

GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID ROERDALEN 2013-2015

INHOUD

	Samenvatting	5
1.	Inleiding	7
2.	Beleidsmatige context	10
	- Rijksbeleid	
	- Provinciaal beleid	
	- GGD	
	- Wmo	
3.	Koers gemeentelijk gezondheidsbeleid	16

Bijlage

Uitvoeringsprogramma Publieke Gezondheid 2013

SAMENVATTING

Voor ligt de –wettelijk verplichte- nota gemeentelijk gezondheidsbeleid Roerdalen 2013-2015. De nota is om advies aan de Wmo-raad voorgelegd. De Wmo-raad adviseert de voorgestelde koers aan te houden, met een aantal accenten op het vlak van schoolzwemmen, voorlichting gezonde leefstijl en opvoedingsstijlen. In de nota komen deze accenten expliciet aan de orde.

De publieke gezondheid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van rijk en gemeenten. De wederzijdse verantwoordelijkheden op het gebied van de publieke gezondheid zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet is sinds 1 december 2008 van kracht.

In artikel 14 van de Wpg is vastgelegd dat het college van burgemeester en wethouders, ter uitvoering van deze wettelijke taken, zorg draagt voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst. De gemeente Roerdalen voldoet hieraan door met 15 gemeenten deel te nemen aan de Gemeenschappelijke Regeling GGD Limburg-Noord.

De taken op het gebied van gezondheidsbescherming zijn ondergebracht bij de GGD. Veel van deze taken zijn verankerd in regelgeving, zoals bijvoorbeeld het verplicht uit te voeren basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Het merendeel van het budget gaat naar gezondheidsbescherming, waarbij nauwelijks beleidsvrijheid is. Voor de aanpak daarvan wordt verwezen naar het meerjarenbeleid Publieke Gezondheid 2013-2016 van de GGD Limburg- Noord.

Op 19 mei 2011 is de gewijzigde Wet publieke gezondheid vastgesteld (de zogeheten Wpg 2e tranche). De wijzigingen zijn onderverdeeld in drie thema's:

1. Betere voorbereiding op infectiecrisis door:
 - meer aandacht voor infectiecrisis bij decentraal openbaar bestuur;
 - meer aandacht voor infectiecrisis bij partijen in de zorg.
2. Het beleggen van de gemeentelijke taak om prenatale voorlichting aan aanstaande ouders te geven. Deze taak was sinds 1 januari 2009 al voor gemeenten via de Brede doeluitkering Centrum Jeugd en Gezin.
3. Het versterken van de preventiecyclus en de bevordering van de implementatie van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid.

Thema 1 (Wet publieke gezondheid (Wpg) in relatie tot de Wet veiligheidsregios' (Wvr)) is op 1 januari 2012 in werking getreden. Daarmee is het bestuur van de veiligheidsregio verantwoordelijk geworden voor de voorbereiding op een infectieziektecrisis.

Thema 2 (prenatale voorlichting) is eveneens met ingang van 1 januari 2012 in werking getreden. De gemeenten hadden al de opdracht een Centrum voor Jeugd en

Gezin (CJG) tot stand te brengen met als doelgroep kinderen en jongeren (–9 maanden tot 23 jaar), en hun (aanstaande) ouders. Prenatale voorlichting is daaraan toegevoegd.

Thema drie (preventiecyclus en nota gemeentelijk gezondheidsbeleid) is in werking getreden op 1 oktober 2011. Iedere vier jaar brengt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een landelijke nota gezondheidsbeleid uit. Op 25 mei 2011 is de landelijke nota “Gezondheid dichtbij” verschenen.

In artikel 13 van de Wpg is de verplichting opgenomen dat de gemeenteraad binnen twee jaar na vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid, een gemeentelijke nota vaststelt.

Bedoelde nota ‘gemeentelijk gezondheidsbeleid Roerdalen’ ligt momenteel voor. Onderwerp van deze nota is de publieke gezondheidszorg. Daarbij gaat het om de maatschappelijke vraag en niet om de individuele vraag. Het gaat om bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking van Roerdalen als geheel of van specifieke groepen binnen die bevolking. Op dit terrein heeft de gemeente beleidsvrijheid, waarbij de landelijke speerpunten aanknopingspunten bieden.

De nota besteedt aandacht aan de beleidsmatige context van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De landelijke prioriteiten, de provinciale inzet, het vastgestelde meerjarenbeleid GGD Limburg- Noord, en het gemeentelijk Wmo-beleid.

De voorgestelde koers richt zich op het versterken en verbreden van de wettelijke taken op het terrein van participatie, maatschappelijke ondersteuning en jeugd middels een inzet op gezondheidsbeleid. Vanuit deze optiek is het van belang in aanvulling op eerdere ambities expliciet te streven naar een gezonde gemeente. Deze draagt ervoor zorg dat haar burgers gezond kunnen leven, gezondheidsproblemen worden voorkomen en burgers mogelijkheden worden geboden hun gezondheidsproblemen aan te pakken. De gemeente ambieert hierin een rol als facilitator, makelaar, verbinder en stimuleert waar nodig.

Op langere termijn, vanaf 2015, streeft de gemeente Roerdalen naar integratie van het gezondheidsbeleid met het Wmo- en jeugdbeleid. Voor de termijn tot 2015 wordt voorgesteld, gegeven de inzet van rijk, provincie en de actuele ontwikkelingen in Roerdalen op het terrein van de Wmo, in te zetten op een tweetal betrekkelijke witte vlekken, te weten het beleid gericht op sport, spel en bewegen van 0-100 en ouderengezondheidszorg, tevens een wettelijke verplichting. Voorgesteld wordt het laatste onderwerp ‘mee te nemen’ bij de pilots dorpsgericht werken Wonen, Welzijn, Zorg. De nota besteedt aandacht aan de wijze waarop de uitwerking van deze thema’s opgepakt zal worden.

Voor de uitvoering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn vooralsnog geen aanvullende middelen geraamd, omdat een belangrijk deel van de uitvoering reeds bij de GGD is belegd, maar er ook kansen liggen door samenwerking met uitvoeringspartners als de huisartsen c.q. Meditta, maar ook bijvoorbeeld de provincie.

1. INLEIDING

Kader

De publieke gezondheid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van rijk en gemeenten. De wederzijdse verantwoordelijkheden op het gebied van de publieke gezondheid zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet is sinds 1 december 2008 van kracht.

Op grond van de Wpg is de gemeente wettelijk verantwoordelijk voor:

1. Het verwerven en analyseren van de gezondheidssituatie van de bevolking van Roerdalen, het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen, het bedragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, het bevorderen van medische milieukundige zorg, het verlenen van technische hygiënezorg en psychosociale hulp bij rampen en het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders (art 2 Wpg);
2. Uitvoering geven aan jeugdgezondheidszorg en ouderengezondheidszorg (art. 5 Wpg);
3. De algemene infectieziektebestrijding (art. 6 Wpg);
4. Vragen van advies aan de GGD voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de volksgezondheid (art. 16 Wpg).

In artikel 14 van de Wpg is vastgelegd dat het college van burgemeester en wethouders, ter uitvoering van deze wettelijke taken, zorg draagt voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst. De gemeente Roerdalen voldoet hieraan door met 15 gemeenten deel te nemen aan de Gemeenschappelijke Regeling Veiligheidsregio Limburg-Noord.

De taken op het gebied van gezondheidsbescherming zijn ondergebracht bij de GGD. Veel van deze taken zijn verankerd in regelgeving, zoals bijvoorbeeld het verplicht uit te voeren basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Het merendeel van het budget gaat naar gezondheidsbescherming, waarbij nauwelijks beleidsvrijheid is. Voor de aanpak daarvan wordt verwezen naar het meerjarenbeleid Publieke Gezondheid 2013-2016 van de GGD Limburg- Noord, hetwelk ter inzage ligt of in te zien via: <http://www.ggdlimburgnoord.nl/Professionals-/Gemeenten/Leesmap-PPG-2013-2016>.

De GGD is onderdeel van de Veiligheidsregio Limburg Noord. Burgemeester de Boer-Beerta is lid van het Algemeen Bestuur. Wethouder Ramakers is lid van de bestuurscommissie GGD.

Op 19 mei 2011 is de gewijzigde Wet publieke gezondheid vastgesteld (de zogeheten Wpg 2^e tranche). De wijzigingen zijn onderverdeeld in drie thema's:

1. BETERE VOORBEREIDING OP INFECTIECRISIS DOOR:
 - meer aandacht voor infectiecrisis bij decentraal openbaar bestuur;

- meer aandacht voor infectiecrisis bij partijen in de zorg.
- 2. HET BELEGGEN VAN DE GEMEENTELIJKE TAAK OM PRENATALE VOORLICHTING AAN AANSTAANDE OUDERS TE GEVEN. DEZE TAAK WAS SINDS 1 JANUARI 2009 AL VOOR GEMEENTEN VIA DE BREDE DOELUITKERING CENTRUM JEUGD EN GEZIN.
- 3. HET VERSTERKEN VAN DE PREVENTIECYCLUS EN DE BEVORDERING VAN DE IMPLEMENTATIE VAN DE NOTA GEMEENTELIJKE GEZONDHEIDSBELEID.

Thema 1 (Wet publieke gezondheid (Wpg) in relatie tot de Wet veiligheidsregio's (Wvr)) is op 1 januari 2012 in werking getreden. Daarmee is het bestuur van de veiligheidsregio verantwoordelijk geworden voor de voorbereiding op een infectieziektecrisis. Daarbij maakt grootschalige infectieziektebestrijding integraal deel uit van de regionale crisisplannen. Hierdoor liggen bij een infectieziektecrisis de bevoegdheden voor de infectieziektebestrijding en de openbare orde en veiligheid in elke regio in één hand.

Thema 2 (prenatale voorlichting) is eveneens met ingang van 1 januari 2012 in werking getreden. De gemeenten hadden al de opdracht een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) tot stand te brengen met als doelgroep kinderen en jongeren (–9 maanden tot 23 jaar), en hun (aanstaande) ouders. Met prenatale voorlichting worden aanstaande ouders over zwangerschap, de bevalling en de periode daarna geïnformeerd. De middelen hiervoor, die voorheen onderdeel uitmaakten van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), worden aan de gemeenten verstrekt via de Brede Doeluitkering Centra voor Jeugd en Gezin (BDU CJG).

Thema drie (preventiecyclus en nota gemeentelijk gezondheidsbeleid) is in werking getreden op 1 oktober 2011. Iedere vier jaar brengt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een landelijke nota gezondheidsbeleid uit. Op 25 mei 2011 is de landelijke nota “Gezondheid dichtbij” verschenen.

GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID

In artikel 13 van de Wpg is de verplichting opgenomen dat de gemeenteraad binnen twee jaar na vaststelling van de landelijke nota gezondheidsbeleid, een gemeentelijke nota vaststelt.

Bedoelde nota ‘gemeentelijk gezondheidsbeleid Roerdalen’ ligt momenteel voor.

Onderwerp van deze nota is de publieke gezondheidszorg. Daarbij gaat het om de maatschappelijke vraag en niet om de individuele vraag. Het gaat om bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking van Roerdalen als geheel of van specifieke groepen binnen die bevolking. Op dit terrein heeft de gemeente beleidsvrijheid, waarbij de landelijke speerpunten aanknopingspunten bieden.

Waar de Wpg zich vooral richt op bevordering en bescherming van (nog) gezonde burgers, richt de Wmo zich op deelname aan de maatschappij van burgers met een beperking. De bedoeling van de wetswijziging Wpg 2^e tranche was ook om het lokaal gezondheidsbeleid meer procesmatig te structureren, zoals dit binnen de Wmo gebeurt. Dit houdt concreet in dat in de nota vermeld moet worden wat de gemeentelijke doelstellingen zijn op het terrein van de publieke gezondheid, welke acties er ondernomen worden en welke resultaten de gemeente wenst te behalen. Op deze manier kunnen Wpg en Wmo naar elkaar toe groeien.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de beleidsmatige context van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De landelijke prioriteiten, de provinciale inzet, het vastgestelde meerjarenbeleid GGD Limburg- Noord, en het gemeentelijk Wmo-beleid.

Hoofdstuk 3 beschrijft de gemeentelijke ambitie en de gemeentelijke speerpunten van het voorgenomen beleid.

2. BELEIDSMATIGE CONTEXT

Landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' (mei 2011)

In de landelijke nota is de kabinetsvisie (met eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen als uitgangspunt) uitgewerkt in drie thema's:

1. Vertrouwen in gezondheidsbescherming
Mensen kunnen sommige risicofactoren voor de gezondheid niet of moeilijk zelf beïnvloeden. Op dit terrein (bijvoorbeeld waar het gaat om uitbraken infectieziekten, pandemieën) kan de Nederlander op de overheid rekenen. Heldere wet- en regelgeving en toezicht op de naleving hiervan blijven noodzakelijk.
2. Zorg en sport dichtbij in de buurt
De gezondheidszorg kan zich nog meer richten op het bevorderen van gezondheid, naast het bestrijden van ongezondheid. Herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt of digitaal bereikbaar (E-health) kunnen hieraan bijdragen, net als tijdige signalering van gezondheidsrisico's en toepassing van effectieve interventies en innovatieve behandelwijzen. Zorg en preventie moeten meer worden afgestemd. Uitgangspunt zijn behoeften en wensen van de mensen en niet de stelsels of sectoren die zorg leveren. Betrokken partijen moeten dan ook werken aan een sterkere fysieke, organisatorische en inhoudelijke verbinding tussen de publieke gezondheid en de basiszorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het kabinet wil dat iedereen veilig kan sporten, bewegen en spelen in de buurt. Hiervoor zijn voldoende laagdrempelige voorzieningen nodig. Het kabinet geeft hier samen met gemeenten, de sportsector en private partijen een positieve impuls aan.
3. Zelf beslissen over leefstijl
Als het om leefstijl gaat, schrijft de overheid mensen zo min mogelijk voor wat ze wel of niet mogen. Mensen maken zelf keuzes. Die keuze worden gemaakt in een omgeving waarin de gezonde keuze makkelijk is. Aan die omgeving dragen diverse maatschappelijke sectoren bij. Vanwege de betrokkenheid van diverse sectoren is in de rijksnota ook nadrukkelijk de verbinding van de verschillende ministeries met het gezondheidsbeleid terug te vinden. Publiek private samenwerking wordt als een kansrijke methode gezien om de gezonde keuze aantrekkelijk en toegankelijk te maken. Daarnaast is beschikbaarheid van betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie essentieel. Generieke massamediale campagnes passen hier niet in. De nota besteedt extra aandacht aan de jeugd. Naast bevordering van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan, vindt het kabinet dat het

stellen van grenzen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd gerechtvaardigd is.

Gemeenten hebben op het gebied van gezondheidsbevordering een grote mate van beleidsvrijheid, omdat zij als bestuurslaag het dichtst bij de burger staan en daarom beter in staat zijn maatwerk te leveren, in te spelen op de leefwereld van de burgers en rekening te houden met de specifieke lokale omstandigheden. Bij infectieziekten, rampen en jeugdgezondheidszorg is er een sterkere relatie tussen het Rijk en gemeenten noodzakelijk. De wederzijdse verantwoordelijkheden en verplichtingen zijn wettelijk vastgelegd.

Gemeenten dienen iedere vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid op te stellen, waarbij de landelijke prioriteiten in acht worden genomen. Gemeenten zijn ook verplicht om vierjaarlijks een beleidsplan Wmo te maken. Een aantal gemeenten kiest er al voor om deze beleidskaders te integreren. Als prioriteiten benoemt de nota 'Gezondheid dichtbij':

- *Inzetten op spelen, bewegen en sporten;*
- *Jeugd benoemen als belangrijke doelgroep voor het lokaal gezondheidsbeleid;*
- *Stimuleren van publiek private samenwerking op lokaal niveau*
- *Verknopen van gezondheid met andere belangrijke beleidsdoelstellingen, bijvoorbeeld op het terrein van jeugdbeleid, ruimtelijke ordening, welzijn en veiligheid;*
- *Een bijdrage leveren aan het realiseren van 'gezondheid in de buurt' door:*
 - . *inzicht te krijgen in de lokale gezondheidsproblematiek;*
 - . *in de woonvisies rekening te houden met voorzieningen op het gebied van zorg en bewegen in de buurt;*
 - . *afspraken te maken met verzekeraars en zorgverleners: zowel in het vormgeven van voorzieningen en netwerken dicht in de buurt als over afstemming van taken op het gebied van preventie.*

Vanwege het gezamenlijk gezondheidsbeleid, de kennisverzameling en –overdracht en uit efficiencyoverwegingen, heeft het rijk ondersteuningsprogramma's voor lokaal gezondheidsbeleid opgezet. Deze programma's richten zich zowel direct op de gemeenten als op de lokale professionals in de gemeenten. Voorbeelden hiervan zijn programma gezonde slagkracht, het experiment gezonde wijk en Gezond Lokaal-Centraal. Eind 2010 heeft het Centrum Gezond Leven, met behulp van betrokken kennisinstituten, een Handreiking Gezonde gemeente uitgebracht: www.loketgezondleven.nl.

PROVINCIAAL PROGRAMMA GEZONDHEID EN ZORG 2013-2015

Provincie Limburg heeft begin 2013 het Programma Gezondheid en Zorg 2013-2015 vastgesteld "In beweging voor de agenda voor Gezondheid en Zorg".

De provincie ziet als legitimatie voor een inzet op het gebied van gezondheid en (gezondheids)zorg het strategisch belang van gezond menselijk kapitaal voor de samenleving en het leef- en vestigingsklimaat in Limburg, gerelateerd aan de relatief slechte gemiddelde gezondheidstoestand van Limburgers en aan de demografische

ontwikkeling in Limburg. De leidende vraag voor het Programma gezondheid en zorg is dan ook: "Hoe kan de provincie door middel van haar beleid de omstandigheden die van invloed zijn op gezondheid, in relatie tot de (gezondheids)zorg, zo gunstig mogelijk maken voor haar burgers?".

Als 'gezondheidsambitie' heeft de Provincie geformuleerd:

De provincie Limburg ambieert een gezonde Limburgse bevolking en kwalitatief goede (gezondheids)zorg in voldoende mate beschikbaar te houden voor alle inwoners van Limburg.

De provincie gaat bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van de Limburgse bevolking en aan het verstrekken van de (gezondheids)zorgsector, door inzet op gezondheidsbevorderende omstandigheden en –gedrag, actief burgerschap in gezondheid en (gezondheids)zorg, innovatie en samenwerking.

De Agenda voor Gezondheid en Zorg is het uitvoeringsprogramma voor 2013-2015 waarin door middel van de programmalijnen:

- Een Gezonde Wijk
- Een Gezonde arbeidsmarkt
- Een gezonde samenwerking
- Zorginnovatie,

is aangegeven welke doelen de Provincie zich stelt, welke resultaten zij wil behalen en door middel van welke inspanningen zij dit samen met partners gaat doen.

Gezien de relatie met voorliggende nota wordt onderstaand kort geschetst op welke wijze het provinciaal uitvoeringsprogramma de programmalijn De Gezonde Wijk uitwerkt. Centraal in deze programmalijn staat de burger in zijn sociale en fysieke woon- en leefomgeving, in de zin van:

- behoud en verbetering van de gezondheid van deze burger;
- behoud van zelfstandig functioneren van deze burger, ook bij een slechter wordende gezondheid en een chronische/toenemende zorgvraag;
- uitgaande van eigen verantwoordelijkheid en verantwoordelijkheid voor elkaar in gezondheid en (gezondheids)zorg.

Doelstelling van de programmalijn De Gezonde Wijk is:

1. Er is in een aantal Limburgse wijken zichtbaar integraal aandacht voor gezond opgroeien en leven.
2. Er is in een aantal Limburgse wijken zichtbaar innovatief vormgegeven aan de (gezondheids)zorg, aansluitend op de eigen verantwoordelijkheid van de burger.

Daarbij worden navolgende resultaten per datum benoemd:

1. Aan het (te ontwikkelen) concept/ keurmerk De Gezonde School wordt door 100 scholen in de provincie deelgenomen en op 5-tal scholen zijn verdiepingsprojecten in uitvoering, waarvan de ervaringen breed worden gedeeld met de overige scholen in Limburg. Per 2015.

2. Het concept gemeenschapszorg¹ op wijk en buurtniveau is zorginhoudelijk, organisatorische en procesmatig verder doorontwikkeld en in Limburg zijn 5 (burger)initiatieven in uitvoering waarbinnen dit nieuwe concept concreet wordt toegepast. Per 2013.
3. Op wijk- en buurtniveau wordt, in samenwerking tussen professionals en informele zorgverleners en vanuit de mogelijkheden en verantwoordelijkheid van de zorgvrager, innovatief vormgegeven aan (wonen met) zorg voor (kwetsbare groepen) zorgvragers. Per 2015.
4. Er zijn 2 pilots en 1 project in uitvoering gebracht gericht op de verbetering van het binnenmilieu. Per 2013, 2014, 2015.

Aanjagen van gezondheidswinst: Eigen verantwoordelijkheid-gezamenlijke betrokkenheid. Meerjarenbeleid publieke gezondheid 2013-2016. GGD Limburg-Noord

Eind 2011 heeft de bestuurscommissie van de GGD het meerjarenbeleid 2013 -2016 Aanjagen van gezondheidswinst: Eigen verantwoordelijkheid-gezamenlijke betrokkenheid vastgesteld.

Hiermee is de focus verlegd van preventieve gezondheidszorg naar:

- Gezondheidswinst: een niet aflatende inzet op effectieve gezondheidsbescherming en doelgerichte gezondheidsbevordering
- Groepen in kwetsbare posities
- Netwerkgericht samenwerken: steeds opnieuw zoeken naar de meest geëigende partijen om meer maatschappelijke effecten te kunnen bereiken
- Integrale aanpak: noodzakelijk omdat gezondheid veel maatschappelijke determinanten kent
- De omgeving van mensen: het gaat niet (alleen) om gedragsverandering, maar ook om verandering in structuren en processen om mensen heen (heet gezin, het werk, de buurt, de school en dergelijke).
- Dialoog met burgers. In beginsel is iedereen zelf verantwoordelijk voor gezond gedrag. De sociale betrokkenheid en preventieve inspanning zijn dan ook aanvullend hierop en worden bij voorkeur in dialoog met mensen ingericht.
- Samen leren: het intensief uitwisselen tussen beleid, onderzoek en praktijk.

Aangesloten wordt bij de in de (internationale) vakliteratuur gehanteerde definitie: 'Gezondheid is het vermogen tot aanpassen en 'zelf-management' bij maatschappelijke, lichamelijke en emotionele tegenslagen'. Deze definitie sluit beter aan bij het idee dat het bewaken van de gezondheid in de eerste plaats een eigen verantwoordelijkheid is en dat zowel bij gezondheidsbevordering als gezondheidsbescherming de omgeving een belangrijk aangrijpingspunt is.

Het meerjarenbeleidsplan Publieke gezondheid kent een drietal programma's :

¹ Gemeenschapszorg of community care: het ondersteunen van mensen met verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen bij hun deelname aan de samenleving door betere dienstverlening in de directe woonomgeving, zoals aangepaste woonbegeleiding, dagopvang, buurtconciërges, door meer samenwerking tussen zorgvoorzieningen en algemene voorzieningen en door (meer) betrokkenheid van het sociale netwerk, vrijwilligers en/of buurtbewoners

- Gezond en veilig opgroeien
- Gezond en veilig ouder worden
- Vertrouwen in gezondheidsbescherming

Jaarlijks worden in samenspraak met de individuele gemeenten uitvoeringsprogramma's opgesteld. Het uitvoeringsprogramma 2013 voor de gemeente Roerdalen is ter informatie als bijlage bijgevoegd.

Deze uitvoeringsprogramma's zijn mede gebaseerd op de periodiek uitgevoerde gezondheidsmonitoren. Op de site <http://www.regionaalkompas.nl/limburg-noord> staan de bevindingen daarvan. Met betrekking tot de bevindingen voor de gemeente Roerdalen wordt geconcludeerd: *Ongezonde leefgewoonten veroorzaken een aanzienlijk deel van de ziekten en aandoeningen in de bevolking. Ongezonde leefgewoonten komen meer voor onder laagopgeleiden en deze dragen in belangrijke mate bij aan de grote verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status. Een globale vergelijking met landelijke cijfers laat zien dat het niveau van risicogedragingen niet afwijkt van de Nederlandse cijfers. Het ligt daarom voor de hand in het lokaal gezondheidsbeleid aan te sluiten bij de landelijk aanbevolen thema's: roken, alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Daarnaast wordt het thema drugs daaraan toegevoegd. Daarbij zou de focus vooral gericht moeten zijn op de mensen met een lage sociaal economische status omdat bij deze groep de grootste gezondheidswinst te behalen is.*

De Gezondheidsmonitor wordt eens in de vier jaar uitgevoerd. Voor de Gezondheidsmonitor 2012 hebben het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de GGD-en gezamenlijk data verzameld over een achttal gezondheids- en leefstijl gerelateerde onderwerpen: ervaren gezondheid, langdurige aandoeningen, functiebeperkingen, mantelzorg geven, rookgedrag, alcoholgebruik, overgewicht en lichamelijke activiteit. 2012 was het eerste jaar waarin CBS en GGD daarbij dezelfde vraagstellingen hanteerden, waardoor op basis van het gezamenlijke databestand gepubliceerd kan worden. De resultaten worden begin 2014 via het Regionaal Kompas gepubliceerd. Bij het beschikbaar komen van deze gegevens worden de eventuele implicaties voor voorliggend plan nader bezien.

Lokaal gezondheidsbeleid 2009-2012 Roerdalen

Bein 2008 is de nota Lokaal Gezondheidsbeleid Roerdalen 2009-2012 vastgesteld. Deze nota was *“geen eindproduct maar moet gezien worden als een raamwerk voor verder overleg met zorgaanbieders en andere relevante organisaties in onze gemeente c.q. regio. Deze is bedoeld als een nieuwe start van een permanent proces van beleidsontwikkeling en uitvoering op het gebied van integraal gezondheidsbeleid in de nieuwe gemeente Roerdalen”*.

Feitelijk vormde de nota de richting voor opdrachtverlening aan de GGD in de jaren 2009-2012. De verantwoording over de uitvoering heeft dan ook steeds in de vorm van jaarverslagen zijn beslag gekregen.

In deze periode werd gezondheid nog gedefinieerd als een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Inmiddels is deze dus geëvolueerd tot een

omschrijving waarin de eigen verantwoordelijkheid maar ook de sociale omgeving veel explicieter als aangrijpingspunten voor verandering worden beschouwd. Deze benadering sluit ook beter aan op de uitgangspunten van het Wmo- en participatiebeleid.

Beleidsprogramma Wmo Roerdalen

Aan het Roerdalens Wmo-beleid ligt de visie ten grondslag dat 'iedereen kan meedoen, autonoom en zelfredzaam en waarin (organisaties van) burgers verantwoordelijkheid nemen voor elkaar en het leefbaar houden van hun omgeving. Maar ook een samenleving waarin uitval en uitsluiting, eenzaamheid en ongelijkheid worden tegengegaan. Mensen die er niet in slagen op eigen kracht deel te nemen kunnen op ondersteuning rekenen. In een dergelijke samenleving voelen burgers, bedrijven en maatschappelijke organisaties zich medeverantwoordelijke en leveren daar een positieve bijdrage aan.'

Het gemeentelijk Wmo-beleid richt zich op het versterken van de leefbaarheid en sociale cohesie, het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers, het bieden van informatie en advies, de participatie van inwoners en het fungeren als vangnet voor mensen voor wie meedoen op eigen kracht (even) niet mogelijk is.

Met een gemeentelijk beleid gericht op gezondheidsbevordering kan zwaardere WMO- zorg en -ondersteuning worden voorkomen, maar tegelijkertijd aan Wmo-beleid een steviger fundament geboden worden.

Momenteel wordt samen met de gemeenten Maasgouw en Echt-Susteren gewerkt aan de voorbereiding van de transitie AWBZ gericht op implementatie van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

3. KOERS GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID

VISIE

Met een gemeentelijk gezondheidsbeleid kan de basis onder de wettelijke taken op het terrein van participatie, ondersteuning en jeugd worden versterkt en kan tegelijkertijd gewerkt worden aan het voorkomen van uitval door gezondheidsproblemen.

Vanuit die optiek is het van belang in aanvulling op eerdere ambities expliciet te streven naar een gezonde gemeente, waarin burgers:

- gezond kunnen leven
- gezondheidsproblemen worden voorkomen en
- mogelijkheden worden geboden hun gezondheidsproblemen aan te pakken.

De gemeente ambieert hierin een rol facilitator, makelaar, verbinder en stimuleert waar nodig.

Daarom streeft de gemeente op langere termijn –vanaf 2015- naar een integratie van het Wmo- en Jeugdbeleid en het gezondheidsbeleid. Ter voorbereiding daarop en in aansluiting op het uitvoeringsprogramma van de GGD (bijlage 1) wil de gemeente –gegeven de inzet van rijk en provincie, de actuele ontwikkelingen in Roerdalen met name op het gebied van dorpsgericht werken wonen, welzijn en zorg en Het Gesprek- de komende periode vooral inzetten op een tweetal betrekkelijke witte vlekken, te weten:

- sport, spel en bewegen van 0-100
- ‘het gezonde dorp’.

Deze twee speerpunten sluiten ook aan bij de door het rijk meegegeven ‘aanknopingspunten’.

De Wmo-raad heeft het college daarbovenop geadviseerd enkele accenten te leggen:

- *“Besteed aandacht aan schoolzwemmen. Meer nog dan sportiviteit gaat het om veiligheid in een waterrijk land. In de regionale en landelijke pers (zie opinieartikel NRC 13-08-2013) is hier ruim aandacht aan besteed.*
- *Geef voorlichting over een gezonde leefstijl die een bijdrage levert aan het vermogen van burgers om van hun eigen kracht uit te gaan, dit in lijn met de Wmo-gedachte.*
- *Heb in beoordelingen oog voor incompetente ouders, de verschillende stijlen van opvoeden en de moeilijkheden die ouders hierbij ondervinden.”*

De mogelijkheden het schoolzwemmen te stimuleren wordt betrokken bij de ontwikkeling van het Sport- beweegprogramma Roerdalen als onderstaand is toegelicht.

De wijze waarop de aandacht voor een gezonde leefstijl vergroot kan worden zal in overleg met de GGD nader worden uitgewerkt. Daarbij zal een koppeling worden gelegd met de pilots dorpsgericht werken.

Het advies met betrekking tot opvoedingsondersteuning wordt betrokken bij de huidige en toekomstige uitvoering van het Centrum voor Jeugd en Gezin.

Sport, spel en bewegen in de buurt

Veel waarde wordt gehecht aan sport en bewegen als basis voor een gezonde en actieve leefstijl. Sport is gezond, leuk, ontspant en brengt mensen bij elkaar. Overgewicht is een toenemend probleem. Sporten is goed tegen overgewicht en depressies en heeft een positieve invloed op de levensstijl van mensen. Daarom moet iedereen kunnen sporten en bewegen in de buurt. Het Rijk heeft met de sportsector, de VNG en het bedrijfsleven het programma 'Sport en bewegen in de buurt' ontwikkeld dat in 2012 van start is gegaan. Dit programma wil vraaggericht sport- en beweegaanbod in de buurt stimuleren dat ook bijdraagt aan de gezondheid van het individu en de leefbaarheid van de buurt, o.a. door de inzet van combinatiefunctionarissen.

Momenteel kan nog niet iedereen die dat wil sporten en bewegen in de buurt. Het sport- en beweegaanbod sluit nog onvoldoende aan op de vraag van bewoners. Om sport en beweegaanbod voor iedereen te realiseren, is een aantal aspecten van belang.

- Inzicht in de vraag naar en het aanbod van sporten en bewegen;
- Inzet van publieke en private partners om een vraaggericht sport- en beweegaanbod te realiseren;
- Inzet van lokale menskracht om verbindingen te leggen tussen sportverenigingen, andere sportaanbieders en locaties waar behoefte is aan sport – en beweegaanbod;
- Bundelen, valideren en uitrollen van kansrijke sport- en beweegconcepten.

Gezien het belang en de kracht van Sporten en bewegen voor iedereen van 0 tot 100 wil de gemeente in dialoog met inwoners en professionals in de periode september 2013 tot september 2014 een Sport en beweegprogramma Roerdalen ontwikkelen.

Het resultaat daarvan is het 'Programma Sport en bewegen in de buurt' dat inzicht geeft in de vraag en het aanbod aan sport en bewegen, dat beschrijft op welke wijze per dorp vraag en aanbod gematcht gaan worden, beschrijft de acties die nodig zijn om de doelstelling 'iedereen sport mee' te realiseren en wie daar welke bijdrage aan levert.

Ouderen: een lang, gezond en zelfstandig leven

Een goede gezondheid is belangrijk om ouderen in staat te stellen zolang mogelijk zelfstandig te leven. Gemeenten hebben hierin op grond van de Wpg ook een wettelijke taak.

In samenhang met de pilots Wonen, welzijn zorg (inclusief de werkwijze bij Het Gesprek) wordt in samenspraak met de GGD en huisartsen de komende periode extra ingezet op het bevorderen van ouderengezondheidszorg.

Daarbij gaat het vooral om:

Tijdig opsporen van gezondheidsproblemen

Door een meer integrale benadering van hun lichamelijke, psychische en sociale problemen kan de mate van kwetsbaarheid en de behoefte aan ondersteuning beter gesignaleerd worden, zodat er eerder en beter kan worden geholpen.

Het signaleren en doorgeleiden van gezondheidsproblemen en het geven van voorlichting, advies en begeleiding aan ouderen moeten onderdeel zijn van de reguliere zorg en ondersteuning. De huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en andere hulpverleners, zoals Wmo-consulenten, spelen hierbij een belangrijke rol.

Met de actieve aanpak in Het Gesprek inventariseren de medewerkers wat de vraag en eventuele achterliggende problemen van de ouderen zijn, onder andere rond gezondheid en eenzaamheid. Met de GGD en het programma Zorg uit Voorzorg van Meditta, de ondersteuningsorganisatie van de huisartsen in deze regio, wordt gezien op welke wijze deze preventieve check inclusief voorlichting advies en begeleiding, zo effectief en efficiënt mogelijk kan worden vormgegeven.

Eenzaamheid en sociale steun

Om eenzaamheid te voorkomen, is een sociaal netwerk voor (kwetsbare) mensen van groot belang. Een netwerk van vrienden en familie betekent dat het makkelijker wordt iemand iets te vragen. Hoe groter het sociale netwerk, des te groter de hoeveelheid verkregen steun, de tevredenheid ermee en de mate van steun die verwachten te krijgen als het nodig is.

Sociale steun heeft ook preventieve gevolgen voor de gezondheid. Zo beschermt sociale steun tegen het ontstaan van hart- en vaatziekten. Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen beschermen tegen depressie.

Met vrijwilligersorganisaties en professionals worden effectieve aanpakken in het bereiken van ouderen in sociaal isolement geïnventariseerd en worden de mogelijkheden deze in het kader van het dorpsgericht werken uit te rollen tevens gezien. Zo mogelijk worden afspraken gemaakt voor de uitrol daarvan en de rol van de verschillende organisaties daarbinnen.

Bewegen

Ook voor ouderen is bewegen belangrijk. Sport en bewegen dragen bij aan zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid. Verminderde mobiliteit en balans zijn de belangrijkste risicofactoren voor vallen bij ouderen.

Beweegmogelijkheden in de buurt die aansluiten bij de wensen van ouderen, moeten worden gestimuleerd. Naast beweegmogelijkheden in de buurt zijn ook veilige mobiliteitsvoorzieningen voor ouderen van belang. Het gaat om aanpassingen in de woonomgeving en de openbare ruimte en het vergroten van de veiligheid en het veilig gebruik van bijvoorbeeld rollator en scootmobiel.

In de verschillende kernen is verschillend aanbod op het terrein van bewegen en valpreventie. Het is echter de vraag of met het huidige aanbod de meeste ouderen worden bereikt en vervolgens wat er nodig is om deze ouderen wel te bereiken.

Ook dit thema willen wij met de bestaande vrijwilligersorganisaties en professionals specifiek voor de pilot- kernen, nader uitwerken om dit aansluitend ook naar de andere kernen uit te rollen.

Ondervoeding

Ziekte of eenzaamheid kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder of minder goed eten. Hierdoor vergroot het risico op ondervoeding. Tijdige signalering en behandeling hiervan heeft aandacht in de eerstelijnszorg. Naast de aandacht bij zorgverleners, kunnen initiatieven om bijvoorbeeld samen te eten in de buurt bijdragen aan een beter sociaal en fysiek welbevinden.

Ook in dit geval bestaat er in de meeste dorpen de mogelijkheid gezamenlijk te eten. De vraag is echter ook hier of voldoende belanghebbende inwoners hiermee bereikt worden. Deze kennis moet ook met behulp van preventieve checks en gesprekken geïnventariseerd worden.

Resultaat

Het resultaat van de inzet op het thema ouderengezondheidszorg in samenwerking met alle betrokken partijen is inzicht in de specifieke vraag, de mogelijkheden daarin te voorzien en afspraken over de wijze waarop wie daarbij welke rol gaat vervullen.

Gezien de gemeentelijke ambitie en de voorgestelde dorpsgerichte aanpak wordt nader onderzocht in hoeverre samenwerking met de provincie op het vlak van de ontwikkeling van het concept 'gemeenschapszorg' wederzijds meerwaarde kan bieden.

Financiën

Voor de uitvoering van boven voorgestelde koers van het gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn vooralsnog geen aanvullende middelen geraamd, omdat enerzijds een belangrijk deel van de uitvoering al in het uitvoeringsprogramma 2013 van de GGD belegd is en anderzijds sprake is van integratie van het gezondheidsbeleid met het jeugd- en Wmo-beleid 2015-2019 met het daarbij behorende financiële kader. Bovendien wordt door het versterken van de samenwerking met en tussen de uitvoeringpartners in de dorpen ook gestreefd naar een doelmatiger, en tegelijk effectievere inzet. Met de provincie worden de mogelijkheden gezien tot cofinanciering bij de uitvoering van een aantal gemeenschappelijke thema's.

BIJLAGE



‘Aanjagen van gezondheidswinst’:

Eigen verantwoordelijkheid – gezamenlijke betrokkenheid

Perspectief met ambitie voor Roerdalen

Uitvoeringsprogramma Publieke Gezondheid 2013





over publieke gezondheid:

maatschappelijke vraagstukken centraal,
verbinden van beleidsterreinen

Inhoudsopgave

Inleiding

1 Waar komen we vandaan?

2 Waar staan we?

2.1 Gemeentelijk kader Roerdalen

2.2 Trends en risicogedragingen gemeente Roerdalen

3 Wat gaan we in 2013 doen in Roerdalen?

3.1 Gezond en veilig opgroeien

Gezond en veilig ontwikkelen
Aanleren van een gezonde leefstijl
Competente opvoeders en verzorgers
Opgroeien in een gezonde en veilige omgeving

3.2 Zelfstandig en veilig ouder worden

Ouder worden met een gezonde en veilige leefstijl
Ouder worden in een veilige en gezonde leefomgeving

3.3 Vertrouwen in gezondheidsbescherming

Preventie in gezondheidsbescherming
Verbinding in gezondheidsbescherming
Crisisbeheersing in gezondheidsbescherming

3.4 Ondersteund door kennis en innovatie

Investeren in kwaliteit en verantwoording
Investeren in kennisdeling/optimale infrastructuur/academisering
Samenwerking met de eerstelijnszorg
Innovatie
Publiek Private Samenwerking

4 Wat is het financiële kader?

1

Waar komen we vandaan?

In 1948 heeft de WHO een definitie van gezondheid vastgesteld. Het was "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". Op deze definitie is altijd veel kritiek geweest. De definitie zou een toestand beschrijven en daarmee te statisch zijn. Maar er was vooral veel kritiek op het idealistische, bijna utopische karakter van de definitie.

Want wie voldoet hier nu aan? Tegenwoordig wordt gezondheid niet zozeer gezien als een toestand, maar vooral als een vermogen tot... In de literatuur zien we steeds vaker de volgende definitie: Gezondheid is "het vermogen tot adequate aanpassing en zelfmanagement bij maatschappelijke, lichamelijke en emotionele tegenslagen". Deze definitie, waar het woord ziekte niet meer in voorkomt, sluit beter aan bij het idee dat het bewaken van de gezondheid in beginsel een eigen verantwoordelijkheid is en dat zowel bij gezondheidsbevordering als gezondheidsbescherming de omgeving een belangrijk aangrijpingspunt is.

Uit de wetenschappelijke literatuur, maar ook uit eigen ervaring, heeft de GGD een nieuwe benadering van gezondheidsproblemen gedefinieerd. Deze benadering heeft de volgende kenmerken:

1. de omgeving als aangrijpingspunt voor preventie
2. dialoog met burgers
3. flexibele samenwerkingsverbanden
4. een integrale benadering
5. uitwisseling tussen onderzoek, beleid en praktijk

De totstandkoming van deze benadering kende een uitgebreide voorbereidingsperiode. In samenspraak met ambtenaren bij de gemeenten, de GGD, samenwerkingspartners, onderzoekinstellingen en de burgers. De Visie op de publieke gezondheid is op 28 september 2011 door de Bestuurscommissie GGD vastgesteld.

[\(hyperlink Visie op publieke gezondheid\)](#)

Nadat de visie op publieke gezondheid was vastgesteld is er aan de slag gegaan met het meerjarenbeleidsplan publieke gezondheid. Zowel medewerkers van de GGD als ambtenaren en samenwerkingspartners hebben samen (in zogenaamde dialooggroepen) in een aantal bijeenkomsten gebrainstormd over wat nu onze focus zou moeten zijn op het gebied van publieke gezondheid.

In mei 2011 verscheen de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid Dichtbij'. Deze vormt met de eerder genoemde visie een belangrijk referentiekader voor het meerjarenbeleid Publieke gezondheid.

Als kader voor het uitvoeringsplan geldt de in de 'Wet publieke gezondheid', de 'Wet veiligheidsregio's' opgelegde taken, en het meerjarenbeleid. Ook is er gebruik gemaakt van informatie over de gezondheidssituatie van de inwoners van de gemeente, beleidsevaluaties, praktijkervaring epidemiologische onderzoeken van de GGD.

In het meerjarenbeleidsplan staan de ambities en doelen beschreven: wat willen we in de komende beleidsperiode bereiken, welke richting slaan GGD en gemeenten in waar het publieke gezondheid betreft? De nieuwe benadering betekent ook een andere rol voor de GGD: van uitvoering naar advisering, van product naar programma en van output naar outcome. Het meerjarenbeleid publieke gezondheid is in september 2011 door de Bestuurscommissie vastgesteld. [\(hyperlink meerjarenbeleid 2013-2016\)](#)

Dit uitvoeringsplan is ontwikkeld in een tijd waarin de publieke gezondheid volop in beweging is. Niet altijd is te voorzien waartoe nieuwe wet- en regelgeving of politieke discussies zullen leiden. Dit uitvoeringsplan beschrijft het 'hoe' voor de gemeente en de regio Limburg-Noord voor 2013 met een 'doorkijk' naar 2014, hierbij is uitgegaan van de situatie op 1 oktober 2012. Per jaar zullen we zien of we op koers liggen. Waar nodig worden acties bijgesteld en sturen op outcome is nog in ontwikkeling². Nieuwe wegen inslaan betekent immers ook nieuwe dingen leren. De acties in dit uitvoeringsplan wordt in opdracht van en in overleg met de gemeente Roerdalen uitgevoerd.

² Voor een aantal outcome-indicatoren heeft de GGD nog geen 0-meting

2

Waar staan we?

2.1 Gemeentelijk kader Roerdalen

De ambitie van de gemeente Roerdalen is weergegeven in de *Toekomstvisie Roerdalen '25 De toekomst is begonnen...* en daarin onderverdeeld binnen drie thema's: wonen, werken en leven. Deze drie thema's omvatten alle beleidsterreinen van de gemeente Roerdalen.

In zowel het collegeprogramma 2010 – 2014 *Haalbaar en betaalbaar, perspectief met ambitie voor Roerdalen* als de eerder genoemde toekomstvisie zijn het nemen van eigen verantwoordelijkheid, participatie en uitgaan van de eigen kracht belangrijke uitgangspunten.

De verdere uitwerking hiervan is ook zichtbaar in de *Kadernota Wmo, Ambitie tot participatie* en het *Beleidsprogramma Wmo 2011-2015, burger(s) aan het Roer*, waarin de gemeente aangeeft te streven naar een samenleving waarin iedereen meedoet, autonoom en zelfredzaam en waarin (organisaties van) burgers verantwoordelijkheid nemen voor elkaar en het leefbaar houden van hun omgeving. Maar ook een samenleving waarin uitval en uitsluiting, eenzaamheid en ongelijkheid worden tegengegaan. Mensen die er niet in slagen op eigen kracht deel te nemen kunnen op ondersteuning rekenen. In een dergelijke samenleving voelen burgers, bedrijven en maatschappelijke organisaties zich medeverantwoordelijk en leveren daaraan een positieve bijdrage.

De *Kadernota voorzieningenbeleid Roerdalen* sluit hier ook op aan. In het kader van leefbaarheid: heeft iedereen een rol in de lokale samenleving en iedereen moet kunnen meedoen en zijn talenten ontwikkelen en benutten. Dit wordt ook wel participatie genoemd. De gemeente Roerdalen opereert vooral als vangnet voor mensen die niet of onvoldoende zelfredzaam zijn.

Ook het integrale jeugdbeleid gaat conform de Wmo-gedachte uit van de visie van zelfredzaamheid van kinderen, jongeren en hun ouders. De gemeente Roerdalen wil in het kader van de transitie jeugdzorg de regie over het 'voorliggende veld', of preventieve veld versterken. Hiertoe dient ook de samenhang van alle initiatieven op het gebied van jeugdbeleid worden verbeterd en de samenwerking van ketenpartners worden versterkt. De *Nota Integraal Jeugdbeleid* biedt hiertoe een belangrijk kader.

Dit sluit zeer goed aan bij de integrale benadering van het gezondheidsbeleid. Het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid is ook één van de belangrijkste doelen van het nieuwe meerjarenbeleidsplan publieke gezondheid van de GGD. De ambitie van de GGD is om publieke gezondheid in de gemeente Roerdalen te realiseren door flexibele samenwerking, integrale benadering, de omgeving als aangrijpingspunt voor preventie, dialoog met burgers en verbinding tussen onderzoek en praktijk. De GGD wil -als onderdeel van de Veiligheidsregio Limburg-Noord- nadrukkelijk verbindingen leggen tussen de domeinen gezondheid en veiligheid.

In verband met de 3 grote decentralisatieoperaties van rijk naar gemeenten, namelijk jeugdzorg, AWBZ / Wmo en Werken naar Vermogen heeft zelfredzaamheid nog meer prioriteit. Deze drie decentralisaties vragen, mede gelet op de beschikbare budgetten, nadrukkelijk een omslag van zorg naar participatie.

In april 2010 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) de discussienota *Zorg voor je gezondheid!* uitgebracht. De nota pleit voor een omslag in denken en handelen van zorg en ziekte (zz) naar gedrag en gezondheid (gg). Inmiddels is daar mens en maatschappij (mm) bijgekomen. Deze insteek sluit aan bij de ambities van de gemeente Roerdalen en de GGD.

2.2 Trends en risicogedragingen gemeente Roerdalen

De inwoners van de gemeente Roerdalen worden gezonder en zieker tegelijkertijd. Daarmee bedoelen we dat de inwoners steeds iets ouder worden. Dat is een landelijke trend. De extra levensjaren gaan echter ook vaak gepaard met een of meer chronische ziekten.

Al meer dan 30 jaar is bekend dat gezondheid en ziekte duidelijk samenhangen met opleidingsniveau en de hoogte van het inkomen: de sociaal economisch status. Gemiddeld leven hoogopgeleiden zeven jaar langer en bijna 15 jaar langer zonder lichamelijke klachten dan laagopgeleiden. Deze sociaal economische gezondheidsverschillen nemen niet af.

Veel ziekten en aandoeningen zijn vermijdbaar. Ruim een kwart van alle ziekten en aandoeningen is een gevolg van roken, overgewicht, te weinig bewegen of ongezonde voeding (a). Een belangrijk deel van de sociaal economische gezondheidsverschillen wordt toegeschreven aan het feit dat risicogedrag meer voorkomt onder laagopgeleiden (b).

Met de gezondheidsmonitoren zijn de risicogedragingen in kaart gebracht. Omdat in landelijke onderzoeken niet dezelfde vragen zijn gebruikt kan alleen een globale vergelijking worden gemaakt met landelijke cijfers. Daarin zijn geen opvallende verschillen gevonden in het voorkomen van risicogedragingen. Dit gegeven maakt de problematiek echter niet minder urgent. Op de site <http://www.regionaalkompas.nl/limburg-noord> staan de bevindingen van de gezondheids-monitoren. Een samenvatting van de belangrijkste cijfers treft u hieronder aan.

Gezond en veilig opgroeien

Jongeren experimenteren met risicogedrag. Over het algemeen geldt dat hoe langer risicogedrag kan worden uitgesteld, hoe kleiner de kans dat jongeren op latere leeftijd (blijvend) ongezond gedrag zullen vertonen.

Risicogedrag is nog weinig zichtbaar in klas 2 van het voortgezet onderwijs. In klas 4 is het niveau van risicogedragingen aanzienlijk en bijna op het niveau van volwassenen. De volgende cijfers hebben betrekking op jongeren in het voortgezet onderwijs (c).

- Roken: van de jongeren in klas 4 rookt 26%. De gemiddelde leeftijd waarop deze jongeren hun 1e sigaret opsteken is 12,6 jaar. De laatste jaren stabiliseert het percentage jongeren dat rookt in klas 4.
- Alcoholgebruik: hoewel het beleid is "geen druppel onder de 16 jaar" heeft ruim een kwart van de jongeren in klas 2 recent alcohol gebruikt en 6% is recent dronken of aangeschoten geweest. Van de jongeren in klas 4 heeft bijna driekwart recent alcohol gebruikt en ruim een derde is dronken of aangeschoten geweest. Uit het GGD-onderzoek blijkt dat bijna twee derde van de ouders geen duidelijke afspraken maakt met hun kinderen over het gebruik van alcohol. De afgelopen jaren is het percentage jongeren (klas 2 en klas 4) dat recent dronken of aangeschoten is geweest, afgenomen.
- Druggebruik: het gebruik van harddrugs komt weinig voor onder jongeren in het voortgezet onderwijs (0,8%). Ook het gebruik van cannabis is laag onder leerlingen van klas 2 (2%). Dat ligt anders in klas 4: een op de tien heeft recent cannabis gebruikt. Het cannabisgebruik onder jongeren in klas 4 is licht afgenomen in de afgelopen jaren.
- Onveilig vrijen: van de jongeren in klas 4 heeft bijna een derde ooit geslachtsgemeenschap gehad. De helft van deze jongeren deed dit onveilig. Er is een lichte toename in het percentage jongeren dat onveilig vrijt in de afgelopen jaren.
- Overgewicht: bij 14% van de 13-15 jarigen komt overgewicht voor (d).
- Bewegen: van de leerlingen in klas 4 beweegt 30% onvoldoende³ en in klas 2 is dit 17%.
- Voeding: het eetgedrag van jongeren is nog ver van ideaal. Ruim de helft van de jongeren in klas 2 en 4 eet niet elke dag groente en ruim twee derde voldoet niet aan de norm van 2 stuks fruit per dag. Bijna één op de vijf jongeren ontbijt minder dan 5 dagen per week.
- pesten: in klas 2 is 15% op school gepest in de afgelopen 3 maanden in klas 4 is dat 10%.

Zelfstandig en veilig ouder worden (e)

De gemeente Roerdalen vergrijst langzaam maar zeker. Het percentage 65-plussers stijgt van 20% in 2012 naar 27% in 2020 (f). Hierdoor stijgt ook het aantal inwoners dat kampt met gezondheidsproblemen. De zorgvraag en de zwaarte van de zorgvragen zal daardoor sterk toenemen in de komende jaren.

³Dagelijks één uur tenminste matig intensieve lichamelijke activiteit

- Het contact met professionele zorgverleners is nu al hoog: 83% van de 55-plussers heeft jaarlijks contact met de huisarts en de helft met een medisch specialist.
- Driekwart van de ouderen heeft één of meer chronische aandoeningen zoals, aandoeningen van het hart-vaatstelsel, ernstige hoofdpijnklaften, ernstige klachten aan de nek, schouder of rug, astma, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, diabetes en kanker. De helft van alle ouderen ervaart beperkingen in het dagelijks leven als gevolg van chronische aandoeningen.
- Jaarlijks maakt 6% van de ouderen een ernstige depressie door. Ruim een op de tien ouderen ervaart in ernstige mate eenzaamheid. Deze percentages zijn in de afgelopen jaren niet veranderd.
- Ondanks het hoge percentage ouderen met één of meer chronische aandoeningen rapporteert bijna driekwart dat zij hun gezondheid als goed ervaren.

De belangrijkste bevindingen over vermijdbaar risicogedrag volwassenen zijn (g):

- Roken: 24% van de volwassenen rookt. Van de laagopgeleiden rookt 29% en van de hoogopgeleiden rookt 17%. In de afgelopen jaren is het percentages rokers afgenomen.
- Alcoholgebruik: 7% van de volwassenen drinkt overmatig. Dat komt iets minder voor bij de hoogst opgeleiden. Het overmatig alcoholgebruik is afgenomen in de afgelopen jaren.
- Bewegen: ruim een kwart van de volwassenen voldoet niet aan de norm om minimaal 5 dagen per week 30 minuten te bewegen. Hoogopgeleiden voldoen slechter aan de beweegnorm dan laagopgeleiden.
- Voeding: de groente- en fruitconsumptie laat te wensen over. De overgrote meerderheid van de volwassenen voldoet niet aan de normen voor gezonde voeding en dat percentage is gestegen in de afgelopen jaren.
- Overgewicht: 40% van de volwassenen heeft last van overgewicht of ernstig overgewicht. Overgewicht komt meer voor onder mensen met een lage opleiding. Het percentage mensen met overgewicht is gelijk gebleven in de afgelopen jaren.
- Eenzaamheid: 6% van de volwassenen ervaart in ernstige mate eenzaamheid. Eenzaamheid komt meer voor onder laagopgeleiden.

Risicogedrag van volwassenen werkt door naar jongeren doordat volwassenen niet het goede voorbeeldgedrag laten zien en het werkt door naar de doelgroep ouderen doordat de ongezond levende volwassenen van nu, de toekomstige ouderen zijn met gezondheidsklachten.

De belangrijkste bevindingen over vermijdbaar risicogedrag ouderen zijn (e):

- Roken: van de 55-plussers rookt 16%. Ook op oudere leeftijd levert stoppen met roken veel gezondheidswinst op. Het percentage rokers is afgenomen in de laatste jaren.
- Alcoholgebruik: 10% van de 55-plussers drinkt overmatig alcohol. Onder hoogopgeleide ouderen is het percentage overmatige drinkers aanzienlijk hoger dan onder ouderen met een laag opleidingsniveau. Het overmatig alcoholgebruik is de laatste jaren afgenomen.
- Bewegen: ruim een derde van de 55-plussers voldoet niet aan de norm om minimaal 5 dagen per week 30 minuten te bewegen. Van de 75-plussers beweegt meer dan de helft onvoldoende. Vooral laagopgeleiden bewegen te weinig.
- Voeding: twee derde van de ouderen haalt niet de norm van dagelijks minimaal 200 gram groenten en ruim de helft van hen eet minder dan twee stuks fruit per dag.
- Gezond gewicht: volgens landelijk onderzoek komt meer overgewicht voor bij ouderen dan bij volwassenen. Naast overgewicht is ondervoeding en een te laag gewicht ook een aandachtspunt voor deze doelgroep.
- Eenzaamheid: 9% van de 55-plussers ervaart in ernstige mate eenzaamheid. Eenzaamheid komt meer voor onder laagopgeleiden.

Vertrouwen in gezondheidsbescherming

Lokale, en zelfs regionale en landelijke cijfers rondom infectieziekten zijn niet veelzeggend. Dit komt omdat het om relatief weinig besmettingen, uitbraken en dergelijke gaat op jaarbasis. De onvoorspelbaarheid blijft echter. Het enige dat met zekerheid te zeggen is, is dat we niet weten wat er volgende week gebeurt. Wel zijn een aantal trends zichtbaar:

- Toename van het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's).
- Relatief veel arbeidsmigranten uit Midden- en oost Europa, afkomstig uit endemische gebieden voor TBC. Dit betekent enerzijds een toename van het aantal patiënten. Anderzijds een toename van het risico op nieuwe besmettingen. Het aantal contactonderzoeken TBC neemt als gevolg van deze

ontwikkeling toe. Daarnaast leven deze migranten soms in erbarmelijke omstandigheden wat gezondheidkundige risico's met zich mee kan brengen.

- Steeds meer kwetsbare groepen (bijvoorbeeld ouderen, chronisch zieken) ondernemen verre en actieve reizen, in soms primitievere omstandigheden.
- Sterke toename van de maatschappelijke aandacht voor zoönosen, bodemverontreiniging en binnenmilieu. Het aantal gezondheidkundige adviezen waarbij de GGD betrokken wordt en de vertaling van landelijk beleid naar onze gemeenten is de afgelopen periode sterk toegenomen.

Conclusie

Ongezonde leefgewoonten veroorzaken een aanzienlijk deel van de ziekten en aandoeningen in de bevolking. Ongezonde leefgewoonten komen meer voor onder laagopgeleiden en deze dragen in belangrijke mate bij aan de grote verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status.

Een globale vergelijking met landelijke cijfers laat zien dat het niveau van risicogedragingen niet afwijkt van de Nederlandse cijfers. Het ligt daarom voor de hand in het lokaal gezondheidsbeleid aan te sluiten bij de landelijk aanbevolen thema's: roken, alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Daarbij zou de focus vooral gericht moeten zijn op de mensen met een lage sociaal economische status omdat bij deze groep de grootste gezondheidswinst is te behalen.

Bronnen

- Preventie van welvaartsziekten. Raad voor de volksgezondheid en zorg, Den Haag: 2011.
- Van Gezond naar beter. Kernrapport VTV 2010. RIVM, Bilthoven: 2010.
- Jongerenmonitor 2009. GGD Limburg-Noord. Eerste resultaten.
Gebruikt zijn cijfers van cluster 4 (Echt-Susteren, Maasgouw, Roerdalen, Roermond).
www.regionaalkompas.nl/limburg-noord/thema-s/overgewicht.
- 55+monitor 2008 GGD Limburg-Noord: juni 2010.
Gebruikt zijn cijfers van cluster 4 (Echt-Susteren, Maasgouw, Roerdalen, Roermond)
- E,til Progneff 2012. Bevolkingsprognoses Limburg peildatum 1-1-2012. www.vanmeernaarbeter.nl
- Volwassenmonitor 2009. GGD Limburg-Noord. Eerste resultaten.
Gebruikt zijn cijfers van cluster 4 (Echt-Susteren, Maasgouw, Roerdalen, Roermond)

3

Wat gaan we in 2013 doen in Roerdalen?

Het in 2011 vastgestelde *Meerjarenbeleid Publieke gezondheid 2013-2016* kent een opbouw in drie programma's: 1) Gezond en veilig opgroeien, 2) Zelfstandig en veilig ouder worden, 3) Vertrouwen in gezondheidsbescherming. Deze indeling wordt ook gebruikt bij dit uitvoeringsprogramma, jaarplan 2013.

De in de programma's beschreven ambities en outcome-indicatoren geven aan waar gezamenlijke gemeenten binnen de veiligheidsregio Limburg-Noord zich in op gaan richten. Deze ambitie is een algemene doelstelling, die de richting of het streven aangeeft 'waar we voor gaan'.

Dáár ligt de lat, die samen met andere gemeenten, de GGD en andere partners is gelegd. Natuurlijk zal niet elke ambitie in 2016 gehaald zijn, maar om de vorderingen te kunnen meten, zijn in het meerjarenbeleidsplan outcome-indicatoren bij de ambities aangegeven.

De onderstaande outcome-indicatoren⁴ zijn de indicatoren en streefwaarden. Ambities zijn immers van meer (f)actoren afhankelijk dan van de inspanningen van de GGD alleen. In een intensief proces met interne deskundigen en externe partners is 'gestoeid' met het formuleren van indicatoren. Ze maken dit beleidsplan doelgericht, hebben een motiverende functie (draagvlak), dwingen tot het maken van keuzen en bieden de mogelijkheid achteraf verantwoording af te leggen.

Daarmee legt de GGD jaarlijks verantwoording af en kan bijgestuurd worden als er indicaties zijn dat (onderdelen van) doelen niet bereikt worden. Om deze gezamenlijke outcome-indicatoren te behalen zijn op basis van ambities en het gezondheidsprofiel speerpunten voor de gemeente voor 2013 geformuleerd.

3.1 GEZOND EN VEILIG OPGROEIEN

Deze paragraaf maakt concreet wat het programma Gezond en Veilig opgroeien gaat inhouden. Binnen het programma Gezond en Veilig opgroeien onderscheiden we vier deelprogramma's:

- Gezond en veilig ontwikkelen,
- Aanleren van een gezonde leefstijl,
- Competente opvoeders en verzorgers,
- Opgroeien in een gezonde en veilige omgeving.

Het integrale karakter van het beleid is geïnspireerd op de netwerkbenadering. De positie van de GGD is hierin uniek omdat het de enige organisatie is die periodiek alle kinderen en hun ouders ziet en systematisch de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen volgt en gemeenten direct adviseert over te nemen maatregelen bij gezondheidsbedreigingen. Hierdoor is veel informatie bij de GGD aanwezig, informatie die ook kan worden ingezet ten behoeve van bredere advisering van het gemeentelijke beleid.

Het programma Gezond en veilig opgroeien, kent als fundament de reguliere contactmomenten inclusief de 'zorg op indicatie' die daaruit voortvloeit. De hieronder genoemde activiteiten zijn speerpunten voor 2013 en verstevigen dit fundament.

Het programma Gezond en veilig opgroeien start bij de uitvoering van het wettelijk Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (BTP). Gemeenten hebben de GGD opdracht gegeven om deze wettelijke taak zo effectief en efficiënt mogelijk uit te voeren. De invoering van de flexibilisering van contactmomenten (bekend onder de naam Wisselwachters op het goede spoor) is hier een innovatieve uitwerking van. Met de informatie die de medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg tijdens deze contacten in het Digitaal dossier Jeugdgezondheidszorg (DD-JGZ) registreren geeft de GGD op doelgroep- of populatieniveau informatie en advies aan de gemeente.

Gezien de grote lichamelijke en psychosociale veranderingen die leerlingen tussen de twaalf en negentien ondergaan, is door het RIVM geadviseerd om een tweede contactmoment op het voortgezet onderwijs uit te

⁴ De outcome-indicatoren hebben betrekking op de regio Limburg-Noord, het werkgebied van de GGD.

voeren.

In het Begrotingsakkoord 2013 (Lente akkoord) werd daarom aangekondigd dat 15 miljoen euro structureel vrijgemaakt zou gaan worden voor een extra contactmoment door de Jeugdgezondheidszorg met adolescenten op voortgezet en middelbaar onderwijs. Eind december 2012 zal worden besloten of deze aankondiging door de huidige regering wordt overgenomen.

Als de huidige regering deze 15 miljoen euro ook beschikbaar maakt, zullen GGD Nederland en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) een inhoudelijke handreiking ter beschikking stellen aan gemeenten en GGD met praktijkvoorbeelden. Er is hierin nadrukkelijk ruimte voor invulling gericht op de lokale situatie en bijvoorbeeld schooltype.

De GGD gaat, zodra het duidelijk is dat er financiële middelen ter beschikking komen én zodra er kennis is genomen van de handreiking vanuit GGD-Nederland en het NCJ, overleggen met de gemeente Roerdalen om het plan van aanpak op dit onderwerp op te stellen.

Gezond en veilig ontwikkelen

Tijdens de contactmomenten in het kader van de Jeugdgezondheidszorg volgt de GGD de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van alle kinderen en geeft actief informatie aan ouders en kinderen over een gezonde ontwikkeling op al deze gebieden.. Hierdoor signaleert de GGD vroegtijdig risico's. Als het nodig is deelt de GGD deze risico-informatie en geeft doelgroepen met een verhoogd risico gerichte aandacht indien nodig vanuit een multidisciplinaire aanpak. Er is tijdens de reguliere contactmomenten onder andere aandacht voor de prioriteiten uit het Meerjarenbeleid Publieke Gezondheid 2013-2016: roken, onveilige seks, alcoholgebruik, druggebruik, overgewicht en psychosociale problemen.

Ambitie	Outcome-indicator 2013-2016	Speerpunt 2013	Partners
Ouders ervaren dat hun kinderen zich gezond en veilig ontwikkelen.	Risico's zijn vroegtijdig in beeld • alle kinderen (100%) zijn in beeld en alle kinderen worden bereikt • risico-informatie wordt door betrokkenen gedeeld • doelgroepen met een verhoogd risico krijgen gerichte aandacht	• Alle kinderen in beeld • Uitbereiding bereikbaarheid • Kinderen in zorgwekkende opvoedsituaties • Screening en vaccinatie • Stimulering en borging borstvoeding	Gemeenten, 1 ^e lijnszorg en zorginstellingen
	De vaccinatiegraad is minimaal gelijk gebleven. Zuigelingen: 98%, 4-jarigen: 96%, 9-jarigen: 95%		RIVM
	Het bereik en de tijdigheid van de neonatale screeningen (hielprik en gehoorscreening) is minimaal gelijk gebleven (peil 2010).		Kraamzorg, verloskundigen, ziekenhuizen, Adelante en RIVM
	Het percentage kinderen dat zes maanden onafgebroken borstvoeding krijgt, is gestegen tot 15% (2009: 13%)		Verloskundigen Kraamzorg Ziekenhuizen

Speerpunten 2013:

Alle kinderen in beeld

- De GGD maakt afspraken om alle kinderen in beeld te houden met betrokken ketenpartners. Het digitale dossier JGZ (DD-JGZ) is gevuld met gegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie en vormt hiervoor de basis. Er gaan soms kinderen uit de gemeente naar scholen buiten het werkgebied van de GGD of naar speciale instellingen. De terugkoppeling vanuit deze plaatsen naar de GGD is momenteel nog niet sluitend. Daardoor raken er nu bij de GGD kinderen uit beeld. De genoemde afspraken borgen in de toekomst de continuïteit van zorg.
- JGZ-deskundigheid is op afroep en voor consultatie beschikbaar voor ZAT-teams van MBO-scholen op het gebied van medische en geestelijke gezondheidszorg.

Uitbreiding bereikbaarheid

- De GGD breidt de 'telefonische bereikbaarheid voor informatie' uit van JGZ 0-4 naar JGZ 0-19, waar mogelijk in samenspraak met het Centrum voor Jeugd en Gezin Roerdalen. In 2014 of 2015 zal de evaluatie hiervan plaatsvinden.
- In samenspraak met de gemeente Roerdalen breidt de GGD het 'inloopspreekuur 0-4' uit, dat goed is ingeburgerd en goed wordt bezocht, voor ouders met kinderen ouder dan 4 jaar.

Kinderen in zorgwekkende opvoedsituaties

- De GGD signaleert actief en brengt vroegtijdig risicosituaties in beeld. Kinderen waarbij meerdere risicofactoren aanwezig zijn, geeft de GGD prioriteit. Daartoe investeert de GGD in de samenwerking met

de 'contactfunctionarissen'. Voorbeelden hiervan zijn peuterspeelzalen, kinderopvang, scholen, verenigingen en eerstelijnsfunctionarissen. Per groep zet de GGD hier -in overleg met deze partijen- passende acties voor in. Deze variëren van samenwerkingsoverleggen tot voorlichtingsbijeenkomsten. De GGD gaat nadrukkelijk uit van de signaalfunctie en ondersteuningsmogelijkheden van de omgeving van het kind/de jongere.

- De GGD voert de aanbevelingen uit de regionale gemeentelijke notitie 'Coördinatie van zorg' uit. De GGD zet in op de in deze notitie genoemde verbetervoorstellen rondom de Verwijsindex en '1 Gezin 1 Plan'. De GGD intensificeert hiertoe de samenwerking met de ketenpartners en gemeenten in Noord-Limburg op dit gebied.

Screening en vaccinatie

- De GGD gaat onderzoeken of de vaccinatiecampagne efficiënter kan worden uitgevoerd.
- De GGD krijgt adequaat inzicht in de gezondheidstoestand van jeugdigen en de factoren die de gezondheid bevorderen of bedreigen. Deze informatie bespreekt de GGD in 2013 en verder minimaal jaarlijks met de gemeente.

Stimulering en borging borstvoeding

- In de gemeente Roerdalen kreeg 10% van de kinderen in 2011 met zes maanden borstvoeding. De GGD stimuleert en/of borgt het percentage kinderen dat zes maanden onafgebroken borstvoeding krijgt.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

Aanleren van een gezonde leefstijl

Voeding en bewegen

Weinig bewegen en ongezonde voeding brengen nog grotere gezondheidsrisico's met zich mee dan we tot voor kort dachten. Het verhoogt het risico op vroegtijdige sterfte en op ernstige ziekten zoals hart- en vaatziekten, kanker, diabetes type II, obesitas, herseninfarct, hypertensie, dementie, e.d. Overgewicht leidt bijna altijd tot veel lichamelijke klachten, met name van het spier- en skeletstelsel. Ook zijn er vaak psychische klachten, niet in de laatste plaats omdat dikke kinderen meer worden gepest en mede hierdoor een negatief zelfbeeld ontwikkelen.

Sport, bewegen en goede voeding moet dus al op jonge leeftijd aandacht krijgen. De voorlichting hierover aan ouders begint vroeg. Zo is de invloed van het krijgen van borstvoeding op het voorkomen van overgewicht inmiddels wetenschappelijk aangetoond.

Psychische (on)gezondheid

Van de 13-14 jarigen heeft 12% in een of andere vorm te maken met psychosociale problemen, zoals emotionele klachten, gedragsproblemen, hyperactiviteit, aandachtstoornissen en problemen op het gebied van sociale vaardigheden. Deze jongeren ervaren hun gezondheid als matig of slecht, voelen zich depressief, ervaren eenzaamheid en hebben last van psychische problemen. De ervaren gezondheid is een subjectieve gezondheidsmaat die vooral samenhangt met de vitaliteit van de persoon en de algemene tevredenheid met het leven. De ambitie van de GGD focust zich op tijdige signalering, zowel tijdens de contactmomenten in het kader van de Jeugdgezondheidszorg, als bij de eigen epidemiologische onderzoeken. Het delen van deze signalen vindt onder andere plaats met de ketenpartners in de Zorg Advies Teams (ZAT's).

De decentralisatie van de jeugdzorg in de periode 2013 - 2016 naar de gemeente levert een verschuiving van taken op. Afhankelijk van de lokale keuzes krijgt de informatie- en adviesrol van de GGD in deze ontwikkeling - in meer of mindere mate- handen en voeten. Op basis van onder andere gegevens die beschikbaar zijn uit registraties van de individu gerichte onderzoeken⁵ van JGZ 0-19.

⁵ Dit betreffen collectieve geanonimiseerde gegevens.

Ambitie	Outcome-indicator 2013-2016	Speerpunt 2013	Partners
Kinderen en jongeren hebben een gezonde leefstijl: ze hebben een gezond voedingspatroon, bewegen voldoende, roken en drinken niet, gebruiken geen drugs en vrijen vrijwillig en veilig.	Er is inzicht in de gezondheidstoestand van jeugdigen en in de factoren die de gezondheid bevorderen en bedreigen. De behoefte aan zorg wordt concreet geraamd.	• Integrale benadering op het gebied van: - overgewicht - genotmiddelen - twijfelachtig ziekteverzuim - seksuele gezondheid • Ondersteuning seksuele diversiteit • Advisering transitie Jeugdzorg	RIVM 1 ^e lijnszorg
	Er is geen stijgende lijn zichtbaar op het gebied van ongezonde leefstijl: • Roken (2009: 15%) • Onveilige seks (2009: 7%) • Alcoholgebruik (2009: 16 jaar 28%) • Druggebruik (2009: 16 jaar softdrugs 9%) • Overgewicht (2011 e.v.: nulmeting)		Ouders, jongeren, CJG, gemeente, onderwijs, verenigingsleven, GGZ, welzijnsinstellingen, horeca, bureau HALT, politie, openbaar ministerie, bureau Jeugdzorg, Midden- en Kleinbedrijf.

Speerpunten 2013:

Integrale benadering overgewicht

- In opdracht van de gemeente Roerdalen ontwikkelt de GGD een integrale benadering van overgewicht door het creëren van en/of aansluiten bij netwerken. Binnen deze netwerken is aandacht voor zowel preventie, signalering, interventie en verwijzing, educatie, publiek-private samenwerking en de omgeving van het kind. Een voorbeeld een dergelijk netwerk is de samenwerking op het gebied van voorkomen van overgewicht in de 7 Noord-Limburgse gemeenten met de naam: "Voorstel Noord-Limburg Jongeren Op Gezond Gewicht". Dit kan als pilot kan dienen voor de hele regio. De GGD borgt in dit kader ook de verbinding tussen het onderwerp "stimulering borstvoeding" en het onderwerp "voorkomen van overgewicht".

Integrale benadering twijfelachtig ziekteverzuim

- Voorbereiden op het adviseren bij twijfelachtig ziekteverzuim in het kader van zorgwekkende zorgsituaties. Uitvoering in schooljaar 2013/2014.

Integrale benadering seksuele gezondheid

- Activiteiten op het gebied van seksualiteit/SOA binnen het programma vertrouwen in gezondheidsbescherming zullen gekoppeld worden aan de voorlichting van de JGZ-medewerkers over dit onderwerp.

Ondersteuning seksuele diversiteit

- Ondersteuning van scholen bij de verplichting van basisscholen en voortgezet onderwijs om aandacht te besteden aan seksuele diversiteit.

Advisering transitie Jeugdzorg

- Op verzoek van de gemeente advisering en ondersteuning met betrekking tot de transitie Jeugdzorg. De GGD neemt in dit kader deel aan de pilot 'indicatiestelling vanuit ZAT'.

Competente opvoeders en verzorgers

Competente ouders en verzorgers hebben het gevoel de opvoeding goed aan te kunnen en als er vragen of zorgen zijn, weten ze ondersteuning te vinden. Negen van de tien ouders zeggen dit gevoel te hebben. Maar soms is dat gevoel niet aanwezig en is hulp in de eigen sociale steunnetwerken niet (voldoende) te mobiliseren. Voor aanvullende, gespecialiseerde ondersteuning kan een beroep worden gedaan op professionals. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat de gemeente afwijkt van het landelijke gemiddelde waar 80% van de kinderen opgroeit zonder problemen, 15% steun of begeleiding nodig heeft en 5% serieuze opgroei-problemen heeft.

Ambitie	Outcome-indicator 2013-2016	Speerpunt 2013	Partners
Competent ouderschap draagt bij aan het voorkomen van (ernstige) psychosociale en cognitieve problemen bij kinderen.	Het percentage ouders dat aangeeft de opvoeding aan te kunnen en op tijd ondersteuning te kunnen vinden bij zorgen is minimaal gelijk gebleven (landelijk percentage: 90%).	• Empowerment opvoeders, verzorgers en ouders.	Onderwijs, ouders, Bureau Jeugdzorg, CJG, GGZ-instellingen, welzijnsinstellingen, huisartsen, RAAK, opvoedingsinstituten, jongeren zelf, Bureau Jeugdzorg, Veiligheidshuis,
	Het percentage kinderen dat psychosociale problemen ervaart is niet gestegen (2009: 3%)		

			politie, Steunpunt huiselijk geweld, Woningcorporaties.
--	--	--	---

Speerpunten 2013:

Empowerment opvoeders, verzorgers en ouders.

- De GGD bevordert het gebruik van methodieken en werkvormen die gericht zijn op het versterken van de competentie van opvoeders en verzorgers. Deze methodieken dienen bij voorkeur best-practice en evidence-based, zoals 'Samen Starten' en 'Triple P'. De eigen verantwoordelijkheid van ouders en het vermogen om zelf regie te voeren staan hierbij centraal.
- De GGD zoekt de samenwerking met ketenpartners en de directe omgeving van het kind om ondersteuning te geven aan competent ouderschap, bijvoorbeeld 1 Gezin 1 Plan.

Opgroeien in een gezonde en veilige omgeving

We hebben al eerder gezien dat gebrek aan lichaamsbeweging bij kinderen een ernstig gezondheidsprobleem is. Hoe kunnen we beweeggedrag bevorderen? Uit onderzoek blijkt dat de sociale binding in de buurt, de mate van sociale veiligheid, voldoende informele speelruimte zoals stoepen en het gevoel van verkeersveiligheid misschien wel de vier belangrijkste beïnvloedbare factoren zijn.

Ambitie	Outcome-indicator 2013-2016	Speerpunt 2013	Partners
Een prettige woon- en leefomgeving heeft een positief effect op gezondheid.	De meerderheid van de ouders ervaart dat hun woon- en leefomgeving kindvriendelijk is ingericht en afgestemd op de leeftijdscategorie van hun kinderen.	• Integraal beleid leefomgeving	Ouders, Jeugd Gemeente, Nutsinstellingen
	Steeds meer ouders ervaren voldoende sociale samenhang in hun directe woon- en leefomgeving.		Ouders, jeugd, CJG, MEE, Gemeente, kinderopvang, onderwijs, welzijnsinstellingen, ziekenhuizen, huisartsen, GGZ, Bureau Jeugdzorg, Stichting Consument en Veiligheid

Integraal beleid leefomgeving

- De GGD gaat samenwerken op het gebied van jeugd met de werkgebieden inspecties Wet Kinderopvang, gezondheidsbevordering, milieu, brandweer en met het veiligheidsbureau Veiligheidsregio Limburg-Noord VRLN. De samenwerking is uiteindelijk gericht (na 2013) op integrale adviezen met betrekking tot een gezonde en veilige omgeving aan de gemeente.

3.2 ZELFSTANDIG EN VEILIG OUDER WORDEN

Net zomin als 'de jongeren' zijn 'de ouderen' één homogene groep. Aan de ene kant hebben we de actieve ouderen. Zij willen niet alleen maar genieten van 'hun welverdiende rust', ze willen er bij horen, meedoen, zich inzetten voor anderen, contacten onderhouden, enzovoorts. Regie houden, meedoen, zingeving zijn belangrijke kernwaarden, ook wanneer het lichamelijk allemaal niet meer zo gemakkelijk gaat.

Aan de andere kant is er de groep kwetsbare ouderen. Deze groep is minder zelfredzaam. Het zijn vaak ouderen uit de groep met een lagere sociaaleconomische status, ouderen vanaf 75 jaar, alleenstaande ouderen, allochtone ouderen. Een Nijmeegs onderzoek (*Oud worden en gezondheid in de regio Nijmegen, Een kwestie van (eigen) regie en meer weten over kwetsbaarheid, maart 2011*) maakt duidelijk dat de groep van kwetsbare ouderen zonder een complexe zorgvraag nu al 38% van de totale groep ouderen betreft, ouder dan 65 jaar. De GGD wil de zelfredzaamheid bij ouderen versterken en voorkomen dat de kwetsbaarheid bij deze groep ouderen verder oploopt. Zo kan een (acute) complexe zorgsituatie langer worden uitgesteld / voorkomen, zodat een grote groep ouderen langer, zelfstandig thuis kan blijven wonen.

Het aantal 65-plussers stijgt de komende twaalf jaar van 18% naar 31%. Dat is een forse toename. De GGD volgt systematisch de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van 55-plussers⁶. Hierbij worden tevens de gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren gesignaleerd. Op basis hiervan kan de behoefte aan zorg worden geraamd en kunnen vroegtijdig specifieke stoornissen als comorbiditeit (het tegelijkertijd hebben van

⁶ We hebben er voor gekozen de lat niet bij 65 jaar te leggen, omdat de gezondheidswinst vanaf 55 jaar relatief gezien het grootst is.

twee of meer stoornissen of aandoeningen) worden opgespoord. Met name bij het ouder worden zien we vaker dat meerdere, vaak chronische, ziekten met elkaar samenhangen.

Door een ongezonde leefstijl, zoals teveel eten, teveel drinken, teveel roken, te weinig bewegen, te weinig slapen zal het aantal chronisch zieken verder stijgen. Ernstige aandoeningen waaraan mensen nu nog overlijden zullen behandeld worden met nieuwe technieken waardoor mensen langer leven maar wel vaak met een chronische aandoening. De zelfredzaamheid en participatie van ouderen wordt negatief beïnvloed door deze ontwikkelingen.

Gemeenten zijn in toenemende mate verantwoordelijk voor de zorgvoorzieningen, voorzieningen ter opheffing van beperkingen en ter bevordering van participatie (WMO en AWBZ). Preventie is daarom niet alleen van belang vanwege de ziektepreventie, het voorkomen en beperken van functionele achteruitgang en het versterken van de mogelijkheden om zelfredzaamheid te behouden, maar ook om de gemeentelijke WMO-voorzieningen betaalbaar te houden.

Er gebeurt al veel op het terrein van preventie voor ouderen, zo blijkt uit een quickscan van het kenniscentrum Vilans. Zij komen tot de volgende conclusies:

- door diverse partijen wordt een groot aantal initiatieven ontplooid. De verschillen tussen gemeenten zijn groot.
- er is sprake van een versnipperd aanbod en beperkte samenwerking tussen betrokken organisaties. Het ontbreekt aan overzicht over preventiebeleid en preventie activiteiten. Samenwerking tussen gemeenten en marktpartijen staat in de kinderschoenen.
- ouderen zelf geven aan dat zij vooral behoeften hebben aan ondersteuning die gericht is op behoud en versterken van hun zelfredzaamheid. Daarbij gaat het niet alleen om fysieke gezondheid maar ook om goede woningen, bereikbare voorzieningen en beschikbaarheid van vervoer. Aan het sociale aspect, de ontmoeting, hechten zij veel waarde.
- naast overlap in het aanbod zijn er ook veel lacunes in het aanbod. Vooral voor allochtonen ouderen, psychosociaal kwetsbare ouderen en oudere mantelzorgers zou een beter aanbod moeten worden gecreëerd.
- er bestaat weinig inzicht in het bereik van de diverse voorzieningen.

Om ouderengezondheidszorg in Noord- en Midden-Limburg verder te ontwikkelen, de wettelijke verplichting hiertoe stamt uit 2010⁷, moet er een overzicht worden opgesteld van welke interventies het beste bereik hebben en het meest effectief zijn. Bovendien moet er inzicht zijn in de behoefte van doelgroep. Pas daarna kan een samenhangend en integraal aanbod worden opgezet dat ook aansluit bij het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente. Vanuit haar epidemiologische functie kan de GGD Limburg-Noord hierin een verbindende rol vervullen.

Deze paragraaf maakt concreet wat het programma Zelfstandig en veilig ouder worden gaat inhouden. Binnen dit programma onderscheiden we twee deelprogramma's:

- Ouder worden met een gezonde en veilige leefstijl.
- Ouder worden in een veilige en gezonde leefomgeving.

Ouder worden met een gezonde en veilige leefstijl

Bij gezond ouder worden gaat het vooral om het voorkómen en terugdringen van beperkingen in het functioneren en het bevorderen van zelfredzaamheid, participatie en een goede kwaliteit van leven. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, levert het verbeteren van de leefstijl levert tot op hoge leeftijd gezondheidswinst op.

⁷ Wet publieke gezondheid, art. 5a

Ambitie	Outcome-indicator 2013-2016	Speerpunt 2013	Partners
Ouderen hebben een gezonde leefstijl	Er is inzicht in: • de gezondheidstoestand van ouderen • de factoren die de gezondheid bevorderen en bedreigen • het bereik en effect van interventies.	• Gezondheidsmonitor ouderen • In dialoog gaan met ouderen • uitvoering methodiek Preventief Toets Overleg (PTO)	RIVM 1e lijnszorg Samenwerkende organisaties
Ouderen bewaren zo lang mogelijk de regie over de balans tussen verminderde draagkracht (cognitieve achteruitgang) en oplopende draaglast (multimorbiditeit, spierzwakte, evenwichtsproblemen).	Behoeften aan zorg kunnen worden geraamd.		Ouderen(bonden), Gemeenten, Thuiszorg, Sportaanbieders, Huisartsen, fysiotherapeuten, GGZ, welzijnsinstellingen, Vrijwilligersverenigingen Diëtisten.
	Er is een dalende lijn zichtbaar op het gebied van: • overgewicht (2009: 61%) • roken (2009: 16%) • problematisch alcoholgebruik (2009: 10%) • depressie- en angststoornissen • valincidenten (2009: 3%) Er is een stijgende lijn zichtbaar m.b.t.: • bewegen (2009: 61%) • voldoende inname van groenten (2009: 68%) • voldoende inname van fruit (2009: 57%)		

Speerpunten 2013:

Gezondheidsmonitor ouderen

- De GGD analyseert en rapporteert de gegevens uit de gezondheidsmonitor in het Regionaal Kompas Volksgezondheid.

In dialoog gaan met ouderen

- De GGD ondersteunt gemeente Roerdalen bij het in dialoog gaan met ouderen om hun wensen en behoeften rondom gelukkig, gezond en zelfstandig ouder te worden in kaart te brengen. (bijvoorbeeld het houden van burgerpanels, zie kennis en innovatie)

Uitvoering methodiek Preventief Toets Overleg (PTO)

- De GGD start op verzoek van de gemeente een netwerk op en/of sluit bij een bestaand netwerk aan, waarbij de methodiek van een PTO uitgevoerd wordt (zie kennis & innovatie). Doelstelling van zo'n netwerk is om in 2016 te bereiken:
 - het aanbod van interventies op het gebied van roken, overgewicht, (problematisch) alcoholgebruik, eenzaamheid en valincidenten van diverse partners te hebben geïnventariseerd;
 - inzicht te hebben in het bereik, effectiviteit en financiering van leefstijlinterventies bij de doelgroep;
 - een analyse van de gegevens te hebben over de doelgroep;
 - een samenhangend en integraal aanbod te hebben dat aansluit bij de behoeften van de doelgroep in samenspraak met de gemeente Roerdalen.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

Ouder worden in een veilige en gezonde leefomgeving

Binnen dit thema 'Ouder worden in een veilige en gezonde omgeving' richt de GGD zich samen met de gemeente op de grote groep kwetsbare ouderen zonder complexe zorgvraag. Door op deze groep te focussen wil de gemeente Roerdalen met ondersteuning van de GGD voorkomen dat er een verschuiving plaatsvindt van de groep ouderen zonder complexe zorgvraag naar de groep ouderen mét complexe zorgvraag. Aandacht voor deze doelgroep moet er voor zorgen dat de kwetsbare ouderen zo lang mogelijk veilig en zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

De leefomgeving van ouderen heeft drie dimensies:

- de fysiekruimtelijke omgeving (de woning en omgeving eromheen).
- de sociaal-culturele omgeving (de relaties die je hebt met mensen in je omgeving)
- de leefomgeving als belevingseenheid (hoe de omgeving ervaren wordt).

Ambitie	Outcome-indicator 2013-2016	Speerpunt 2013	Partners
Een prettige woon- en leefomgeving heeft positief effect op gezondheid	Steeds meer ouderen ervaren dat hun woon- en leefomgeving voldoende 'leeftijd-vriendelijk' is en rekening houdt met hun mogelijkheden en beperkingen.	• In dialoog gaan met kwetsbare ouderen • het opstarten van	Ouderen(bonden), Gemeente, Nutsinstellingen,

	Steeds meer ouderen ervaren voldoende samenhang in hun directe woon- en leefomgeving	een netwerk 'leeftijd-vriendelijke' omgeving	Ouderen(bonden), Gemeente, 1 ^e lijnszorg, Welzijnsinstellingen
--	--	--	---

Speerpunten 2013:

In dialoog gaan met kwetsbare ouderen

- De GGD gaat in dialoog met kwetsbare ouderen om hun wensen en behoeften op het gebied van gezonde leefstijl (bijvoorbeeld het houden van burgerpanels, zie *kennis en innovatie*)

Het opstarten van een netwerk 'leeftijd-vriendelijke' omgeving

- De GGD start op verzoek van de gemeente een netwerk op en/of sluit bij een bestaand netwerk met relevante partners op het gebied van wonen, welzijn, zorg en preventie aan. Doelstelling van zo'n netwerk is om in 2016 te bereiken:
 - Een gezonde en veilige leefomgeving die 'leeftijd-vriendelijk' is en rekening te houden met de mogelijkheden en beperkingen van minder-vitale ouderen.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

3.3 VERTROUWEN IN GEZONDHEIDSBESCHERMING

Hoewel burgers in beginsel zelf verantwoordelijk zijn voor bescherming en bevordering (preventie) van hun gezondheid moeten burgers - waar risicofactoren moeilijk te beïnvloeden zijn- kunnen vertrouwen op de overheid. Dit geldt bijvoorbeeld bij de uitbraak van infectieziekten (waaronder zoönosen), tuberculosebestrijding, technische hygiënezorg, bij de bescherming van het binnenmilieu en gezondheidsrisico's ten aanzien van milieu. De gemeente moet er voor zorgen dat deze taken worden afgestemd met de curatieve gezondheidszorg, de forensische geneeskunde en de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen of zware ongevallen. In opdracht van de gemeente Roerdalen voert de GGD vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) deze taken uit. Hierbij geldt dat de GGD ook binnen de publieke gezondheid de verantwoordelijkheid voor gezondheid neerlegt bij de organisaties die hiervoor zijn. Samenwerking en verbinden is daarbij het sleutelwoord. Voor het programma Vertrouwen in Gezondheidsbevordering zijn aan hand van landelijke richtlijnen, protocollen en kwaliteitseisen de onderstaande indicatoren geformuleerd.

Ambitie	Outcome-indicator 2013-2016	Partners
<i>Algemene infectieziektebestrijding</i>		
Door middel van surveillance (monitoring), preventie en beleidsadvies de kans op uitbraak/voorkomen van infectieziekten, besmettingen verkleinen en de negatieve gevolgen voor de gezondheid verminderen. Alle instellingen met kwetsbare groepen zijn op de hoogte van de wettelijke meldingsplicht die zij hebben.	Alle meldingen worden binnen de daarvoor vastgestelde wettelijke termijnen afgehandeld en krijgen waar nodig een vervolg in de vorm van bron- en contactonderzoek en/of (begeleiding) van behandeling en voorlichting om verdere verspreiding te voorkomen. Ketenpartners hebben toegang tot de actuele landelijk getoetste informatie. Toename aantal en verbeterde/snellere meldingen vanuit instellingen waar kwetsbare groepen verblijven. Beperken/indammen van uitbreiding van infecties binnen en daardoor ook buiten de (zorg)instellingen. Vragen van burgers en professionals worden binnen twee werkdagen afgehandeld.	Artsen in de 1 ^e lijn en 2 ^e lijnsinstellingen, medisch microbiologen, Huisartsen Apothekers, Bedrijfsartsen, Verloskundigen, AZC's, Penitentiaire inrichtingen, Scholen, kindercentra, VWA, RIVM, VROM, Provincie Limburg, Drinkwaterbedrijven, Collega GGD'en, Gesundheitsämter, Veterinaire artsen
<i>Tuberculosebestrijding</i>		
In de Veiligheidsregio Limburg-Noord komt het percentage tuberculose niet boven het landelijke gemiddelde.	Alle bij de GGD gemelde tuberculosepatiënten worden door de GGD begeleid tijdens de behandeling.	Ziekenhuizen Gemeenten, GGD-en Zuid Nederland, KNCV, tuberculosecentra, AZC's
	Van alle gemelde tuberculosepatiënten maakt tenminste 85% de behandeling volgens voorschrift en de vigerende richtlijnen af.	
	Alle reizigers naar gebieden waar tuberculose frequent voorkomt, krijgen ook advies op maat ten aanzien van het risico op tuberculose.	GGD Team Reizigers, scholen, bedrijven
	Vaccinatiegraad BCG bij kinderen > 70%	Consultatiebureaus, ouders, scholen

Ambitie	Outcome-indicator 2013-2013	Partners
<i>SOA-zorg / seksualiteitshulpverlening</i>		
Afname van het aantal soa in Limburg. Mensen vrijen veilig en vrijwillig.	Het aantal gevonden soa in Limburg komt niet boven het landelijke gemiddelde. Het aantal mensen met veilig seksueel gedrag is gestegen ten op zichte van onveilig gedrag. Het aantal mensen in Noord- en Midden-Limburg dat seksueel risicogedrag vertoont, weet hoe en waar ze zich kunnen laten testen. Zij handelen hiernaar. GGD en huisartsen zijn op de hoogte van elkaars mogelijkheden. Het aantal verwijzingen bij problemen op het gebied van soa en seksuele gezondheid die volgens afspraak verloopt neemt toe.	Centrum seksuele gezondheid Limburg, SOA Aids Nederland, Rutgers Nisso Groep, laboratoria, RIVM, huisartsen, ziekenhuizen, COC Limburg.
<i>Reizigersadviesing</i>		
Alle burgers die op reis gaan, krijgen bij de GGD advies op maat, afgestemd op de gezondheidssituatie en de reis.	Het aantal consulten stijgt met 25% ten opzichte van 2010 (2010: 9.405 consulten)	GGD-en Zuid-Nerland, reisbureau's, scholen, huisartsen, bedrijven, contactpersonen allochtone organisaties.
<i>Milieu en gezondheid</i>		
Het aantal woningen met vocht- en schimmelproblematiek in Noord- en Midden-Limburg wordt tot een minimum beperkt en het ventilatiegedrag in woningen en scholen wordt verbeterd.	Het percentage vocht- en schimmelproblematiek in Noord- en Midden-Limburg verlagen naar 20% (2009: 31%) en het percentage van voldoende ventilatiegedrag verhogen naar 60%	Gemeenten Woningcorporaties, Bewoners Onderwijs
Het woongenot is verhoogd door verminderd ervaren geluidhinder.	Het percentage ernstig gehinderden door geluid verlagen naar 15% (2009: 18%)	Gemeenten Provincie Limburg
Gezondheid wordt structureel mee gewogen in de besluitvorming over ruimtelijke planvorming.	Bij alle majeure gemeentelijke RO-plannen en -projecten maakt een gezondheidsadvies van de GGD onderdeel uit met als doel een gezonder ingerichte leefomgeving.	Gemeenten en brandweer
<i>Crisisbeheersing</i>		
De GGD is deskundig en voorbereid op haar rol bij incidenten en rampen	In een eigen Rampenopvangplan zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de GGD rondom geneeskundige processen vastgelegd. Hier wordt met regelmaat mee geoefend. De uitkomsten van evaluaties leiden tot verbeteringen.	GHOR Ketenpartners
<i>Forensische Geneeskunde</i>		
In alle gevallen waarin een gemeentelijk lijkschouwer nodig is, wordt snel de forensisch arts ingeschakeld.	De GGD garandeert 24-uurs bereikbaarheid van de forensische arts.	Gemeenten Politie Huisartsen

Bovenstaande outcome-indicatoren worden gerealiseerd via de pijlers in de visie op publieke gezondheid. Een voorwaarde hiervoor is dat er integraliteit en samenwerking binnen de diverse taakvelden van het programma Vertrouwen in Gezondheidsbescherming ontstaat. Om dit te realiseren heeft de GGD gekozen om de aanpak niet uit te werken per afzonderlijk (klassiek) taakgebied, maar in drie deelprogramma's waarmee een integrale werkwijze wordt betracht.

Binnen het programma Vertrouwen in gezondheidsbescherming onderscheiden wij drie deelprogramma's:

- Preventie in gezondheidsbescherming
- Verbinding in gezondheidsbescherming
- Gezondheidsbescherming en Crisisbeheersing

De taken op het terrein van vertrouwen in gezondheidsbescherming betreffen zoals aangegeven voornamelijk wettelijke taken en taken die tarief gefinancierd zijn. De hieronder genoemde activiteiten zijn speerpunten voor 2013 en verstevigen dit fundament.

Preventie in gezondheidsbescherming

Speerpunt 2013

- Verbeteren efficiency en effectiviteit van preventie-activiteiten.
- Projecten waaraan de burgers dan wel lokale wijkinitiatieven behoefte hebben.
- Verbeteren van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis en informatie.
- Onderzoeken efficiency van de organisatie van vaccinaties en screeningen.

Naast het bestrijden van risico's voor de volksgezondheid, gaat het binnen gezondheidsbescherming ook vooral om het vóórkomen en opsporen van deze risico's; preventie. Een groot deel van de 'klassieke GGD-taken' is dan ook gericht op preventie. Vanuit de publieke gezondheid staat het collectieve belang van preventie voorop. De focus van de publieke gezondheid is vooral gericht op gezondheid en gedrag.

Juist het versterken van de preventie leidt tot gezondheidswinst, vooral vanwege de afname van gezondheidsproblemen op langere termijn en de daarmee gepaard gaande sociale gevolgkosten. De GGD richt zich binnen het thema Preventie in gezondheidsbescherming op het uitvoeren van effectieve preventieprogramma's op het terrein van gezondheidsbescherming in samenwerking en afstemming met andere organisaties.

Effectieve preventieprogramma's rondom de taakgebieden infectieziekten (algemene infectieziekte bestrijding, soa en seksuele gezondheid, TBC, technische hygiënezorg, reizigersvaccinatie- en advisering (als voorportaal van de infectieziektebestrijding) en Milieu & Gezondheid.

Een belangrijk onderdeel van preventie is in toenemende mate het geven van (ongevraagd) advies aan en het informeren van gemeenten, burgers en partners (o.a. scholen en instellingen) binnen de domeinen zorg en veiligheid. De GGD kan zo, waar mogelijk al in een vroegtijdig stadium eventuele gezondheidsrisico's inschatten waardoor bijsturing mogelijk is.

De afgelopen jaren heeft de GGD in het kader van gezondheidsbescherming vooral ingezet op melding en bestrijding van infectieziekten en de afhandeling van vragen op het terrein van milieu en gezondheid. Het nieuwe meerjarenbeleidsprogramma is erop gericht om het accent te verleggen naar vroegtijdige aanpak en advisering waardoor problemen op de langere termijn voorkomen kunnen worden. Hier wordt ook nadrukkelijk de verbinding gelegd met de programma's Gezond en veilig opgroeien en Zelfstandig en veilig ouder worden). Dit kan de GGD niet alleen. Hiervoor legt de GGD de verbinding en versterkt de samenwerking met de gemeenten en netwerkpartners (thema Verbinding in gezondheidsbescherming). Samen meerwaarde behalen voor onze burgers.

Speerpunten 2013:

Verbeteren efficiency en effectiviteit van preventie-activiteiten

- De GGD continueert de reeds bestaande preventie-activiteiten op het gebied van gezondheidsbescherming en doet dit meer in samenhang met elkaar en met andere activiteiten (efficiency). Hierbij onderzoekt de GGD steeds in hoeverre deze activiteit door de GGD of in samenwerking met andere partners (o.a. eerste lijn, bedrijven) opgepakt wordt, en op welke wijze de activiteit uitgevoerd wordt om een groter effect te kunnen realiseren (effectiviteit).

Projecten waaraan de burgers dan wel lokale wijkinitiatieven behoefte hebben

- De GGD richt zich op projecten waaraan de burgers dan wel lokale wijkinitiatieven behoefte hebben. Hierbij sluiten we zoveel mogelijk aan bij bestaande netwerken. Daar waar aan de orde en in overleg met de gemeente Roerdalen zet de GGD klantenpanels in volgens de nieuw te ontwikkelen methodiek binnen de GGD (zie onder kennis en innovatie).

Verbeteren van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis en informatie

- De GGD verbetert de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis en informatie zodat zorginstellingen, scholen, maatschappelijke organisaties, gemeenten en burgers eenvoudig toegang hebben tot informatie en maatregelen ter voorkoming en ter bestrijding van infectieziekten, milieu en gezondheid (verbinding

met het thema Verbinding in gezondheidsbescherming en verbinding met het programma Kennis en Innovatie).

- De GGD onderzoekt of de organisatie van vaccinaties en screeningen (o.a. rijksvaccinatieprogramma, ter versterking van het programma gezond en veilig opgroeien) efficiënter kan worden uitgevoerd. Hierbij maakt de GGD waar mogelijk optimaal gebruik van de samenwerking met andere externe partijen (o.a. GGD-en, huisartsen en ziekenhuizen) zodat we een optimale vaccinatiegraad behouden in de regio.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

Verbinding in gezondheidsbescherming

Speerpunt 2013

- Bevorderen en ontwikkelen van integrale gezondheidsbeschermingsactiviteiten.
- Structureel overleg en afstemming in het kader van infectieziekten rondom kwetsbare groepen.
- Het ontwikkelen, analyseren en ontsluiten van informatie over gezondheidsbescherming ter versterking van het gemeentelijk beleid.
- Formaliseren van grensoverschrijdende samenwerking rondom infectieziektebestrijding

Centraal binnen dit thema staat het bevorderen en ontwikkelen van integrale gezondheidsbeschermingsactiviteiten in samenwerking en afstemming met gemeenten, veiligheidsregio's/GGD-en, instellingen en bedrijven. Alleen door samen te werken kan gezondheidswinst worden gerealiseerd. De GGD richt zich de komende beleidsperiode op:

- Het ontwikkelen, analyseren en ontsluiten van informatie over gezondheidsbescherming. Het communiceren met partners en gebruiken van deze informatie bij vervolgvacatures in aansluiting op en ter versterking van het programma kennis & innovatie.
- Het ontwikkelen en faciliteren van een preventie-netwerk en platform met betrokken instellingen op het terrein van infectieziekten en milieu.
- Het versterken van de verbinding met gemeenten door het ondersteunen, faciliteren en adviseren. Niet alleen van de ambtenaar Volksgezondheid, maar ook bijvoorbeeld de ambtenaar Ruimtelijke Ordening, Sport en Welzijn, Milieu, waardoor gezondheidsbescherming geïntegreerd wordt in andere gemeentelijke beleidsterreinen (zoals milieu, huisvesting, wonen, ruimtelijke ordening en welzijn).
- Het versterken van de verbinding met de jeugd, onder meer door het ondersteunen en adviseren van het programma 'gezond en veilig opgroeien' op het terrein van gezondheidsbescherming.

Speerpunten 2013:

Bevorderen en ontwikkelen van integrale gezondheidsbeschermingsactiviteiten

- De GGD bevordert en ontwikkelt integrale gezondheidsbeschermingsactiviteiten in samenwerking en afstemming met gemeenten.

Structureel overleg en afstemming in het kader van infectieziekten rondom kwetsbare groepen

- De GGD voert structureel overleg en afstemming in het kader van infectieziekten rondom kwetsbare groepen (verpleeg- en verzorgingstehuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, medisch kinderdagverblijven, justitiële en residentiële instellingen en huisartsen).

Ontwikkelen, analyseren en ontsluiten van informatie over gezondheidsbescherming ter versterking van het gemeentelijk beleid

- De GGD ontwikkelt, analyseert en ontsluit informatie over gezondheidsbescherming ter versterking van het gemeentelijk beleid.

Formaliseren van grensoverschrijdende samenwerking rondom infectieziektebestrijding

- De GGD formaliseert de grensoverschrijdende samenwerking rondom infectieziektebestrijding.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

Crisisbeheersing en gezondheidsbescherming

Speerpunten 2013

- Accent op afstemming tussen partijen en het leggen van de verantwoordelijkheid daar waar ze thuishoort.
- Deelname aanbesteding forensische geneeskunde binnen de politie.

Daar waar het bij Preventie in gezondheidsbescherming vooral gaat om het voorkómen van en opsporen van risico's, staat bij het thema Crisisbeheersing en gezondheidsbescherming de bestrijding van deze risico's centraal. Bestrijding in reguliere en in opgeschaalde situaties. Het gaat daarbij om uitvoering van de infectieziektebestrijding en de gezondheidkundige advisering rondom milieu op basis van meldingen en klachten en het uitvoeren van de forensische zorg en de crisisbeheersing.

Speerpunten 2013:

Accent op afstemming tussen partijen en het leggen van de verantwoordelijkheid daar waar ze thuishoort

- De GGD continueert de het aanbod van de taken gezondheidsbescherming en crisisbeheersing maar legt het accent meer dan voorheen op afstemming tussen partijen (Verbinden in gezondheidsbescherming) en het leggen van de verantwoordelijkheid daar waar ze thuishoort.

Deelname aanbesteding forensische geneeskunde binnen de politie

- De GGD is voor de politie en gemeenten de partner in de forensische zorg gedurende 24 uur per dag en continueert zij vooralsnog de forensische zorg. Zij werkt samen met de Zuid-Nederlandse GGD'en in de aanbesteding van forensische geneeskunde binnen de politie (arrestantenzorg en lijkschouw) om teneinde deze publieke taak ook voor onze gemeenten te kunnen blijven uitvoeren.

Organiseren en implementeren van psychosociale hulpverlening

- De GGD organiseert en implementeert de psychosociale hulpverlening (zowel de reguliere als de opgeschaalde zorg) samen met haar ketenpartners.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

3.4 ONDERSTEUND DOOR KENNIS EN INNOVATIE

Kennis en innovatie staan ten dienst van de opdracht: *gezondheidsbescherming* en *gezondheidsbevordering*. Hier worden nieuwe verbindingen gelegd tussen kennisontwikkeling, kennisvertaling en -prioritering en kennistoepassing (kennis, beleid en uitvoering). Vanuit kennis en innovatie vult de GGD de innovatieve rollen kennismakelaar en gezondheidsmakelaar in.

Binnen het programma Kennis en Innovatie onderscheiden wij vijf deelprogramma's:

- Investeren in kwaliteit en verantwoording
- Investeren in kennisdeling/optimale kennisinfrastructuur/academisering
- Samenwerking eerstelijnszorg
- Innovatie
- PubliekPrivate samenwerking

Investeren in kwaliteit en verantwoording

De gemeente Roerdalen mag van de GGD verwachten dat deze goed en tijdig communiceert, burgers aantoonbaar centraal stelt, continu werkt aan het verbeteren van het aanbod, betrouwbare resultaten presenteert en voldoet aan de eisen die vanuit de sector en de toezichthoudende instituten worden gesteld. De GGD wil een betrouwbare en deskundige organisatie zijn die proactief –ook tussentijds- verantwoording aflegt over het gevoerde beleid en die anderen daarbij betreft.

Speerpunten 2013:

Integrale netwerkgesprekken

- De gemeente Roerdalen en de GGD voeren integrale netwerkgesprekken binnen de gemeentelijke organisatie om voortgang en eventuele bijsturing op het gebied van publieke gezondheid en flankerende beleidsterreinen twee maal per jaar te bespreken.

Informatie aan gemeenteraad

- De GGD informeert de gemeenteraad van Roerdalen over voortgang en resultaten van dit uitvoeringsplan in verhouding tot het meerjarenbeleid Publieke Gezondheid 2013-2016.

Periodiek nieuwsbrief

- Voor de gemeente Roerdalen brengt de GGD een periodieke nieuwsbrief uit waarin voortgang en stand van zaken van de eerder genoemde programma's wordt gecommuniceerd.

Jaarverslag 2012

- Aan de gemeente Roerdalen legt de GGD door middel van het jaarverslag 2012 van de Veiligheidsregio Limburg-Noord verantwoording af op inhoudelijk en financieel gebied.

Preventieadviseur

- De GGD werkt de rol van preventieadviseur verder uit: advisering neemt de plaats in van uitvoering. De GGD ondersteunt en adviseert de gemeente Roerdalen bij de integrale aanpak van gezondheidsthema's. De gemeente Roerdalen en de GGD bepalen samen thema of doelgroep en setting waaraan samen prioriteit gegeven wordt. Waar mogelijk in een intensieve maar ook flexibele samenwerking tussen GGD en (lokale) samenwerkingspartners (publiek en privaat), onderwijs, zorgpartners (met name eerste lijn), welzijn, sport en maatschappelijke organisaties. Dit dient ter ondersteuning van het gemeentelijk en maatschappelijk gezondheidsbeleid en heeft tot doel gezondheid voor alle burgers te verbeteren en specifiek sociaal economische gezondheidsverschillen terug te dringen.
De ervaringen vanuit de Gezonde en Veilige School geven inspiratie voor de verdere uitwerking van de preventieadviseur.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

Investeren in kennisdeling / optimale kennisinfrastructuur / academisering

Vanwege haar epidemiologische-, beleids- en adviesfunctie heeft de GGD een stevige informatiepositie met betrekking tot de gezondheidstoestand van jeugd en ouderen in de gemeente. Verder heeft de GGD specifieke kennis in huis met betrekking tot infectieziekten, tuberculosebestrijding, seksualiteitshulpverlening, medische milieukunde, technische hygiënezorg, psychosociale zorg bij grootschalige calamiteiten en dergelijke. Die kennis staat ten dienste van de gemeente en de gemeentelijke besluitvorming.

Speerpunten 2013:

Versterken epidemiologische- en beleidsadviesfunctie GGD voor de gemeenten

- Door een integrale en innovatieve aanpak krijgt -samen met partners in het kennisnetwerk publieke gezondheid- integrale beleidsadviesgeving aan de gemeente ten behoeve van het lokale gezondheidsbeleid en flankerende beleidsterreinen vorm. Het kennisnetwerk verbindt lokale kennis en gegevens van GGD, gemeente en verschillende organisaties.

Proactieve advisering vanuit GGD-uitvoeringspraktijk aan gemeenten

- Aan de gemeente adviseert de GGD vanuit de uitvoeringspraktijk wanneer signalen dit noodzakelijk maken en maakt de GGD afspraken met de gemeente over de adviesrol van de GGD bij voorgenomen besluiten van B & W die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheid.

Het Regionaal Kompas Volksgezondheid (RKV) voorzien van nieuwe thema's en updates

- Het RKV (www.regionaalkompas.nl/limburg-noord) legt de verbinding tussen kennis/wetenschap, beleid en praktijk. Hier staan aard en omvang van gezondheidsproblemen aangegeven op gemeentelijk, regionaal en nationaal niveau. Het biedt ondersteuning bij het ontwikkelen, uitvoeren en vaststellen van lokaal- en maatschappelijk gezondheidsbeleid en geeft handvatten voor gezondheidsbevorderende activiteiten en – diensten gericht op de inwoners.

Gezondheidsmonitors

- De gemeente en haar ketenpartners krijgen door middel van de resultaten uit de volwassen- en ouderenmonitor van de GGD inzage in de gezondheid en potentiële gezondheidsrisico's (zoals leefstijl, fysieke en sociale omgeving) van specifieke doelgroepen en risicogroepen in de regio. De GGD-gezondheidsmonitor levert bij ouderen tevens beleidsrelevante informatie op het gebied van wonen-, welzijn- en zorgvoorzieningen.
- Voorbereiding op de jongerenmonitor. De resultaten in termen van beleidsadvies volgen waarschijnlijk in 2014. Dit gebeurt in afstemming met GGD Zuid-Limburg.

Onderzoek inzet innovatieve ICT-interventies voor lokaal gezondheidsbeleid

- Voor de gemeenten die behoren tot de Veiligheidsregio Limburg-Noord onderzoekt de GGD de inzet van ICT-toepassingen zoals social media en E-health-programma's als innovatieve interventies ten behoeve van de realisatie van het lokaal gezondheidsbeleid.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

Samenwerking met de eerstelijnszorg

De gemeente Roerdalen en de GGD hebben een belangrijke taak in de (uitvoering van) collectieve preventie en in de individuele signalering en vroegopsporing van ziekten of stoornissen. De huisarts heeft –in termen van individuele preventie- de beste kansen om mensen aan te spreken op hun gezondheid(sgedrag).

Huisartsenzorg, Wmo-zorg / publieke gezondheidszorg zijn daarmee complementair en deels overlappend. De zorg van verloskundigen richt zich op kinderen voor de geboorte, waar de GGD deze kinderen vanaf de geboorte kent. Het leggen van verbindingen met de eerstelijns bevordert ketenzorg en is van belang vanwege de synergie in preventie en het feit dat betreffende doelgroep integraal in beeld is. Het is daarom nodig dat GGD en de gemeente Roerdalen kiezen voor een wijkgerichte benadering en daar samenwerking zoeken met de betrokken lokale partners en de eerstelijns.

Speerpunt 2013:

Eerste lijn betrekken bij Preventie Toets Overleg

- De GGD start in samenspraak met de gemeente Roerdalen het Preventie Toets Overleg (PTO) waarbij onder andere de eerste lijn vertegenwoordigd is. Het Preventie Toets Overleg heeft als doel om zowel op uitvoerend en/of beleidsmatig niveau samen te werken bij het stellen en behalen van preventiedoelen in de gemeente via gestructureerd overleg met lokale partners. Belangrijke kenmerken van dit overleg zijn: gezamenlijke preventiedoelen vaststellen en organiseren van preventie-aanbod. De GGD levert hierbij lokale strategische en -indien nodig- regionale strategische kennis en coördineert dit overleg met ondersteuning in samenwerking met de gemeente.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaand punt.

Innovatie

Kern met betrekking tot innovatie is de manier waarop de GGD haar processen doelgerichter of innovatiever inricht. Dat doet de GGD in de vorm van projecten of methodieken waarmee de GGD gestelde doelen daadwerkelijk dan wel efficiënter dan voorheen bereikt. Bijvoorbeeld dat de GGD in 2012 samen met gemeenten een innovatieteam KWIEK heeft geformeerd. Dit innovatieteam heeft middels de VOORT-methode nieuwe preventieve concepten bedacht voor de doelgroep ouderen, die in 2013 resulteren in volwaardige

business cases en in pilots van start gaan in 2013. Deze innoverende methodiek wil de GGD in de beleidsperiode 2013 – 2016 ook toepassen voor de overige programma's.

Speerpunten 2013:

Dialogoog met de burger in de vorm van burgerpanels

- Burgerpanels⁸ zijn focusgroepen bedoeld om fricties van de doelgroep middels gestructureerde interviews te achterhalen. Een klantfrictie is een belangrijk probleem, ergernis of worsteling van een bepaalde doelgroep rond een relevante behoefte, drang of wens in een specifieke situatie. Gegevens uit de burgerpanels gebruikt de GGD om kennis op te doen over gezondheidsfricties van burgers in de gemeente Roerdalen, om nieuw beleid, producten en/of diensten vorm te geven en om informatie te delen in de netwerken van de gemeente Roerdalen.

KWIEK-pilot 'Preventie voor ouderen in de wijk'

- Voor alle gemeenten binnen de Veiligheidsregio Limburg-Noord gaat de GGD aan de slag met de KWIEK-pilot 'Preventie voor ouderen in de wijk'. Preventie voor ouderen in de wijk richt zich op de grote groep minder-vitale ouderen zonder complexe zorgvraag (38% van de totale groep ouderen 65+). Door de behoeften en wensen van deze doelgroep te verzamelen en te analyseren, willen we de zelfredzaamheid van deze groep bevorderen hierdoor kunnen ze langer zelfstandig en veilig thuis blijven wonen en wordt hun zorgvraag niet complexer. De uitkomsten van pilot gebruikt de GGD voor het uitvoeringsplan 2014 en verder.

KWIEK-pilot 'Zelfredzaamheidsacademie'

- Voor alle gemeenten binnen de Veiligheidsregio Limburg-Noord geeft de GGD uitvoering aan de KWIEK-pilot Zelfredzaamheidsacademie. De Zelfredzaamheidsacademie is een instituut waar kennis en praktijk elkaar ontmoeten. De academie bestaat uit 2 pijlers: een richt zich op de burger (65-80 jarigen, lage SES) en de ander op de professional (zorg-, welzijns- en veiligheidsprofessionals). Middels burgerpanels worden senioren 'gevolgd' op diverse thema's van zelfredzaamheid. De uitkomsten van pilot gebruikt de GGD voor het uitvoeringsplan 2014 en verder.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

Publiek Private samenwerking

Publiek private samenwerking (PPS) is een kansrijke methode om gezonde keuzes aantrekkelijk te maken. Het uitgangspunt is een gezamenlijk doel waarbij samenwerking meerwaarde, efficiëntie en/of effectiviteit oplevert. De meerwaarde van samenwerking tussen de gemeente, bedrijven en zorgverzekeraars ligt in het delen van financiën, kennis, competenties en netwerken.

Speerpunten in 2013:

Kids University for Cooking

- Deelname in het reeds gestarte Kids University over gezonde voeding biedt meerwaarde door de deelname van private partners. Voor de publiekprivate samenwerking richt de GGD zich op verbreding en benutten van de kansen van Kids University for Cooking/Kokkerelli. In de eerste helft van 2013 zal de GGD de kansen hiertoe bespreken met de organisatie van de Kids University for Cooking⁹.

RookStopProgramma

- Het besef om potentiële stoppers met roken te bereiken voordat zij ernstig ziek worden door inzet van een preventieve benadering dringt nadrukkelijker door.
De GGD zal in 2013 samen met de private partner GSK, eigenaar van het RookStopProgramma, het stoppen met roken via een website aanbieden aan gemotiveerde stoppers. Deelname aan dit programma wordt vergoed door de zorgverzekeraar en ondersteund door de Universiteit Maastricht en GGD Nederland.

Eind 2013 rapporteert de GGD over bovenstaande punten.

⁸ Tijdens het innovatietraject KWIEK in de eerste helft van 2012 heeft een aantal medewerkers van de Veiligheidsregio al ervaring opgedaan met het voeren van klantpanels. Hieruit zijn een twintigtal fricties naar voeren gekomen die uiteindelijk zijn meegenomen in de nieuwe voor producten/diensten voor de preventieve ouderengezondheidszorg.

⁹ De GGD is vanaf het eerste uur een vaste partner en zal via de stuurgroep en programmaraad, samen met Cita Verde en IVN

4

Wat is het financiële kader?

De gemeenten hebben ingestemd met het meerjarenbeleidsplan publieke gezondheid 2013-2016 met als randvoorwaarde dat de budgetten, zoals opgenomen in de vastgestelde begroting 2013, het financiële kader vormen. Ten opzichte van het huidige PPG wordt in het PPG 2013-2016 gewerkt met programma's en gezondheidsdoelen. De inhoudelijke aanzet verandert dus. De begroting verandert dan ook van een productbegroting naar een programmabegroting. Deze verandering wordt in 2013 verder uitgewerkt binnen de nieuwe P&C-cyclus van de Veiligheidsregio Limburg-Noord.

Bestuurlijk is afgesproken dat de vastgestelde begroting 2013 het financiële kader vormt. In de begroting 2013 zijn de laatste onderdelen van de al afgesproken bezuinigingen verwerkt¹⁰. De in juni 2012 opgelegde aanvullende bezuiniging (4,5%) krijgt een plaats in de komende begrotingen 2013-2016¹¹, zodat in 2016 de totale bezuiniging (15% ten opzichte van de begroting 2010) gerealiseerd is.

Bezuinigingen

De bezuinigingen die de afgelopen jaren doorgevoerd zijn, hebben geleid tot een afname van de gemeentelijke bijdrage van de gemeenten aan de GGD. In 2011 bedroeg de totale gemeentelijke bijdrage (excl. WKO en 0-4 jarige zorg) € 8,64 miljoen. In 2013 bedraagt deze € 7,76 miljoen. Hierbij dient bedacht te worden dat in de begrotingen 2012 en 2013 Cao-afspraken voor de periode 2009-2011 en overige autonome ontwikkelingen zoals stijgende pensioenpremies en sociale lasten verwerkt zijn. Ondanks deze autonome ontwikkelingen (circa € 300.000) bedraagt de gerealiseerde bezuiniging GGD de afgelopen jaren € 880.000.

Gemeente Roerdalen

De totale bijdrage van de gemeente Roerdalen aan de GGD is € 587.501. Dit past binnen de financiële kaders die de GGD meegegeven zijn in de begroting 2013.

In dit uitvoeringsplan zijn de afspraken opgenomen waar de gemeente Roerdalen en de GGD zich in 2013 op richten met het oog op de outcome-indicatoren in 2016. Het biedt nog ruimte voor specifiekere inkleuring die volgt op basis van (nieuwe) inzichten en ontwikkelen van (nieuwe) diensten. Ten opzichte van PPG 1 heeft de gemeente Roerdalen nog € 2.048 te besteden aan lokale keuzes. Dit bedrag heeft betrekking op JGZ 4-19 en de overige diensten van de GGD. De GGD stelt voor dit bedrag te reserveren voor extra inzet in de gemeente Roermond als blijkt dat dat voor het nastreven van de afgesproken doelen (uit het meerjarenbeleidsplan publieke gezondheid) nodig is. Met betrekking tot het JGZ 0-4 deel van de GGD krijgt u in verband met de recente overgang van JGZ 0-4 naar de GGD nog eenmalig een apart schrijven.

¹⁰De gemeente hebben aan de Veiligheidsregio een taakstelling opgelegd. Het eerste deel hiervan te weten 10,5 % is voor wat de GGD betref al verwerkt in de begrotingen 2011, 2012 en 2013. Deels is dit gebeurd door budgetten bij te stellen, deels door het opnemen van stelposten. De opgenomen stelposten (hiervoor moeten concrete budgetten naar beneden bijgesteld worden) zijn expliciet vermeld in de uitgangssituatie.

¹¹Naast de al doorgevoerde taakstelling hebben de gemeenten bij de behandeling van de begroting 2013 aangegeven dat er voor de periode 2013-2016 een aanvullende taakstelling gerealiseerd moet worden van 4,5 %. Deze 4,5 % is nog niet verwerkt in de uitgangssituatie, de budgetten 2013.