Hart voor Brabant

Gezondheid telt!

Voorjaarsnota 2011

GGD Hart voor Brabant

1. Inleiding

In dit stuk vindt u de kaders waarbinnen wij de begroting 2012 willen opstellen.
Een belangrijk aspect in deze nota is de bezuiniging die de gemeenten van ons vragen en de gevolgen daarvan voor onze taken. Voor 2012 gaan wij uit van een bezuiniging van meer dan 10% op de (geïndexeerde) inwonersbijdrage.

In deze nota staat wat deze bezuiniging betekent voor de gemeentelijke taken voor de publieke gezondheid, zoals de GGD die uitvoert. Een aantal van die bezuinigingen raakt de inwoners en/of de gemeenten niet, omdat zij gaan over efficiency of de 'achterkant' van onze processen. Er zijn er ook die wel invloed hebben op het werk voor onze klanten: daar gaat het om het versoberen van taken.
We besteden ook aandacht aan de speerpunten voor het gemeentelijk gezondheids-beleid en de koers die dit voor de GGD inhoudt:

- aandacht voor de gezonde omgeving;
- ongelijke kansen;
- betaalbare gezondheid.

En we schetsen enkele gebieden waar elke gemeente in de GGD een belangrijke adviseur en/of uitvoerder vindt: bij crises, bij besmettingsrisico's en bij de zorg voor jeugd en ouderen.

leeswijzer

Na deze inleiding vindt u in hoofdstuk 2 eerst enkele thema's in de publieke gezondheid, met daarna in hoofdstuk 3 waar de GGD daarin staat. Dan volgen in hoofdstuk 4 de bezuinigingen. In hoofdstuk 5 staan de programma's, met onder andere de activiteiten die we minder of anders gaan doen. Hoofdstuk 6 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 2012, 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 2012 met programma's die, ondanks de bezuinigingen, gericht blijven op de gezondheid van alle inwoners van onze gemeenten.

's-Hertogenbosch, 20 januari 2011,
het Dagelijks Bestuur van de GGD Hart voor Brabant,

H.A.M. Backx	F.H.G.M. Ronnes,
secretaris	voorzitter

2. Thema's

Rond het thema gezondheid spelen veel ontwikkelingen. We noemen er enkele.

Gezondheid: het kan beter

In het RIVM-rapport 'Van gezond naar beter' (maart 2010) staat onder andere dat het met de gezondheid in Nederland redelijk goed gaat, maar dat investeren mogelijk, wenselijk en hard nodig blijft. Zeker als het gaat om risicogroepen.

Zo concludeert het rapport onder meer:

investeren blijft nodig

- steeds meer mensen leven met een ziekte of aandoening;
- de participatie van mensen met een ziekte of beperking blijft achter;
- verschillen in gezondheid tussen hoog- en laagopgeleiden zijn hardnekkig;
- leefstijlen worden voor een groot deel maatschappelijk bepaald;
- gezondheidswinst kan veel bijdragen aan meer participatie in de samenleving.

In 2011 verwerken we deze aanbevelingen in onze eigen rapporten. Ze kunnen dan de basis vormen voor het beleid van gemeente en GGD.

Elke gemeente moet binnen twee jaar na de landelijke preventienota eigen gezondheidsbeleid vaststellen. Dit betekent voor veel gemeenten uitstel (de uiterste datum lag eerst in 2011). Het geeft ook de kans om na te denken over de prioriteiten en over de vraag hoe ze hier kunnen samenwerken in de regio. Gezondheids-problemen zijn immers niet lokaal en niet iedere gemeente hoeft zelf het wiel uit te vinden.

gemeentelijk beleid: effectief?

Het rijk verwacht dat de gemeente in haar nota concrete doelstellingen noemt en die uitwerkt in plannen van aanpak. In 2012 toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg het beleid van gemeenten (en GGD) en het aanbod en bereik van de interventies. Daarnaast kijkt zij naar de adviesrol van de GGD bij gemeentelijke besluiten en het gezondheidsbeleid. De inspectie wil zo nagaan of de aanpak door preventie werkt.

De thema's - een keuze

De GGD onderzoekt regelmatig de gezondheid van de inwoners en geeft dan adviezen voor het (gemeentelijk) beleid. Voor de komende jaren adviseren wij de gemeenten om zich te richten op de volgende thema's:

1. De gezonde omgeving

De uitbraak van de Q-koorts maakte het heel duidelijk: fysieke omgeving en milieu hebben effecten op de gezondheid, direct en indirect. Bij dit soort zoönosen (ziekten die overgaan van dier op mens) lopen mensen die contact hebben met dieren een hoger risico. Denk verder aan luchtverontreiniging, straling, geluid en het binnenmilieu.

omgeving en gezondheid

In Brabant zijn er de landbouwontwikkelingsgebieden en de uitbreiding van wegen bij woongebieden. De omgeving kan ook positief bijdragen aan een gezonde leefstijl: bijvoorbeeld voldoende beweging stimuleren. En ook de hoeveelheid groen en (de veiligheid van) fietspaden en oversteekplaatsen zijn van invloed op de gezondheid.

2. Ongelijke kansen

De gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status is slechter dan die van mensen met een hoge. Laagopgeleiden leven 6 tot 7 jaar korter en zijn ongeveer 20 jaar minder gezond.

Deze verschillen zijn hardnekkig en nemen nog niet af. Een effectievere aanpak is nodig, gericht op leefstijl (roken, alcohol, bewegen, etc.) en leefomstandigheden, maar ook op de verschillen zelf en de toegang tot de zorg voor deze groepen. Ook het rijk wil deze grote verschillen in levensverwachting verminderen.

verschillen aanpakken

We willen in de komende jaren meer energie steken in het werk voor risicogroepen (als het gaat om gezondheid), zoals:

- jeugd;
- mensen met een lage opleiding;
- ouderen en chronisch zieken.

De meeste kans op succes in de publieke gezondheid is er bij een integrale aanpak en bij een goede aansluiting bij de doelgroepen. Vaak vraagt dat andere eigenschappen van onze medewerkers.

3. Betaalbare gezondheid

Het is de moeite waard om te investeren in het voorkomen van ziekte. Met een vergrijzende bevolking en een grotere behoefte aan (complexere) zorg is het van belang dat volwassenen en ouderen zo lang mogelijk gezond en vitaal blijven. Alleen zo kunnen zij langer actief blijven werken en/of mantelzorgen.

Minstens de helft van de ziektegevallen in ons land is te vermijden. PriceWaterhouse-Coopers becijferde dat elke euro voor de preventie van roken, overmatig alcohol-gebruik en overgewicht/te weinig beweging een substantieel rendement oplevert voor de samenleving.

preventie loont

3. Waar staat de GGD?

In de gezondheidszorg, ook de publieke, spelen veel ontwikkelingen. Hieronder staan er enkele, samen met onze ambities. We willen daarbij, nog meer dan vroeger, vooral werken voor en dicht bij de inwoners en vooral aandacht besteden aan de kwetsbare groepen. En we werken intensief samen met onze partners.
Van onze medewerkers vragen we een grotere vraaggerichtheid en professionaliteit. Intern werken we aan het ontschotten van onze afdelingen en een grotere gerichtheid op de omgeving; dat leidt tot een hechtere positie in de regio(gemeenten) en contacten/locaties dichter bij onze klant. De GGD staat hiermee aan de vooravond van veranderingen in organisatie, werkwijze en cultuur: meer klant- en vraaggericht en open.

wél minder, tóch beter

Als GGD blijven we dus in 2012 hard werken aan de publieke gezondheid. Zelfs al is er krimp, er blijven ambities op gebieden waar de gemeente ook onze inzet vraagt. Dit zet de organisatie onder druk en wij roepen onze bestuurders dan ook op om mee te blijven denken over de middelen die nodig zijn voor nieuwe taken.
We noemen hier de volgende ontwikkelingen:

Crisis

In de afgelopen jaren waren er tal van incidenten waarbij gemeenten of het publiek de GGD inriep voor ondersteuning. We noemen hier:

- de zedenzaak (zwemschoolhouder) in 's-Hertogenbosch en omliggende gemeenten, die vroeg om regie en ondersteuning op het psychosociale vlak;
- de landelijke griepvaccinaties die in korte tijd een massale inzet vroegen van onder andere GGD en gemeenten.

altijd paraat

En dan was er nog de langdurige druk op het rijk vanuit de GGD (en gemeenten) om iets te doen aan de risico's van de Q-koorts en het werk dat daaruit volgde.
Deze voorbeelden maken duidelijk dat de gemeente in dit soort gevallen altijd kan rekenen op de GGD, zonder dat dat meteen leidt tot extra kosten.

Besmetting en gezondheid

risico's blijven

Een dichte bevolking van mens en dier vergroot de kans op besmetting. De Q-koorts kan een voorbode zijn van andere ziekten die overgaan van dier op mens (zoönosen). Het RIVM stelt dat er nog 85 zoönosen zijn die een probleem kunnen vormen. Er zijn en blijven dus risico's. We moeten accepteren dat we ziek kunnen worden van een dier, maar we moeten ons er wel op voorbereiden.
Het is onze taak om uitzonderlijke situaties op te merken, te beoordelen en de risico's voor de gezondheid af te wegen tegen de effectiviteit en de gevolgen van de bestrijding. Ook al kent zo'n afweging grote onzekerheden, de GGD is bij uitstek de instelling die deze afweging kan aanreiken aan zijn gemeenten, integraal én lokaal.

Jeugd

Veranderingen in de maatschappij leiden tot andere risico's voor het gezond en veilig opgroeien van onze jeugd. Die risico's zijn niet overal even groot en gelijk. Onze jeugd behoort tot de meest gezonde en gelukkige in de wereld, maar een steeds groter aantal kinderen krijgt geïndiceerde zorg. Het betekent dat we onze werkwijze moeten veranderen in een die beter past bij de actuele risico's. Dit vraagt om een gedifferentieerd aanbod aan (risico)groepen en ook om een koppeling van individuele zorg en collectieve activiteiten. Ons aanbod past daarbij het gemeentelijke (jeugd)beleid en sluit aan op de vernieuwingen in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) die de gemeenten willen.

naar één publieke JGZ

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg voor de 0- tot 4-jarigen (Thuiszorg) en de 4- tot 19-jarigen (GGD), met één doorgaande lijn van zorg. Ze willen een optimale sturing op de JGZ om zo de relatie te versterken met hun eigen jeugdbeleid. Daarom besluiten de gemeenten - naar verwachting - om de JGZ samen te brengen bij de GGD, met regionale bestuurs-commissies en een smal basistakenpakket. Ze willen in 2012 één jeugdgezondheids-zorg. In 2011 werken we aan deze integratie.

Ouderen

ouderen: belangrijker

Nederland vergrijst; ouderen worden een steeds grotere en belangrijkere doelgroep. De preventieve ouderen(gezondheids)zorg is een wettelijke taak voor de gemeente, maar het rijk geeft er geen geld voor. Zij stelt dat het hier niet om nieuwe activiteiten gaat, maar vooral om lokale samenhang en een passend aanbod op de lokale behoeften. De gemeente heeft hier een grote beleidsvrijheid en het rijk verwacht dat ze ouderenzorg opneemt in haar nieuwe nota gezondheidsbeleid.

4. Bezuinigen

In 2010 stelde het Algemeen Bestuur dat, vanwege de te verwachten bezuinigingen op het Gemeentefonds, ook de GGD moest bezuinigingen. Nadat de inwoners-bijdrage over 2011 al daalde met ruim 3%, pakten we dit signaal ook voor 20102 voortvarend op.

kiezen op inhoud

We vertrokken daarbij vanuit de inhoud. De directie maakte een overzicht met een groot aantal mogelijke bezuinigingen en besprak die in een klankbordgroep van gemeenteambtenaren uit de drie regio's. Daarna besprak ze enkele scenario's in ons (dagelijks) bestuur.

Daarnaast vroegen we het Algemeen Bestuur om prioriteiten aan te geven. Dat leverde speerpunten op rond de volgende thema's (zie verder de bijlage *Speerpunten bezuinigingen*):

wethouders denken mee

- risicogroepen	€ 560.000
- samenwerken tussen instellingen	€ 275.000
- samenwerken door/met gemeenten	€ 70.000
- efficiency	€ 815.000

-/- 10 % in 2012

In totaal gaat het dus om € 1,7 miljoen. Niet al deze bezuinigingen zijn uitvoerbaar in één jaar (2012). Maar we willen een bezuiniging van 10% op de inwonersbijdrage halen en streven ernaar om eventuele fricties zelf op te lossen. Door de lagere inwonersbijdrage daalt ook het deel dat gemeente in 2012 kan besteden aan haar eigen lokale accenten in het uniforme GGD-pakket.

In het volgende hoofdstuk werken we de verschillende voorstellen uit, met daarbij steeds een indicatie van de te behalen bezuiniging.

Plustaken

afspraken maken

Als gemeenten moeten bezuinigen, kan dat ook gevolgen hebben voor de plustaken die ze bij de GGD afnemen en daarmee voor de dekking van de indirecte kosten van de GGD. Dat raakt dan de reguliere (basis)taken en daarmee de solidariteit tussen de gemeenten. Daarom willen we hierover afspraken maken: als een gemeente stopt met een plustaak, moet de GGD een redelijke termijn krijgen om hierop in te spelen. Te denken valt aan de termijnen op basis van de Algemene wet bestuursrecht, zoals die ook gelden voor subsidies.

5. Programma's

Hierna volgen per programma de (voorstellen voor) bezuinigingen, met daarbij de bijbehorende bedragen. Daarna staan er bij elk programma nog enkele nieuwe of aangepaste activiteiten.

Zicht op gezondheid (onderzoek en beleidsadviezen)

Bezuinigingen

Verdergaande samenwerking met de GGD'en in Brabant en Zeeland kan efficiency en kwaliteit opleveren. Hierbij valt te denken aan (gezondheids)monitors, de regionale verkenningen, innovatie en beleidsontwikkeling en het delen van kennis. Daardoor kunnen we een betere partner zijn voor de provincie.
Samenwerking levert alleen efficiency op als ze niet vrijblijvend is en valt onder een centrale regie. Het vermindert dus ook de eigen autonomie.

Regionale Volkgezondheid Toekomstverkenning (€ 50.000)

In 2012 evalueren we deze rVTV op bekendheid, bruikbaarheid voor het lokaal beleid en ook op het proces en de producten. Een aandachtspunt hierbij is de rapportage: we willen bij een volgende rVTV lokaal niet meer schriftelijk rapporteren, maar digitaal. En we kijken ook naar de verschillen tussen de rVTV's van de drie Brabantse GGD'en. Voor deze evaluatie zoeken we externe financiering.

Gemeentelijk gezondheidsbeleid (€ 20.000)

We blijven de gemeenten ondersteunen bij hun nota's gezondheidsbeleid, maar dan voortaan regionaal: dus niet meer bij 28 aparte nota's. Deze bezuiniging is mogelijk omdat de gezondheid per gemeente vaak vergelijkbaar is. Verder ligt de nadruk op de ondersteuning bij de beleidsnota's, voor zover die in 2011 zijn vastgesteld.

Sociale kaart (€ 65.000)

In 2012 stoppen we met (het verzamelen en bijhouden van gegevens voor) de sociale kaart (www.zorgwelbrabant.nl): het is een algemene activiteit die minder gericht is op de risicogroepen en die dus minder past bij onze kerntaken. Soms zijn er ook doublures met de activiteiten van anderen en misschien kunnen we deze activiteit overdragen aan een andere instelling.
Stoppen met de sociale kaart betekent: geen gegevens meer bijhouden en leveren aan anderen en geen plustaken meer uitvoeren, zoals het leveren van gegevens voor lokale CJG-websites.

Nieuwe of aangepaste activiteiten

Gezondheidsmonitors (basispakket)

Steeds meer gemeenten onderbouwen de keuzes in hun gezondheidsbeleid met cijfers. De GGD verzamelt, samen met de Brabantse en Zeeuwse GGD'en, informatie over o.a. gezondheid via de *Gezondheidsmonitor Hart voor Brabant* in vier deelmonitors:

- jeugd (0 t/m 11 jaar): deze monitor voeren we in 2012 uit. Dat past beter bij de integratie van de jeugdgezondheidszorg. We onderzoeken ook of en hoe we in 2012 efficiënter beleidsinformatie over kinderen kunnen verzamelen;
- jongeren (12 t/m 18 jaar): deze monitor voeren we in 2011 uit;
- volwassenen en ouderen: dit worden landelijke onderzoeken. Dat kan betekenen dat we deze monitors al uitvoeren in 2012.

Daarnaast werken we steeds meer samen met het CBS, dat landelijk gegevens verzamelt over de volksgezondheid. Naast een betere kwaliteit (vergelijkingen tussen gemeenten en regio's en met de landelijke gegevens) levert dit ook efficiencywinst op en meer mogelijkheden om de volksgezondheid beter in kaart te brengen. Hierin moeten we dan wel vooraf investeren.

Doelgroepsegmentatie (basispakket)

In 2009 onderzochten we of we groepen jongeren konden segmenteren op hun beleving van alcohol, om zo interventies beter te laten aansluiten op hun waarden en normen, zodat campagnes meer effect hebben. ZonMW subsidieert verder onderzoek om dit nog beter in beeld te krijgen, interventies hierop af te stemmen en daarmee een beter bereik van alcoholpreventie te realiseren.

Gemeentelijk gezondheidsbeleid

In 2010 verscheen de *Handreiking gezonde gemeente,* met daarin handvatten voor lokaal gezondheidsbeleid en voor een aantal leefstijlthema's. We werken, met externe subsidie, aan de invoering van deze handreiking. Een nieuw thema in de handreiking is seksuele gezondheid.

Jeugd, gezin en school

Algemeen

De gemeenten krijgen steeds meer taken op het brede terrein van het jeugdbeleid. Onze zorg voor de jeugd sluit daarop aan, bij het individuele deel (de jeugd-gezondheidszorg) en bij de collectieve preventie.

Lokaal jeugdbeleid

Het rijk wil dat alle jeugdzorgtaken naar de gemeenten gaan en dat de gemeenten de preventie en vrijwillige hulpverlening gaan organiseren. De GGD kan hierbij een bijdrage leveren. In 2011 komen we, in overleg met onze partners, met een aanbod van bijvoorbeeld:

- (vroeg)signalering, informatie en advies;
- kortdurende hulpverlening;
- groepstrainingen over bijvoorbeeld opvoeding, echtscheiding, rouw en verdriet, pesten, sociale vaardigheden en seksuele en relationele problemen;
- het inzetten van voorlichters in eigen taal en cultuur.

We ontwikkelen dit aanbod in 2011, voor het voortgezet onderwijs en de ROC's.

Bezuinigingen

Gezonde en veilige school (€ 50.000)

Aandacht voor gezondheid en veiligheid is een belangrijk thema voor scholen. De methode *Gezonde en Veilige School* helpt hierbij. In 2011-2012 gaat onze aandacht meer naar de scholen waarvan kinderen een groter risico op ongezondheid lopen, zoals het VMBO en het ROC. Dat kan tot gevolg hebben dat niet meer alle scholen die dat willen aan de beurt komen.

Risicogericht werken in het voortgezet onderwijs (€ 100.000)

Nu krijgen alle kinderen evenveel aandacht. Maar kinderen, ouders en de omgeving verschillen. Er gaat tijd naar kinderen en ouders die dit eigenlijk niet nodig hebben en er is te weinig ruimte voor risicokinderen die zijn te helpen met een lichte begeleiding. Hierdoor ontstaat het risico dat zij doorstromen naar te zware zorg. Dat is niet goed: we moeten problemen snel verhelpen zonder geïndiceerde zorg.

Omdat de integratie van de JGZ in 2012 plaatsvindt (zie blz. 5) en dan vooral gaat over de 0-12 jarigen, ontwikkelen we in 2011 eerst een nieuwe werkwijze in het voortgezet onderwijs. We doen dit samen met gemeenten en partners en de andere Brabantse GGD'en en we sluiten dan aan bij de ontwikkelingen rond passend onderwijs en het gemeentelijk beleid rond zorgstructuren in en om de school.
Vóór de zomer van 2011 komen we met een voorstel voor een andere werkwijze in het voortgezet onderwijs, waarbij we alle kinderen in beeld houden op een manier

die past bij hun risicoprofiel. Daarvoor zijn andere instrumenten nodig zoals vragenlijsten, triage en zorgarrangementen. We nemen de zorg in en om de school en de preventie van ziekteverzuim mee in de discussie over de nieuwe werkwijze, maar ook het lokaal en op maat aanwezig zijn in de leefwereld van de jongere.

Spraak-/taalontwikkeling (€ 200.000)
Spraak/taal is belangrijk voor een goede start. Gemiddeld heeft zo'n 15-20% van de kinderen een logopedisch probleem, maar nu zien onze logopedisten nog 40% van alle kinderen. Samen met de scholen komen we daarom met een voorstel voor een nieuwe werkwijze voor het opsporen van risico's. Daarvoor ontwikkelen we een nieuw instrument dat kinderen sensitiever screent. De logopedist is er dan voor de consultatie op school, bijvoorbeeld door leerkrachten of na de gehouden onderzoeken.
Verder geven we aan welke begeleiding- en toegeleiding we wel of niet uitvoeren en hoe we samenwerken met anderen. We streven naar invoering op 1 januari 2012.

Inspecties kinderopvang (€ 100.000)
We sluiten aan op het landelijk beleid, door een andere werkwijze (risicogestuurd toezicht): bijvoorbeeld tweejaarlijkse inspecties of alleen inspecties bij de kindercentra die bekend staan als risicovol.
Dit is een plustaak voor alle gemeenten, waarvoor het rijk hen apart financiert en er voorwaarden bij stelt. Een verlies van plustaken betekent het wegvallen van dekking van indirecte kosten en kan daarom alleen stapsgewijs.

Nieuwe of aangepaste activiteiten

Kindermishandeling en –misbruik (basispakket)
In 2011 heeft elke school een *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*, waarin staat hoe ze kan handelen bij (een vermoeden van) huiselijk geweld en kindermishandeling. Om de scholen daarbij te ondersteunen, krijgen ze een bijscholing/training. In Brabant-Noord werkt de GGD mee in een pool van begeleiders die deze bijscholing kunnen verzorgen.
Ook de preventie van meisjesbesnijdenis voeren we in ons hele werkgebied in.

Leefstijl (preventieactiviteiten en publieksinformatie)

Algemeen

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 beleidsterreinen hebben immers invloed op gezondheid.
We ontwikkelen samen met gemeenten al een integrale aanpak en voeren deze uit, vooral voor overgewicht en alcoholgebruik. Deze speerpunten sluiten bij uitstek aan bij het lokale (gezondheids-)beleid. We opereren in ons aanbod vooral regionaal.

Bezuinigingen

Preventie in de eerste lijn (€: PM, zie ook blz. 13)
We onderzoeken hoe de samenwerking met die eerste lijn en de zorgverzekeraars beter kan, vooral met concrete activiteiten en projecten.
We gaan door met de (regionale) activiteiten rond overgewicht en diabetes, samen met anderen. Deze komen in 2012 in het basispakket van de zorgverzekeringen, net als het stoppen met roken.
We onderzoeken of we subsidie kunnen krijgen voor een project rond diabeteszorg. Zo willen we preventie in de publieke gezondheidszorg verbinden met de eerste-lijnszorg voor hoog risicogroepen en chronisch zieken.

Minimale algemene voorlichting en folders (€ 35.000)
Algemene campagnes hebben vooral als doel: het (landelijk) op de agenda zetten van het thema. We richten ons daarbij meer op risicogroepen en voeren daarom minder algemene campagnes uit.

Nieuwe of aangepaste activiteiten

Preventieve ouderenzorg (basispakket).
Sinds 2010 is de preventieve ouderen(gezondheids)zorg een wettelijke taak voor de gemeente. Ze heeft hier een grote beleidsvrijheid en het rijk verwacht dat ze ouderenzorg opneemt in haar nieuwe nota gezondheidsbeleid. We ondersteunen de gemeente als zij daarom vraagt.

Infectieziektebestrijding

Algemeen

In de afgelopen jaren steeg het aantal meldingen, vooral door de Q-koorts, de Nieuwe Influenza A en de tuberculose, maar ook omdat de laboratoria voortaan moesten melden. Dat leidt tot veel werk met aangiften en enquêtes, maar ook met nader onderzoek.
We dragen veel bij aan het bewustzijn van deze ziekten bij de overheid en bij de medische sector. We adviseren over maatregelen en communiceren met de gemeente, ook als er geen maatregelen nodig zijn. We houden de ontwikkelingen van het landelijk gebied in de gaten, adviseren daarover en werken ook intensiever samen met de provincie. De samenwerking met de Voedsel- en Warenautoriteit is intensiever en we werken samen met de universiteit in Nijmegen.
We werken mee aan verschillende onderzoeken en richtten, samen met andere instellingen, een zoönoseplatform op dat de kennis in ons werkgebied bundelt.
Dit alles leidt tot structureel werk dat een grotere belasting betekent.

Bezuinigingen

Soa: efficiëntere werkprocessen (€ 75.000)
We richten ons nog meer op de risicogroepen en verwijzen (met rijkssubsidie) mensen buiten die groepen naar de huisarts. Dit leidt tot een stabieler aantal afspraken, maar ook tot een hoger vindpercentage, wat meer subsidie oplevert.

Medische milieukunde (€ 35.000)
Ook hier bezuinigen we 10% op de gemeentelijke bijdrage. Omdat we hier samenwerken met de andere Brabantse GGD'en en hierover nog overleg nodig is, is nog niet duidelijk om welke taken het daarbij gaat.

Samenwerken GGD'en Brabant en Zeeland (€ 125.000)
Centrale backoffices leveren efficiency en kwaliteitsverbetering op en verminderen de kwetsbaarheid. Maar eerst kost het een investering voor het neerzetten van één organisatie en het invoeren van één werkwijze. Natuurlijk zijn we bij zo'n centralisatie afhankelijk van de andere GGD'en.
Voorbeelden van een geslaagde samenwerking zijn het Bureau Gezondheid, Milieu en Veiligheid (voor de Brabantse GGD'en) en de regionale tuberculosebestrijding (voor de GGD'en West-Brabant en Zeeland).

Benutten van relaties met zorgverzekeraars (€ 50.000)
De landelijke overheid wil preventie en zorg meer aan elkaar verbinden. om zo meer gezondheidswinst te boeken. De minister wil meer preventie in het basispakket van de zorgverzekering.
De GGD kan samen met gemeenten overeenkomsten sluiten met de zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld bij de financiering van GGD-diensten rond preventie, betaling van curatieve deeltaken van de GGD (zoals bij de tuberculosebestrijding) of directe doorverwijzing (zoals van jeugdarts naar kinderarts).

Aansluiting bij eerste lijn/huisartsen (€ 50.000)
We willen meer samenwerken met de huisartsen en de eerste lijn. Het bestrijden van soa's is ook een taak van de huisarts; de GGD vult aan en richt zich vooral op de hoogrisicogroepen die moeilijk te bereiken zijn.
De huisartsen doen bij de soa-onderzoeken ook aan individuele preventie. We kunnen daarbij ondersteunen bij de partnerwaarschuwing en de backofficetaken.

Nieuwe of aangepaste activiteiten

Reizigerszorg bij de huisarts (plustaak)
Het faciliteren van de reizigerszorg bij huisartsen (bijvoorbeeld in Boxtel). We kunnen de backofficetaken verzorgen, zoals de planning van afspraken, het verstrekken van actuele informatie, de bijscholing en de vervanging bij ziekte.

Geestelijke gezondheid en crisisaanpak

Algemeen

Zoals we eerder schreven, willen we bij crises de partij zijn waar de gemeente op kan bouwen, altijd.

Bezuinigingen

Psychosociale hulp bij incidenten en rampen (€: PM)

Het doel van de nieuwe Wet op de veiligheidsregio's is: een sterkere bestuurlijke en operationele slagkracht en een betere hulpverlening en nazorg bij rampen of crises. Partijen krijgen een grotere eigen verantwoordelijkheid bij de voorbereiding op rampen en crises. Ook wij werken daar dus de komende jaren aan.

In 2012 krijgt de samenwerking met de GGD West-Brabant verder vorm, met als resultaat: een betere kwaliteit en efficiency. Zo werken we aan een gezamenlijke pool van oproepbare medewerkers.

Ook de GHOR heeft hier nadrukkelijk een taak en een positie. We blijven dus samenwerken met de GHOR.

Nieuwe of aangepaste activiteiten

Vangnet en advies (basispakket en plustaak)

Door het heffen van een eigen bijdrage voor de tweedelijns ggz-gezondheidszorg kunnen zorgmijders in de problemen komen. Het kan leiden tot meer vraag naar publieke zorg en tot een intensievere samenwerking met de ggz.

In 2012 hebben we twee nurse practitioners (verpleegkundig specialisten), die we kunnen inzetten bij deze taken. Zij weten immers veel van de somatische kant van de bemoeizorg en hun inzet biedt meer mogelijkheden in de complexe zorg voor sociaal kwetsbare mensen. We zetten hen in in overleg met de gemeenten.

Gemeente en GGD

Bezuinigingen

Efficiency (€ 400.000)
Hét Servicecentrum (HSC) in Tilburg ondersteunt de gezamenlijke GGD'en Hart voor Brabant en West-Brabant en de Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord. Dit leidde al tot forse besparingen. Door besparingen op de facilitaire ondersteuning en centrale inkoop dalen de kosten nog verder en ook door een uitbreiding van het aantal klanten van HSC.

Huisvesting (€ 350.000)
De GGD zoekt bij de huisvesting van de frontoffices naar combinaties met andere partners: CJG, brede school, consultatiebureau. Daardoor wordt de afstand tot de klant kleiner en mogelijk levert het, op termijn, ook besparingen op voor de gemeente.
De backoffice huisvesten we zo efficiënt mogelijk, bijvoorbeeld in één centraal gebouw, eventueel op een gunstige/goedkope locatie (bedrijventerrein).

Meer digitaal (€ 15.000)
We bieden onze publicaties meer digitaal aan in plaats van op papier. Voorbeelden: verslagen, vragenlijsten (voor de monitors) en rapporten, bijvoorbeeld van de inspecties bij de kindercentra en de rVTV's.

5. Financiën

Inwonersbijdrage 2012

	Midden-Brabant	regio 's-Hertogen-bosch	Brabant-Noordoost
Basispakket na herijking, prijspeil 2011	14,48	15,47	14,59
Correctie nominale ontwikkelingen 2010	0,20	0,22	0,21
Nominale ontwikkelingen 2012	0,22	0,24	0,22
Inwonersbijdrage basispakket 2012	14,90	15,93	15,02
Bezuinigingstaakstelling 10%	- 1,49	- 1,59	- 1,50
Inwonersbijdrage 2012	**13,41**	**14,34**	**13,52**
waarvan:			
uniform deel van het basispakket	11,59	11,59	11,59
lokale accenten binnen het basispakket	1,39	1,39	1,39
tijdelijke bijdrage elektronisch kinddossier (2010-2012)	0,43	0,43	0,43
autonome kosten (zie toelichting)	0,00	0,93	0,11
totaal	13,41	14,34	13,52

Toelichting

Nominale ontwikkelingen 2012

Conform de besluiten van het Algemeen Bestuur corrigeren we voor de prijs- en loon-inflatie, 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 circulaires van het Ministerie van BZK, het Centraal Planbureau en aanvullende bronnen.

De ramingen voor het nieuwe jaar krijgen (zo nodig) nog een correctie voor het structureel deel van mogelijke bijstellingen op de ramingen van het lopende jaar.

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 0-19 jaar

De gemeenten besluiten waarschijnlijk in het voorjaar van 2011 om de hele jeugd-gezondheidszorg onder te brengen bij de GGD Hart voor Brabant. Gemeenten stelden daarbij voorwaarden, zoals budgettaire neutraliteit, het behoud van de huidige, goede zorg en een regionale aansturing.

We stellen een plan van aanpak op voor deze integratie en vertalen dan de financiële gevolgen in een aanpassing van de begroting 2012. Deze leggen we in het najaar van 2011 voor aan het Algemeen Bestuur.

Speerpunten bezuinigingen

Op basis van presentaties van de GGD noemden de leden van het Algemeen Bestuur (AB) in november 2010 speerpunten voor het bezuinigen op de inwonersbijdrage. Dit deden zij in de vorm van een zgn. Groep Decision Room, waarbij ze eerst voorstellen genereerden en die daarna een prioriteit gaven.

Daarbij kwamen vooral de volgende punten naar voren:

- meer aandacht voor de risicogroepen die het nodig hebben, o.a. de jeugd;
- de eerste lijn (o.a. huisarts) meer inzetten bij preventie;
- aansluiten bij de WMO en voorkomen van overlap met andere organisaties;
- gemeenten die meer regionaal samenwerken, o.a. bij hun gezondheidsbeleid;
- kritisch blijven op de eigen organisatie.

Als belangrijkste speerpunten voor de bezuinigingen noemden de AB-leden:

mikken op risico's

Risicogroepen

1. meer maatwerk i.p.v. alle jongeren op dezelfde manier te benaderen;
2. taken in overlapgebieden goed scheiden met anderen met eenzelfde taak;
3. aansluiten bij kanteling in de WMO (zelfredzaamheid, sociaal netwerk);
4. logopedie nauwgezet en gerichter inzetten;
5. betrek huisartsen bij signalering risicogroep.

dichterbij de klant

Samenwerken tussen instellingen

1. t/m 4. backoffice centraal/backoffice centraal en frontoffice via CJG's/backoffice voor alle GGD's in Brabant op één locatie/één gezamenlijke backoffice;
5. eerstelijnszorg: meer preventieboodschappen, betaald door zorgverzekeraars.

meer samen doen

Samenwerken door/met gemeenten

1. subregionale nota's gezondheid;
2. regionale samenwerking en afstemming;
3. één "lokaal" gezondheidsbeleid per subregio;
4. nota gezondheidsbeleid op regionaal niveau, niet 28 maar 3;
5. sluit aan bij regionale structuren en overleg (minder bestuurlijke drukte).