totale gemeentelijke bijdrage 2013</b>	<b>13,22</b>	<b>14,16</b>	<b>13,33</b>	
<b>Nominale ontwikkelingen</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2013 totaal</b>
Prijzen				
Begroting 2012	0,00%	1,50%	0,00%	
Begroting 2013	0,00%	1,75%	1,75%	
	0,00%	0,25%	1,75%	2,00%
Lonen				
Begroting 2012	0,00%	1,50%	0,00%	
Begroting 2013	0,00%	1,50%	1,75%	
	0,00%	0,00%	1,75%	1,75%
Correctie prijsontwikkeling 2011 en 2012			0,25%	
Correctie loonontwikkeling 2011 en 2012			0,00%	
Gewogen correctie nominale ontwikkeling 2011/2012			0,11%	
Gewogen nominale ontwikkeling 2013			1,75%	
<b>Totaal toe te rekenen index inwonersbijdrage 2013</b>			<b>1,86%</b>	<b>1,86%</b>
<b>Index tarieven plustaken</b>				<b>1,86%</b>
<b>Prognose gemeente Tilburg januari 2012</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	
prijzen	1,50%	1,75%	1,75%	
lonen	2,10%	1,50%	1,75%	
Kosten beheersbegroting 2011 (*1000)	35.775		afgerond	
Personele lasten	20.420	57,1%	57%	
Materiële lasten	15.355	42,9%	43%	