

Nota lokaal gezondheidsbeleid

2003 –2007

**Gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg
op basis van
de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid**

Gemeente Maastricht

Maastricht, 17 april 2003

Wat is openbare gezondheidszorg?

Deze nota lokaal gezondheidsbeleid richt zich op de openbare gezondheidszorg. Er bestaat nog al eens spraakverwarring over de term openbare gezondheidszorg en de inhoud daarvan. Daarom volgt voorafgaand aan de nota de definitie van openbare gezondheidszorg. In deze nota wordt naast de term openbare gezondheidszorg ook de term volksgezondheid gehanteerd.

‘Openbare gezondheidszorg bevat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking. Openbare gezondheidszorg richt zich op de gezondheid van de gehele bevolking of groepen daarin, vindt veelal plaats zonder dat er een individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt en komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur.’ (definitie van het Stimuleringsfonds OGZ)

Inhoudsopgave

Samenvatting	5	
1 Inleiding	7	
2 Uitgangspunten voor het lokale gezondheidsbeleid	10	
3 Gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg op basis van de WCPV	12	
4 Bestuurlijke invloed in de openbare gezondheidszorg	25	
5 Lokale speerpunten	27	
6 Financiële gevolgen	30	
7 Programmalijn openbare gezondheidszorg 2003-2007	32	
Lijst met afkortingen	34	
Bijlage 1	Nota lokaal gezondheidsbeleid: een co-productie	35
Bijlage 2	Gezondheidstoestand in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg	36

Leeswijzer

De nota lokaal gezondheidsbeleid beperkt zich tot de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Dit betekent dat de nota in gaat op wetteksten, verantwoordelijkheden en structuren in de openbare gezondheidszorg. Hiermee is de nota een zeer technisch verhaal geworden hetgeen de leesbaarheid niet ten goede komt.

In de samenvatting treft u zeer kort de hoofdlijn van de nota aan.

Voor een uitgebreide beschrijving van de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg op basis van de WCPV wordt verwezen naar hoofdstuk 3. Na een schematisch overzicht van de veranderde wettekst wordt per taak de huidige situatie en de gewenste situatie van die taak beschreven gevolgd door een beslispunt.

Deze beslispunten worden op basis van een aantal uitgangspunten, geformuleerd in hoofdstuk 5, verwerkt in de programmalijn openbare gezondheidszorg 2003-2007.

Samenvatting

De lokale overheid heeft verantwoordelijkheden op het gebied van de openbare gezondheidszorg welke zijn vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Per 1 januari 2003 is de WCPV vernieuwd en zijn de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten uitgebreid.

Via de WCPV is ook bepaald dat de uitvoering van een groot aantal taken door de GGD-en in Nederland dient te gebeuren. Maastricht houdt samen met de gemeenten Meerssen, Margraten, Eijsden en Valkenburg a/d Geul de GGD Zuidelijk Zuid-Limburg in stand middels een Gemeenschappelijke Regeling.

Echter deze regio wijkt af van het Gewest Maastricht en Mergelland.

Het Gewest bestaat uit de gemeenten Maastricht, Meerssen, Margraten, Eijsden, Valkenburg a/d Geul, Gulpen-Wittem en Vaals. In deze regio wordt o.a. het beleid aangaande volksgezondheid afgestemd. De uitvoering van de wettelijke taken voor de gemeenten Gulpen-Wittem en Vaals wordt door de GGD Oostelijk Zuid-Limburg verzorgd.

Om een goede regie te kunnen voeren is het belangrijk dat gemeenten op de hoogte zijn van hun eigen gemeentelijke verantwoordelijkheden, de verantwoordelijkheden ten opzichte van de grootste uitvoerder in de openbare gezondheidszorg de GGD, en de verantwoordelijkheden in het Gewest Maastricht en Mergelland.

Doel van de nota lokaal gezondheidsbeleid is:

- het in beeld brengen van de verantwoordelijkheden van het openbaar bestuur in de openbare gezondheidszorg;
- het formuleren van een programmaliijn openbare gezondheidszorg voor de jaren 2003 – 2007.

De programmaliijn beoogt in 2007 de volgende effecten te hebben bereikt:

- de gemeente Maastricht (en de regio-gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland) hanteert de regie in de openbare gezondheidszorg;
- de gemeente Maastricht (en de regio-gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland) voldoet aan alle wettelijke taken in de openbare gezondheidszorg voorzover die in de WCPV zijn vastgelegd.

Ambitieniveau

De gemeente Maastricht wil in principe aan haar wettelijke verplichtingen voldoen en brengt ook voor 1 juli 2003 een nota lokaal gezondheidsbeleid uit.

Echter aan een aantal verplichtingen kan niet voldaan worden:

- het Rijk heeft wegens de val van het kabinet in het najaar van 2002 geen Rijksnota openbare gezondheidszorg uitgebracht waarin speerpunten voor gemeenten geformuleerd zouden worden; hierop kan dus niet in de nota lokaal gezondheidsbeleid worden ingegaan;
- het Rijk heeft voor diverse nieuwe taken (nog) geen richtlijnen en middelen beschikbaar gesteld;

Voorstel is dan ook om in de programmaliijn 2003-2007 stapsgewijs toe te werken naar een situatie in het jaar 2007 waarop voldaan wordt aan de wettelijke taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg en waarin de gemeente de regie in de openbare gezondheidszorg hanteert. Op basis van dit fundament kan vanaf 2007 verder vorm worden gegeven aan het lokale gezondheidsbeleid.

Programmalijs openbare gezondheidszorg 2003-2007

2003

- april 2003: het portefeuillehoudersoverleg van het Gewest Maastricht en Mergelland stelt de nota lokaal gezondheidsbeleid vast;
- voor 1 juli 2003 (voor enkele gemeenten geldt: in het najaar 2003): de afzonderlijke gemeenteraden in het Gewest Maastricht en Mergelland stellen de nota lokaal gezondheidsbeleid vast;
- herziening van het product epidemiologie (gegevensverzameling) in samenwerking met de GGD-ZZL (productbeschrijving wordt in de productbegroting 2004 meegenomen)
- gemeenten voldoen aan de eisen ten aanzien van de inspectietaak kinderopvang zoals die gesteld gaat worden in de Wet basisvoorziening kinderopvang (Wbk); Tot de invoering van de Wbk is de inspectietaak kinderopvang in de WCPV vastgelegd.
- aanpassing Gemeenschappelijk Regeling GGD-ZZL, deze wordt ter besluitvorming aan de gemeenteraden van de WGR-regio ZZL voorgelegd;
- najaar 2003: productbegroting 2004 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio ZZL voorgelegd.

2004

- criteria voor het screenen van nota's op mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid die aan de colleges worden voorgelegd worden opgesteld door de dienst OCWS van de gemeente Maastricht in samenwerking met de gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland; deze worden aan het portefeuillehoudersoverleg en de afzonderlijke gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland voorgelegd;
- voor het uitbrengen van de voorjaarsnota 2004 wordt een voorstel omtrent de ontwikkelingen ten aanzien van de opschaling van de GGD-en in Zuid-Limburg aan de gemeenteraden in de regio ZZL voorgelegd;
- gemeenten formuleren hun beleid ten aanzien van het bevorderen van medische-milieukundige zorg op basis van het actieprogramma Milieu en Gezondheid en het door het Rijk beschikbaar gestelde instrumenten en middelen;
- een ondertekend en gefaseerd convenant 'OGGZ in de regio Maastricht en Mergelland' van de coördinatiegroep OGGZ wordt aan het portefeuillehoudersoverleg in de regio Maastricht en Mergelland en aan de afzonderlijke gemeenteraden ter besluitvorming voorgelegd;
- het beleidsplan integrale jeugdgezondheidszorg 2005-2006 wordt aan de gemeenteraden in de regio Maastricht en Mergelland ter besluitvorming voorgelegd;
- najaar: de productbegroting 2005 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio ZZL voorgelegd;

2005

- op basis van de door het Rijk afgegeven richtlijnen in 2004 ten aanzien van infectieziektebestrijding wordt het bestaande beleid verbeterd;
- indien in het jaar 2004 de gezondheidsonquête heeft plaatsgevonden (na overleg met de GGD-ZZL) wordt de gezondheidstoestand van de burgers in de regio Maastricht en Mergelland in beeld gebracht en gepresenteerd aan de gemeenteraden;
- op basis van de resultaten van de gezondheidsonquête worden beleidsvoorstellen geformuleerd;
- najaar: de productbegroting 2006 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio voorgelegd;

2006

- evaluatie van de stand van zaken van de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg welke in de WCPV zijn vastgelegd;
- evaluatie van de productbegroting van de GGD-ZZL;
- landelijke, regionale en lokale trends worden in beeld gebracht;
- op basis van bovenstaande gegevens wordt een tweede nota lokaal gezondheidsbeleid opgesteld.

2007

- voor 1 juli 2007: de afzonderlijke gemeenteraden stellen de (tweede) nota lokaal gezondheidsbeleid vast.

1 Inleiding

'Leven in goede gezondheid' wordt door de meeste mensen als eerste genoemd wanneer er naar hun grootste wens wordt gevraagd. De mate van gezondheid is van invloed op de kwaliteit van leven. Iemands gezondheidstoestand bepaalt voor een belangrijk deel zijn doen en laten. Denk bijvoorbeeld aan schoolkeuze, arbeidsinzet, gezinssamenstelling, huisvesting, mobiliteit en vrijetijdsbesteding. Gezondheid is niet alleen een groot goed voor het individu, maar ook voor de maatschappij. De volksgezondheid bepaalt de vitaliteit en de veerkracht van onze samenleving en is een belangrijke input voor onze welvaart.

Aanleiding

Naast de rijksoverheid heeft ook de lokale overheid verantwoordelijkheden op het gebied van de volksgezondheid. De gemeente is, door decentralisatie van een groot aantal taken, steeds meer een spin in het web die relaties kan leggen tussen taken als preventie, zorg, welzijn en andere beleidsterreinen zoals wonen, werken en onderwijs. In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) die per 1 januari 2003 is vernieuwd, breidt het Rijk de taken en verantwoordelijkheden voor de lokale overheid uit. Eén van de nieuwe taken is het eenmaal per vier jaar formuleren van het lokale gezondheidsbeleid. Naast deze wettelijke stimulans om een actief gezondheidsbeleid te gaan voeren zijn er vooral inhoudelijke redenen om als gemeente zijnde een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. Een gezonde stad is een voorwaarde voor burgers om te kunnen participeren, tot zelfontplooiing te komen en bevordert de sociale cohesie in de stad. Kortom een gezonde stad is een vitale stad!

De openbare gezondheidszorg: volop in beweging

Deze nota geeft de stand van zaken in de openbare gezondheidszorg weer voorzover die in maart 2003 bekend was. De gemeente Maastricht wil aan haar wettelijke verplichting voldoen om voor 1 juli 2003 een nota lokaal gezondheidsbeleid te accorderen. Echter, een aantal landelijke trajecten om de openbare gezondheidszorg te versterken is nog niet afgerond. Ook heeft de val van het kabinet in het najaar van 2002 een aantal processen in de openbare gezondheidszorg vertraagd. Zo heeft de landelijke overheid nog geen rijksnota openbare gezondheidszorg uitgebracht en zijn diverse landelijke trajecten om de uitvoering van de WCPV-taken te versterken nog in volle gang. Ook in de regio Zuid Limburg zijn diverse processen gaande (bijvoorbeeld mogelijke opschaling GGD-en) die hun uitwerking op de openbare gezondheidszorg zullen hebben. Indien er meer duidelijkheid over deze processen is, zullen deze uiteraard aan u in separate nota's worden voorgelegd.

Doel

De nota lokaal gezondheidsbeleid heeft tot doel:

- om de verantwoordelijkheden van het openbaar bestuur in de openbare gezondheidszorg in beeld te brengen;
- om voor de jaren 2003-2007 een programmaliijn voor de openbare gezondheidszorg in de gemeente Maastricht te formuleren.

De programmaliijn beoogt in 2007 de volgende effecten te hebben bereikt:

- de gemeente Maastricht (en de regio-gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland) hanteert de regie in de openbare gezondheidszorg;
- de gemeente Maastricht (en de regio-gemeenten in het gewest Maastricht en Mergelland) voldoet aan alle wettelijke taken in de openbare gezondheidszorg voorzover die in de WCPV zijn vastgelegd.

Reikwijdte en dualisme

Deze nota beperkt zich tot het scheppen van een aantal randvoorwaarden dat als fundament nodig is voor een goede openbare gezondheidszorg. Van daaruit kan de openbare gezondheidszorg verder vorm worden gegeven. In het kader van het dualistisch openbaar bestuur is het aan de gemeenteraad om de kaders te stellen en controlerend op te treden.

In deze nota worden geen concrete inhoudelijke programma's voor doelgroepen voorgesteld en wordt geen beleid geformuleerd welke in aanpalende beleidsterreinen aan de orde zijn. Zo is bijvoorbeeld het beleid aangaande dak- en thuislozen in de nota maatschappelijke opvang vastgelegd (2002) en zal het beleid ten aanzien van de Maastrichtse jeugd in de kadernota jeugd (2003) verschijnen.

Maastricht in de regio

Deze nota is opgesteld voor de gemeente Maastricht. Echter vele verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg spelen zich ook buiten de gemeentegrenzen af. Maastricht maakt deel uit van:

- De WGR-regio GGD-Zuidelijk Zuid Limburg

De WGR-regio (Wet Gemeenschappelijke Regeling) Zuidelijk Zuid Limburg bestaat uit de gemeenten Maastricht, Margraten, Meerssen, Eijsden en Valkenburg a/d Geul. Door deze vijf gemeenten wordt de GGD-ZZL in stand gehouden. De GGD-ZZL is voor de gemeenten de grootste uitvoerder op het gebied van de openbare gezondheidszorg. Een deel van deze nota speelt zich dan ook op het niveau van deze WGR-regio af.

- Het Gewest Maastricht en Mergelland

Daarnaast maakt de gemeente Maastricht ook deel uit van de gemeenschappelijke regeling van het Gewest Maastricht en Mergelland. Het Gewest Maastricht en Mergelland bestaat uit de gemeenten: Maastricht, Margraten, Meerssen, Eijsden, Valkenburg a/d Geul, Gulpen-Wittem en Vaals. Op het niveau van deze regio stemmen de genoemde gemeenten hun breed welzijnsbeleid inclusief het volksgezondheidsbeleid af. Die zaken die niet specifiek de GGD-ZZL betreffen maar wel de volksgezondheid worden op dit regioniveau behandeld.

Coproductie

De nota lokaal gezondheidsbeleid is samenwerkingsproduct van de regio-gemeenten en diverse instellingen en organisaties in de regio. In bijlage 1 treft u een kort overzicht aan van wat er aan deze nota vooraf ging en welke partijen betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van deze nota.

Besluitvormingsproces

Voor wat betreft de beslispunten op regionaal niveau geldt dat de nota in het portefeuillehoudersoverleg van de beleidsregio Maastricht en Mergelland wordt vastgesteld en dat de colleges van de afzonderlijke gemeenten geadviseerd wordt de beslispunten over te nemen en voor te leggen aan gemeenteraden.

In de afzonderlijke gemeenteraden wordt de nota vervolgens vastgesteld. Indien gemeenteraden besluiten af te wijken van de voorgestelde beslispunten worden deze ter kennisgeving aan het portefeuillehoudersoverleg gebracht.

Lokale speerpunten

Naast regionale speerpunten wordt er in deze nota natuurlijk ook aandacht besteed aan de lokale speerpunten. Naast de gezamenlijke hoofdstukken 1 tot en met 4 wordt hoofdstuk 5 door iedere gemeente afzonderlijk ingevuld. Het spreekt voor zich dat de lokale speerpunten financieel (hoofdstuk 7) en in een programmalijn (hoofdstuk 6) worden uiteengezet.

Ambitieniveau

Alle beleidsterreinen binnen een gemeente hebben wel een link met gezondheidsbeleid. Andersom geredeneerd is het gezondheidsbeleid afhankelijk van het beleid dat op andere terreinen wordt ontwikkeld en uitgevoerd. Van bouw en woningtoezicht, onderwijsbeleid, milieu, sociaal economisch beleid tot het ophalen van het huisvuil. Dit maakt dat deze eerste nota lokaal gezondheidsbeleid gemakkelijk tot een duimendikke nota zou kunnen uitgroeien.

Om te voorkomen dat door de bomen het bos niet meer wordt gezien beperkt de nota zich op basis van de trends en ontwikkelingen op landelijk, regionaal en lokaal niveau tot de volgende zaken:

- de wettelijke taken voor gemeenten op het gebied van de volksgezondheid die uit de WCPV voortvloeien. Dit zijn de taken waarvoor de gemeenteraad verantwoordelijkheid draagt en die een gemeente op zijn minst moet invullen in het lokale gezondheidsbeleid (wat);
- zaken die bestuurlijk beïnvloed kunnen worden in de volksgezondheid, waaronder de GGD-ZZL als grootste uitvoerder van de openbare gezondheidszorg in de regio, worden in beeld gebracht (hoe);

De speerpunten voortkomend uit deze onderdelen worden voor de periode 2003-2006 vertaald naar een realistische programmalijn zodat bij het uitbrengen van de volgende nota lokaal gezondheidsbeleid in het jaar 2007 voldaan wordt aan alle wettelijke verplichtingen en de doelen die het Rijk voor ogen heeft.

Het zojuist geformuleerde ambitieniveau is niet het ambitieniveau dat de minister in het jaar 2002 voor ogen had en geformuleerd heeft in de memorie van toelichting bij de vernieuwde WCPV. Daarin stelt de minister dat gemeenten in de nota expliciet het beleid ten aanzien van de uitvoering van WCPV

door de GGD moet bevatten. Tevens dient het lokale gezondheidsbeleid afgestemd te worden met andere beleidsonderwerpen (facetbeleid). Gemeenten dienen in te gaan op de landelijke prioriteiten ten aanzien van collectieve preventie die door het Rijk opgesteld zullen gaan worden. De nota dient een beschrijving van de gezondheidstoestand van de bevolking te geven, moet doelen stellen op bevolkingsniveau en verbanden met andere beleidsterreinen leggen.

Momenteel is het voor de gemeenten niet mogelijk om in de nota in te gaan op de landelijke prioriteiten. De Rijksnota op het gebied van de collectieve preventie is nog niet verschenen vanwege de val van het kabinet in 2002.

Ook kan de gemeente Maastricht niet ingaan op de beschrijving van de gezondheidstoestand van de burgers van Maastricht. Er zijn de afgelopen jaren veel gegevens verzameld door de GGD, ook zijn veel gegevens nog niet ontsloten. De gemeente heeft zich nog onvoldoende verdiept in de vraag aan welke gegevens behoefte is. Het zou nu te voorbarig zijn om op basis van een incompleet document conclusies te trekken. In bijlage 2 is kort enige informatie over de gezondheidstoestand van de burgers weergegeven. Aangezien het verzamelen van gegevens met betrekking tot de gezondheidstoestand van burgers een wettelijke taak is die in de WCPV is opgenomen wordt elders in deze nota (pag. 13) een voorstel geformuleerd om zo spoedig mogelijk aan deze plicht te gaan voldoen.

2. Uitgangspunten voor het lokale gezondheidsbeleid

Inleiding

Iedere burger is primair verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gezondheid. Een gemeente is echter medeverantwoordelijk voor de gezondheid van haar burgers. Een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de burger centraal staat, maar waarbij ook andere partijen zoals zorginstellingen, zorgverzekeraars en welzijnsinstellingen, een deel van de verantwoordelijkheid dragen.

Definitie van gezondheid

In de definitie van gezondheid is veel veranderd. Vroeger werd gezondheid vooral opgevat als de afwezigheid van ziekte of gebreken. Volgens deze visie was de gezondheidszorg de belangrijkste zo niet de enige hoeder van de volksgezondheid. Tegenwoordig geeft men een bredere invulling aan het begrip gezondheid. *Gezondheid wordt opgevat als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden (WHO)*. De determinanten van gezondheid in de brede betekenis zijn: erfelijke factoren, de fysieke omgeving, de sociale omgeving, de toegang en organisatie van het zorgaanbod en de leefstijl. In deze nota wordt nadrukkelijk gekozen voor deze brede kijk op gezondheid.

Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van het leven. Uit onderzoek blijkt dat gezondheid niet gelijk verdeeld is over de bevolking. Vrouwen hebben over het algemeen een minder goede gezondheid dan mannen. De gezondheid neemt af met het ouder worden. Bovendien is aangetoond dat mensen in een lagere sociaal-economische positie een slechtere gezondheid hebben dan anderen.

Met andere woorden: gezondheid is niet slechts het resultaat van de afwezigheid van ziekte, maar wordt bepaald door vier factoren:

- biologische en erfelijke factoren: de aanwezige (aanleg tot) gezondheid of ziekte
- omgeving: de fysieke en sociale omgeving zoals woonomgeving, milieu, arbeidsparticipatie en veiligheid
- leefstijl: het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid
- gezondheidszorg: de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen.¹

Daar de biologische en erfelijke factoren niet door lokale overheid beïnvloed kunnen worden, worden deze verder buiten beschouwing gelaten.

De lokale overheid kan wel invloed uitoefenen op de determinanten omgeving en leefstijl. Wat de factor gezondheidszorg betreft kan de lokale overheid alleen die voorzieningen beïnvloeden die met de collectieve volksgezondheid te maken hebben. Gezondheidsvoorzieningen waarbij een individuele zorgvraag van de cliënt aan ten grondslag ligt (bijvoorbeeld huisartsenzorg, specialistische zorg in ziekenhuizen) kunnen door de lokale overheid niet beïnvloed worden. Wel kunnen gemeenten in hun reguliere beleid bijdragen aan randvoorwaarden voor gezondheidszorgvoorzieningen (bijvoorbeeld fysieke bereikbaarheid, parkeerplaatsen e.d.)

Visie op gezondheid:

Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. De gedachte dat de gezondheid van een persoon voor een groot deel bepaald wordt door de factoren omgeving en leefstijl (dus factoren die buiten het domein van de gezondheidszorg) liggen wordt onderstreept.

Visie op lokaal gezondheidsbeleid

Het lokale gezondheidsbeleid richt zich in deze nota op de openbare gezondheidszorg. Het stimuleringsfonds OGZ hanteert de volgende definitie *'Openbare gezondheidszorg bevat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking. Openbare gezondheidszorg richt zich op de gezondheid van de gehele bevolking of groepen daarin, vindt veelal plaats zonder dat er een individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt en komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur.'*

Het algemene doel van lokaal gezondheidsbeleid is *het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid voor iedereen*. Het beleid richt zich dus niet op het bevorderen van de gezondheidssituatie van een

¹ Model van Lalonde, 1974, A new perspective on the health of Canadians

individu zelf, maar op de kansen op gezondheid voor een populatie als geheel. Met andere woorden: voorkomen is beter dan genezen.

Uitgangspunten van het lokale gezondheidsbeleid zijn:

- iedere burger is primair verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gezondheid
- zo gelijk mogelijke kansen op gezondheid voor iedereen door het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen;
- de bevordering van gezond leven, zo dicht mogelijk bij de burger (wijk/buurt/kern-gericht) met name bij burgers in achterstandssituaties, enerzijds door het stimuleren van gezond gedrag en het faciliteren daarvan, anderzijds door zoveel mogelijk schadelijke factoren in de omgeving te beperken;
- de versterking van de samenwerking tussen de collectief gerichte openbare gezondheidszorg en de gezondheidszorgvoorzieningen in de eerste lijn (bijv. huisartsenzorg), tweede lijn (bijv. ziekenhuizen) en derde lijn (bijv. verpleeghuiszorg);
- de gemeente hanteert een integrale benadering (facetbeleid) voor het gezondheidsbeleid.
- de gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland maken daar waar mogelijk regionale afspraken gebaseerd op goed overleg met het veld.

De gemeente als regisseur van het lokale gezondheidsbeleid

De gemeente is de aangewezen partij om de regie over het lokale gezondheidsbeleid te voeren omdat,

- het lokale bestuur bij uitstek geschikt is en in de positie verkeert om alle relevante partijen aan tafel te krijgen die nodig zijn voor een integraal en pro-actief gezondheidsbeleid;
- het lokale bestuur het dichtst bij de burgers staat en de lokale situatie in zijn volle breedte kent;
- het lokale bestuur zowel intern de regie kan voeren over de verschillende gemeentelijke afdelingen als extern over particuliere instellingen en gesubsidieerde organisaties.

Hupe en Klein (1997) onderscheiden in de regierol van de gemeente vijf activiteiten:

Stimuleren: de gemeente stelt zich actief op te midden van haar partners op het beleidsterrein

Situëren: de gemeente is op de hoogte van de sterke en zwakke kanten van het netwerk en van de bestaande initiatieven op het beleidsterrein

Steun creëren: de gemeente betreft andere partijen bij haar initiatieven en creëert op deze manier draagvlak; in samenwerking met de partners worden doelen geformuleerd; niet alleen de uitvoerders worden bij initiatieven betrokken maar ook de doelgroep.

Structuren: de gemeente vormt, onderhoudt en verandert het netwerk

Sturen: de gemeente geeft richting aan de samenwerking.

Samengevat houdt de regierol in dat de gemeente het netwerk van het beleidsterrein kent en onderhoudt, zich actief opstelt, samen met de partners doelen formuleert, draagvlak creëert en richting geeft aan de samenwerking.

3 Gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg op basis van de WCPV

Inleiding

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, WCPV, legt reeds sinds 1989 aan gemeenten een aantal taken op om de gezondheidssituatie van de bevolking te bewaken en om specifieke taken in de openbare gezondheidszorg uit te voeren (wat). Ook regelt de WCPV sinds 1989 het bestaan van een landelijk dekkend netwerk van GGD'en en de aansturing van de GGD'en door de gemeenten (hoe).

In 1995 sprak de Inspectie voor de Volksgezondheid naar aanleiding van een evaluatie van de WCPV haar zorg uit over de bestuurlijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg. Toenmalig minister Borst stelde op basis van bovenstaande uitkomst van de evaluatie de Commissie Versterking

Collectieve Preventie Volksgezondheid (ook wel Commissie Lemstra) in. Deze Commissie stelde dat:

- de samenwerking tussen de verschillende overheden en ook de gemeenten onderling beter zou moeten;
- de relatie tussen de gemeente(n) en de GGD verbetering behoefde;
- de integrale aanpak van de gemeentelijke verantwoordelijkheden voor volksgezondheid benadrukt dient te worden.

In juli 2000 werd door het kabinet besloten om een aantal extra taken en verantwoordelijkheden voor gemeenten te verankeren in een vernieuwde WCPV. De wetwijziging is per 1 januari 2003 van kracht gegaan.

Sinds 1989 hebben gemeenten dus al specifieke taken en verantwoordelijkheden die in de WCPV zijn vastgelegd. Deze taken waren zeer beknopt omschreven en destijds hebben de GGD-en invulling gegeven aan de uitvoering van de diverse wettelijke taken. Inmiddels, bijna 15 jaar later, zijn er verschillende redenen om de wettelijke taken en verantwoordelijkheden nader te bekijken.

- er zijn nieuwe taken bijgekomen;
- de vernieuwde WCPV beschrijft een aantal taken explicieter waardoor gemeenten nadrukkelijker op hun verantwoordelijkheden worden gewezen;
- het is belangrijk dat een gemeenteraad weet waarvoor zij verantwoordelijk is en dus ook weet waarop zij kan worden aangesproken;
- de gemeenteraad bepaalt hoe en in welke mate er invulling wordt gegeven aan de wettelijke verplichtingen.

In het hiernavolgende overzicht worden de wettelijke taken voor gemeenten op basis van de vernieuwde WCPV weergegeven en vergeleken met de wetteksten uit de oude situatie. Per wettelijke taak wordt de wettekst aangehaald en de eventuele toelichting zoals die in de WCPV is opgenomen.

Vervolgens wordt na het overzicht de huidige situatie van de wettelijke taken kort beschreven en de gewenste situatie geschetst. Als laatste volgt een kader met daarin de beslispunten aangaande de gemeentelijke wettelijke taken.

WCPV oude situatie	WCPV vernieuwde situatie per 1-1-2003
<p>Artikel 1: definitie collectieve preventie: bewaking en bevordering van de volksgezondheid voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter.</p>	<p>Artikel 1: definitie collectieve preventie: bescherming en bevordering van gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking.</p>
<p>Artikel 2: taken</p> <p>a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;</p> <p>b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leef milieu;</p> <p>c) het bevorderen van de hygiëne en de psychohygiëne;</p> <p>d) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding.</p>	<p>Artikel 2: gemeentelijke taken</p> <p>a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie;</p> <p>b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;</p> <p>c) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding</p> <p>d) het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's in het bijzonder rampen of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;</p> <p>e) het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;</p> <p>f) het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ.</p>

<p>Artikel 3 De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie betreffende infectieziekten en terzake van gezondheidsrisico's voor jeugdigen.</p>	<p>Artikel 3 De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemiën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding.</p>
<p>--</p>	<p>Artikel 3a: De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Zij draagt in ieder geval zorg voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren; b) het ramen van de behoefte aan zorg; c) de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, m.u.v. PKU, CHT en AGS (hielprikje) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma; d) het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding; e) het formuleren van maatregelen ter bij nvloeding van gezondheidsbedreigingen.
<p>--</p>	<p>Artikel 3b: De gemeenteraad stelt voor 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij ten minste aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2,3, eerste lid en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting.</p>

Nota lokaal gezondheidsbeleid

Een nieuwe verplichting voor gemeenten is om eens per vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid uit te brengen. In de WCPV is weergegeven waaraan een nota lokaal gezondheidsbeleid minimaal moet voldoen.

[artikel 3b] *De gemeenteraad stelt voor 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij tenminste aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan (A+B+C):*

A) het bevorderen van de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de collectieve preventie alsmede de onderling afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg (artikel 2, lid 1);

Ter verwezenlijking hiervan draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:

- A1) Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
- A2) Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- A3) Het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventie-programma's met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
- A4) Het bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- A5) Het bevorderen van technische hygiënezorg;
- A6) Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg

B) de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (artikel 3, lid 1)

Ter verwezenlijking hiervan draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:

- B1) Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren;
- B2) Het ramen van de behoeften aan zorg;
- B3) De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, m.u.v. perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
- B4) Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- B5) Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

C) Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijk gezondheidsdienst (artikel 5, lid 2).

Naast de hier bovengenoemde verplichte onderdelen van het lokale gezondheidsbeleid staan er in de WCPV nog twee andere onderdelen waarvoor gemeenteraden verantwoordelijk zijn. Om een compleet beeld te scheppen van de verantwoordelijkheden van het lokale bestuur op basis van de WCPV worden ook de deze onderdelen aan de nota lokaal gezondheidsbeleid toegevoegd. Het betreft de verantwoordelijkheden op het gebied van de infectieziektebestrijding en de instandhouding van de GGD.

D) Infectieziektebestrijding

[Artikel 3] De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding waaronder in ieder geval wordt verstaan

- algemene infectieziektebestrijding,
- bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen waaronder AIDS
- tuberculosebestrijding
- bron en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten
- het beantwoorden van vragen uit de bevolking
- het geven van voorlichting en begeleiding

E) Instandhouding van de GGD

[Artikel 5, eerste lid] Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de gemeenteraden zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.

[Artikel 6] De gemeenteraad draagt er zorg voor dat de gezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:

- a) geneeskunde
- b) epidemiologie
- c) verpleegkunde

- d) *gezondheidsvoorlichting en opvoeding*
- e) *tandzorg*
- f) *gedragwetenschappen*
- g) *informatica.*

Ad A

A1. Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking

Huidige situatie. De GGD-ZZL registreert diverse gegevens met betrekking tot de gezondheidssituatie van de bevolking. Naast gegevens die op landelijk niveau door bijvoorbeeld het CBS en RIVM worden verzameld houdt de GGD ook zelf eenmaal per vijf jaar een gezondheidsenquête. Middels een (5%) steekproef uit de volwassen populatie (19 – 75 jaar) van de regio ZZL wordt een groot aantal mensen schriftelijk diverse vragen voorgelegd. Naast objectieve gegevens levert de enquête ook subjectieve gegevens over gezondheid op. Dat wil zeggen dat burgers kunnen aangeven hoe zij hun eigen gezondheid beleven.

Onder de jeugd wordt een aparte enquête gehouden, het Jongerenonderzoek. In samenwerking met de andere GGD-en in Limburg en met scholen in België en Duitsland worden de leerlingen van klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs eenmaal per 5 jaar gevraagd mee te werken aan dit grootscheepse onderzoek. Bijna alle scholen voor voortgezet onderwijs (85 van de 87) in Limburg participeren.

Naast de gegevens uit de gezondheidsenquête en het jongerenonderzoek bezit de GGD-ZZL ook een bron aan informatie voortkomende uit het regionaal indicatie orgaan (RIO), de periodieke geneeskundige onderzoeken in de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Deze informatie wordt nog onvoldoende benut bij het beschrijven van de gezondheidstoestand van de burgers in de regio ZZL.

Gemeenten hebben zich tot op heden nog te weinig afgevraagd aan welke informatie zij met betrekking tot de openbare gezondheidszorg behoefte hebben.

Gewenste situatie:

Zowel de landelijke overheid als de provinciale en lokale overheid leggen steeds meer nadruk op een goede registratie en analyse van verzamelde gegevens. Hiermee wordt inzicht verschaft in de gezondheidssituatie van de burgers en deze kan en moet als input voor beleid gebruikt worden. De landelijke overheid heeft reeds het initiatief genomen om met GGD-Nederland een blauwdruk te maken voor het verzamelen van data. In 2004 zal helder zijn in welke data een gemeente minimaal inzicht moet krijgen en op welke manier deze data verzameld moeten worden. Een landelijke afstemming van gegevensverzameling maakt het mogelijk dat de gezondheidstoestand van burgers tussen verschillende GGD-regio's en gemeenten onderling vergeleken kunnen worden.

De WCPV legt aan de gemeenten de verplichting op om eenmaal per vier jaar een nota uit te brengen gebaseerd op epidemiologische gegevens. De gewenste frequentie van de dataverzameling dient aan deze nieuwe situatie aangepast te worden.

Naast de landelijke kaders zullen gemeenten zelf moeten formuleren aan welke gegevens zij behoefte hebben. Het betreft hier o.a. aanvullende informatie over de gezondheidstoestand van verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld jongeren in de leeftijd van 5-12; allochtonen, mensen in bepaalde wijken/kernen, etc). Informatiebronnen die nog onvoldoende benut worden dienen geactiveerd te worden.

Beslispunt 1

- de gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland herzien het product epidemiologie op het huidige eisen en wensen-niveau zodat de verzamelde data ook daadwerkelijk als input voor beleid gebruikt kunnen en gaan worden. Hierbij wordt naast de methode van gezondheidsenquêtes ook de informatie van het RIO, de JGZ en de infectieziektebestrijding betrokken.
- de gemeenten formuleren in overleg met de epidemioloog van de GGD-ZZL, het epidemiologen platform van de GGD-en in Limburg en inhoudsdeskundigen hoe invulling gegeven kan worden aan de verhoogde frequentie van dataverzameling en de afstemming met de uitgave van de nota's en het landelijke traject van standaardisering. Voor 1 januari 2004 wordt een offerte door de GGD-ZZL (of de GGD-en in Limburg) uitgebracht
- nadat de analyse van de gegevens door de GGD is gedaan wordt het resultaat aan de gemeenten teruggekoppeld
- in overleg wordt afgesproken welke acties er op basis van de gegevens genomen moeten worden

A2. Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen

Huidige situatie: Jaarlijks worden er honderden besluiten genomen door de colleges en de gemeenteraden. Niet alle besluiten worden op voorhand gecheckt op mogelijke consequenties voor de volksgezondheid. Zo kan bijvoorbeeld de aanleg van drempels in bepaalde wijken of straten gevolgen hebben voor de aanrijdtijd van ambulances.

Gewenste situatie:

Alle plannen die aan de colleges ter besluitvorming worden voorgelegd dienen een verplichte check te ondergaan waarin wordt aangegeven of de voorgestelde besluiten van invloed zijn op de volksgezondheid van de burgers. Om dit doel te bereiken worden criteria opgesteld waaraan beleidsvoornemens getoetst kunnen worden. De criteria kunnen tevens als input gebruikt worden om een impuls te geven aan het gemeentelijke facetbeleid ten aanzien van de volksgezondheid.

Beslispunt 2

- er worden door de dienst OCWS van de gemeente Maastricht in samenwerking met de regio Maastricht en Mergelland criteria opgesteld zodat nota's die aan de colleges ter besluitvorming worden voorgelegd worden gecheckt op mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid.

A3. Het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding

Huidige situatie:

De publieksvoorlichting met betrekking tot gezondheidsvoorlichting en opvoeding is binnen de GGD-ZZL gebundeld in de Gezondheidswijzer. De opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's wordt vormgegeven binnen de programma's Hartslag en Schoolslag. De laatste jaren is op dit punt door de GGD-ZZL intersectoraal gewerkt d.w.z. dat preventieprogramma's worden afgestemd met organisaties, instellingen en partners in de regio.

- Gezondheidswijzer

De Gezondheidswijzer is de afgelopen jaren uitgegroeid tot een groot samenwerkingsverband van 32 organisaties in Zuid-Limburg. In gezamenlijkheid worden preventieactiviteiten aangeboden, afgestemd en kiest men prioriteiten. De activiteiten richten zich op het grote publiek via advertenties in dagbladen, lokale bladen, telefoonservice, lokale voorlichtingsbijeenkomsten, etc.

- Hartslag en Schoolslag

Hartslag en Schoolslag zijn als projecten opgezet, doch zij voeren een groot deel van de reguliere preventieprogramma's van de GGD-ZZL uit. Hartslag richt zich vooral op preventieve activiteiten ter voorkoming van hart en vaatziekten, kanker, diabetes en overgewicht. Het betreft gezonde voeding, stoppen met roken activiteiten, meer bewegen, verminderen van stress, matigen van alcoholgebruik. De activiteiten vinden dicht bij de mensen plaats, in de wijken of kernen en zijn gericht op het bereiken van LSES groepen. Tevens richt een deel van het project zich op de hoogrisicogroepen, dwz mensen die bij de huisarts of in het azM in behandeling zijn voor hart en vaatziekten. De hoogrisicogroepen zijn zeer gemotiveerd om hun leefstijl te veranderen. Het hoogrisicoproject wordt gefinancierd door de zorgsector (VGZ en azM).

Schoolslag is een gezamenlijk initiatief van de GGD, Riagg, Trajekt, Bureau Jeugdzorg en het CAD. Samen stemmen zij hun preventieve activiteiten af en bieden scholen in de regio Maastricht en Mergelland een preventiepakket op maat aan. De genoemde organisaties willen i.p.v. aanbod-gericht de scholen in de regio op basis van gewenste vragen bedienen. Hieronder zijn ook de preventieactiviteiten in het kader van 'Gezonde school en genotmiddelen' geschaard. Doelgroep is de schoolgaande jeugd van 5-19 jaar. Uitbreiding van 5 – 19 jaar naar 0-23 jaar wordt momenteel gezien.

Gewenste situatie:

- de preventieve activiteiten nog meer afstemmen op elkaar en laten integreren, zowel inhoudelijk als financieel, in de structurele activiteiten van de GGD-ZZL
- aparte projectstructuren komen hiermee te vervallen voor wat betreft de preventieve activiteiten
- op basis van de lokale gezondheidsgegevens en trends in de samenleving prioriteiten aanbrengen in de aangeboden preventieprogramma's: voor dit moment geldt als doelgroep de burgers met een lage sociaal economische status en/of burgers met minder kansen op gezondheid
- naast regionale aanpak aandacht voor gerichte activiteiten op wijk of kern niveau

- Zoveel mogelijk gebruik maken van bewezen methodes
- Evalueren of de gebruikte methode daadwerkelijk de gewenste resultaten oplevert

Beslispunt 3

- de preventieactiviteiten loskoppelen van projectstructuren en onderbrengen in de reguliere taken van de GGD-ZZL;
- op basis van de gegevens uit de gezondheidsenquête en aan de hand van evaluaties van de programma's het beleid bijstellen in het jaar 2004.
- preventieactiviteiten richten zich in de eerste plaats op burgers met een lage sociaal economische status en/of burgers met minder kansen op een goede gezondheid;

A4. Het bevorderen van medisch-milieukundige zorg

Niet alleen het bevorderen van medisch-milieukundige zorg maar ook het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen op lokaal niveau is van groot belang voor wat betreft de medische milieukunde.

Onder het bevorderen van medisch-milieukundige zorg wordt in ieder geval verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek.

Huidige situatie

De verdeling van verantwoordelijkheden voor het aspect gezondheid in relatie tot de fysieke omgeving is diffuus. Hierdoor is het mogelijk dat dit onderwerp niet of niet tijdig in beleidsprocessen wordt ingebracht. Op dit moment worden op ad hoc basis aan de GGD medisch-milieukundige adviezen gevraagd. Met name op het gebied van bodemsaneringen is er een goede samenwerking. Op andere milieu-thema's is deze samenwerking nog onvoldoende vormgegeven dit geldt ook voor de signaleringsfunctie van de GGD (pro-actief in plaats van reactief).

Het bovenstaande is niet uniek voor Maastricht maar is een landelijk probleem. Het rijk heeft deze problematiek onderkend en een actieprogramma Milieu en Gezondheid vastgesteld waarin middelen en instrumenten worden aangegeven om het lokale beleid op dit gebied daadwerkelijk te verbeteren.

Gewenste situatie

Het aspect gezondheid zal vroegtijdig en voor alle relevante milieuthema's, structureel worden ingebracht in gemeentelijke beleidsprocessen en projecten (bestuurlijke besluitvorming). Hiertoe zal, waar mogelijk, het instrument gezondheidseffectscreening (GES) zoals dit in het kader van de experimentenwet Stad en Milieu is ontwikkeld vaker worden toegepast. GES is een manier om milieufactoren te kwantificeren en het aantal mensen te bepalen dat daar in een gebied aan blootgesteld is of zal worden. Vervolgens kunnen de ernst en de omvang van de gezondheidseffecten ermee worden vastgesteld. GES richt zich op de effecten van milieufactoren, die lokaal te beïnvloeden zijn, zoals geluid, lucht- en bodemkwaliteit en externe veiligheid. GES kan ook worden toegepast bij grotere bouwlocaties, infrastructuurprojecten en stedelijke herstructureringsprojecten.

Er is een heldere structuur van verantwoordelijkheden voor het aspect milieu en gezondheid binnen de gemeente Maastricht. De medisch-milieukundige zorg taak is/wordt regionaal weggezet bij de GGD Oostelijk Zuid Limburg op een zodanige wijze dat de gemeente Maastricht (afdeling Milieu en Stad) rechtstreeks, op grond van een vooraf vastgesteld werkplan, hierop aanspraak kan maken. In dit werkplan is structureel ruimte gereserveerd voor ad hoc advisering en signalering, ondersteuning bij communicatie over milieu en gezondheid gerelateerde onderwerpen alsmede concrete projecten. Voor wat betreft dit laatste zal voor het jaar 2003 medisch milieukundige ondersteuning noodzakelijk zijn bij de Milieueffectrapportage ENCI, de rapportage luchtkwaliteit 2002. Voorts zal in 2003/2004 een nadere verkenning plaatsvinden naar mogelijke projecten die voor een GES in aanmerking komen.

Beslispunt 4

- de resultaten van het actieprogramma Milieu en Gezondheid dat door het Rijk zal worden opgesteld afwachten i.v.m. het beschikbaar stellen van middelen en instrumenten (eind 2003);
- op basis van o.a. het actieprogramma Milieu en Gezondheid formuleren de gemeenten hun beleid in het jaar 2004;

- milieugezondheidskunde is een zeer specialistisch vak, bij voorkeur wordt dit product op Zuid-Limburgs niveau of provinciaal niveau aangeboden door de GGD-en (er is reeds een intensieve samenwerking);
- in afwachting van het Rijksbeleid voor het jaar 2003 productafspraken maken met de betreffende GGD in Zuid-Limburg voor de lopende zaken.

A5. Het bevorderen van technische hygiënezorg

Huidige situatie. De GGD-ZZL voert voor de deelnemende gemeenten de inspectietaak kinderopvang uit. Per 1 januari 2004 (op moment van schrijven van deze nota is door het Rijk aangegeven dat deze datum waarschijnlijk niet gehaald gaat worden) wordt deze inspectietaak overgeheveld naar de Wet basisvoorziening kinderopvang. Vooruitlopend op de strengere eisen in de nieuwe wet hebben GGD Nederland en de VNG een traject uitgezet om nu reeds naar de vernieuwde situatie toe te werken. Wat betreft de andere inspectietaken die in de nieuwe WCPV staan genoemd (piercing en tattooshops, grootkeukens, campings, ..) loopt er momenteel een traject in Nederland om te komen tot eenduidige richtlijnen.

Gewenste situatie:

Per 1 januari 2004 voldoen de gemeenten in de regio ZZL aan de eisen ten aanzien van de inspectietaak kinderopvang zoals die gesteld gaan worden in de Wet basisvoorziening kinderopvang. Afhankelijk van de landelijke richtlijnen en mogelijke financiering ten aanzien van andere inspectietaken wordt voorgesteld deze wettelijke taak te zijner tijd op te gaan pakken.

Beslispunt 5

- gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland voldoen per 1 januari 2004 aan de eisen ten aanzien van de inspectietaak kinderopvang zoals die gesteld gaan worden in de Wet basisvoorziening kinderopvang;
- in afwachting van landelijk beleid ter bevordering van technische hygiënezorg (exclusief de kinderopvang) worden er momenteel geen actiepunten op dit item ondernomen.

A6. Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg

Huidige situatie

Om op lokaal niveau de gemeenten te ondersteunen en te stimuleren OGGZ-beleid te formuleren en uit te voeren hebben het ministerie van VWS, de VNG, GGD Nederland, GGZ Nederland, de Federatie Opvang (FO) en Zorgverzekeraars Nederland een convenant getekend. Het doel van het convenant is dat in het gehele land afspraken gemaakt worden over het maken en uitvoeren van het OGGZ-beleid en dat deze formeel worden vastgelegd in lokale convenants. Tevens heeft men de minimale afspraken geformuleerd waaraan een lokaal convenant moet voldoen.

Deze zijn:

- uitwerking van het basisaanbod van OGGZ-activiteiten, gemeenschappelijke doelstellingen en prioriteiten, zoveel mogelijk vertaald in meetbare prestaties en effecten;
- verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de bij de OGGZ betrokken instellingen (ketenmanagement)
- vorm en inhoud van het overleg (politiek-bestuurlijk, uitvoering en financiering)
- minimumeisen en randvoorwaarden voor de kwaliteit van de OGGZ, in aanvulling op de primaire verantwoordelijkheid van de instellingen
- wijze van verantwoording.

Het minimumaanbod van OGGZ-activiteiten bestaat uit:

- samenwerkingsverband
- crisisopvang/acute zorg
- dak en thuislozenzorg
- bemoeizorg
- preventie
- psychosociale hulpverlening na rampen
- sociale kaart
- onderlinge consultatie
- signalering en beleidsadviesing.

Gewenste situatie

Tot 1 januari 2003 werden in de regio Maastricht en Mergelland de thema's in de OGGZ niet integraal opgepakt. Er waren verschillende overlegstructuren waarin deelgebieden afzonderlijk aan bod kwamen. Op 20 november 2002 kwamen de regiogemeenten en de partners in het OGGZ-veld bijeen om met elkaar afspraken te maken over de openbare geestelijke gezondheidszorg. Hierbij hebben de gemeenten een nieuwe structuur voorgesteld en uitgesproken dat men in samenwerking met het veld de minimale afspraken in een convenant wil gaan vastleggen.

Per 1 januari 2003 is de nieuwe structuur ingevoerd bestaande uit de stuurgroep OGGZ, de coördinatiegroep OGGZ en diverse werkgroepen.

Er wordt door de coördinatiegroep in het jaar 2003, conform de landelijke richtlijnen, een convenant 'OGGZ in de regio Maastricht en Mergelland' opgesteld waarin prioriteiten worden uitgewerkt en worden gefaseerd. Dit convenant zal in 2004 door de partners in de OGGZ ondertekend gaan worden.

Beslispunt 6

- invoering nieuwe structuur OGGZ per 1 januari 2003
- ontwikkeling convenant 'OGGZ in de regio Maastricht en Mergelland' door de coördinatiegroep OGGZ;
- in 2004 wordt het convenant aan het portefeuillehoudersoverleg en de afzonderlijke gemeenteraden ter besluitvorming voorgelegd en vervolgens aan de partners in de OGGZ ter ondertekening voorgelegd.

Ad B

De uitvoering van de integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar

Samen met de regiogemeenten, GroeneKruis Zorg, de GGD-ZZL en de GGD-OZL zijn er twee regionale bijeenkomsten geweest in het jaar 2002 ter voorbereiding op de integratie van de zorg. Er is een beleidsplan opgesteld voor de jaren 2003 en 2004 waarin de beleidslijnen zijn uitgewerkt en een plan van aanpak is weergegeven.

Vanwege de veelomvattendheid van deze nieuwe wettelijke taak zijn de beslispunten aangaande de integratie van de jeugdgezondheidszorg apart aan de gemeenteraden voorgelegd. Op 17 december 2002 ging de Raad van de gemeente Maastricht reeds akkoord met de volgende punten:

1. Vaststelling JGZ-taken 0-4 conform Basistakenpakket
2. Financiering uniform deel Basistakenpakket JGZ 0-4
3. Maatwerk deel JGZ 0-4 2003 conform Trv-plan 2002/2003
4. Taken en financiering JGZ 4-19 via productbegroting GGD-ZZL en via PKA GGD-OZL
5. Eén gemeentelijk aanspreekpunt JGZ 0-19 in het Gewest Maastricht en Mergelland
6. Implementatie en ontwikkeling integrale JGZ 0-19

Voor uitgebreide informatie wordt verwezen naar raadsbesluit 120-2002 (gemeente Maastricht).

Ook in de regiogemeenten Valkenburg a/d Geul, Margraten, Meerssen en Eijsden is men akkoord gegaan met dit voorstel. In de gemeenten Gulpen-Wittem en Vaals wordt het beleidsplan zo spoedig mogelijk aan de Raden ter besluitvorming voorgelegd.

Ad C

Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst (artikel 5, lid 2).

Huidige situatie

De nota's betreffende de openbare gezondheidszorg worden na overleg met de GGD aan de colleges en/of Raden voorgelegd. Zo ook deze nota lokaal gezondheidsbeleid. Nota's die vanuit andere beleidsterreinen opgesteld worden en die gevolgen kunnen hebben voor de volksgezondheid worden niet of onvoldoende met de GGD kortgesloten.

Gewenste situatie

Indien de besluiten die worden genomen door de colleges van B&W vooraf middels vastgestelde criteria gescreend worden op mogelijke gevolgen voor de collectieve preventie dan zou tijdig advies bij de GGD-ZZL gewonnen moeten worden. **Zie beslispunt 2.**

Ad D:**D. Infectieziektebestrijding**

[Artikel 3] De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding waaronder in ieder geval wordt verstaan

- algemene infectieziektebestrijding,
- bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen waaronder AIDS
- tuberculosebestrijding
- bron en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten
- het beantwoorden van vragen uit de bevolking
- het geven van voorlichting en begeleiding

Huidige situatie:

- Algemene infectieziektebestrijding

De GGD-ZZL werkt op systematische wijze om de incidentie (nieuwe ziektegevallen) van de algemene infectieziekten terug te brengen. Om dit doel te bereiken hanteert men een 24-uurs paraatheid van de infectieziekten organisatie. Indien er infectieziekten uitbreken wordt er volgens protocollen gehandeld. De contactbron wordt opgespoord, de aangifte-plichtige infectieziekten worden afgehandeld, aan risicogroepen en of instellingen wordt voorlichting gegeven. Aan gemeenten wordt jaarlijks over infectieziekten gerapporteerd.

- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen waaronder AIDS

De GGD-ZZL werkt op systematische wijze om het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen en AIDS terug te dringen. Men gaat actief op zoek naar mogelijk besmette of potentieel besmette personen uit risicogroepen (druggebruikers, dak en thuislozen, verslaafden, homo en bi-seksuelen en mensen met veel wisselende contacten). GGD en azM hebben een gezamenlijke SOA-poli waarbinnen preventie en diagnostiek wordt uitgevoerd.

- Tuberculosebestrijding

De GGD-ZZL zoekt actief naar TBC-patiënten en geïnfecteerden, stelt een behandeling in en begeleidt deze mensen tijdens de behandeling. Verschillende risico-groepen worden gescreend, waaronder immigranten, asielzoekers, dak en thuislozen en werkers in risico-instellingen (ziekenhuizen e.d.). (mantoux-prik en/of röntgenonderzoek)

- Bron en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten

Bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten wordt door de GGD-ZZL conform vastgestelde protocollen gehandeld.

- Het beantwoorden van vragen uit de bevolking

Zie algemene infectieziektebestrijding

- Het geven van voorlichting en begeleiding

Zie algemene infectieziektebestrijding

Gewenste situatie

De landelijke overheid, GGD-Nederland en de VNG constateerden dat de organisatie van de infectieziektebestrijding op onderdelen kwetsbaar is en dat niet volledig kon worden voldaan aan de wettelijke eisen en maatschappelijke wensen van snelheid, kwaliteit en betrouwbaarheid. In opdracht van het ministerie van VWS is daarom het project VISI (Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding) gestart. Dit project wordt momenteel door de GGD'en in Nederland uitgevoerd. Eind 2003 worden de resultaten verwacht en worden landelijke modellen ontwikkeld.

Beslispunt 7

- het bestaande beleid handhaven en op basis van de resultaten van het VISI-traject het beleid ten aanzien van deze wettelijke taak verbeteren. Het ministerie van VWS zal in samenwerking met de VNG en GGD-Nederland landelijke richtlijnen afgeven in het jaar 2004.

Ad E:**E. Instandhouding van de GGD**

[Artikel 5, eerste lid] Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de gemeenteraden zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.

[Artikel 6] De gemeenteraad draagt er zorg voor dat de gezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:

- h) geneeskunde
- i) epidemiologie

- j) *verpleegkunde*
- k) *gezondheidsvoorlichting en opvoeding*
- l) *tandzorg*
- m) *gedragwetenschappen*
- n) *informatica*.

In de regio Maastricht en Mergelland dragen de gemeenten Maastricht, Meerssen, Eijsden, Margraten en Valkenburg zorg middels een gemeenschappelijke regeling voor de instandhouding van de GGD Zuidelijk Zuid Limburg. De GGD-ZZL beschikt over de hierboven genoemde deskundigen. De gemeenten Gulpen-Wittem en Vaals dragen met de overige gemeenten in de regio Parkstad zorg voor de instandhouding van de GGD Oostelijk Zuid Limburg.

GGD-ZZL: doel en taken

Door de vijf gemeenteraden in de regio Zuidelijk Zuid Limburg is een gemeenschappelijke regeling aangegaan om de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zuidelijk Zuid-Limburg als openbaar lichaam in te stellen.

Het doel van de GGD-ZZL is het leveren van een bijdrage aan de gezondheidsbevordering en bescherming van de inwoners van het district of specifieke groepen daaruit.

Om dit doel te bereiken voert de GGD-ZZL taken op basis van de WCPV voor de deelnemende gemeenten uit. Daarnaast voert de GGD-ZZL ook andere taken uit waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn die al dan niet voortvloeien uit andere algemene wetgeving en in de gemeenschappelijke regeling zijn opgenomen. Deze taken zijn:

- de instandhouding van een Centrale Post Ambulancevervoer;
- het verlenen van ambulancehulp overeenkomstig de bepalingen van de Wet Ambulancevervoer;
- het dragen van verantwoordelijkheid van en het leveren van bijdragen aan de geneeskundige hulpverlening bij rampen (Brandweerwet, Rampenwet, Wet GHOR, milieuwetgeving);
- verrichtingen conform de Wet op de Lijkbezorging, de Quarrantainewet, wetgeving inzake infectieziekten en sociale en overige door de gemeenten uit te voeren wetgeving voorzover daarbij medische vraagstellingen in het belang van de openbare gezondheidszorg aan de orde komen;
- het leveren van medische diensten ten behoeven van politie en justitie;
- het instellen en instandhouden van een regionaal indicatieorgaan als bedoeld in artikel 9a van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- het verrichten van keuringen en medische onderzoeken alsmede het geven van adviezen ten behoeve van derden.

Ook voert de GGD-ZZL niet wettelijke taken en projecten uit en voert zij commerciële taken uit waaronder reizigersvaccinaties, bedrijfshulpverlening, cursussen EHBO.

Gemeente is beleidsbepaler

Het Algemeen Bestuur van de GGD-ZZL, bestaande uit drie leden van het College van B&W en gemeenteraad per deelnemende gemeente, besluit of en in hoeverre wijzigingen worden aangebracht in het takenpakket.

Zoals ook de commissie Lemstra constateerde lieten gemeenten in het verleden het beleid ten aanzien van de openbare gezondheidszorg over aan de GGD-en, er was weinig bemoeienis van de lokale overheid. Dit was ook het geval in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg. Nu de gemeenten hun regierol in de openbare gezondheidszorg oppakken betekent dit voor de GGD-ZZL dat zij in hun rol als beleidsuitvoerder en beleidsadviseur gebracht worden.

Van inputbegroting naar productbegroting

Nu de GGD-ZZL zich in een overgangsfase naar een productbegroting beweegt worden alle producten en de productprijzen inzichtelijk. Gemeenten kunnen middels dit instrument beter vorm geven aan hun regierol door die producten te vragen en te kiezen die binnen het gemeentelijke gezondheidsbeleid passen. Het productkeuzemodel wordt in het najaar van het jaar 2003 aan de gemeenteraden van de deelnemende gemeenten voorgelegd zodat zij hun keuzes voor het jaar 2004 kunnen maken.

Ontwikkelingen

Momenteel vinden er diverse ontwikkelingen plaats die mogelijk van invloed zijn op het takenpakket en de omvang van de GGD-ZZL.

- integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar

De integratie van de 0-4 jarigenzorg door Groene Kruis Zorg en de 4-19 jarigen zorg door de GGD-ZZL is inhoudelijk ingezet. Organisatorisch gezien zijn er verschillende scenario's denkbaar te weten: onderbrenging jeugdgezondheidszorg bij de thuiszorgorganisaties, onderbrenging jeugdgezondheidszorg bij GGD-en, een nieuwe organisatorische eenheid bestaande uit een samenvoeging van de betreffende afdelingen van de beide organisaties of aanhaking van de jeugdgezondheidszorg bij de Bureaus Jeugdzorg. Het Rijk laat aan de regio's in het land over om vorm te geven aan de organisatiestructuur. De kosten van een eventuele samenvoeging van beide organisatie-onderdelen zijn dus ook voor rekening van de lokale overheden. Momenteel is de integratie inhoudelijk ingezet. Over de organisatiestructuur is door de regio nog geen uitspraak gedaan.

- robuuste RIO-vorming

In het kader van de robuuste RIO-vorming wordt er uitvoering gegeven aan een samenwerkings-overeenkomst tussen de GGD-ZZL en GGD Westelijke Mijnstreek.

- opschaling cpa

Op het hoofdbureau voor politie te Maastricht, is een colocatie ontstaan voor de meldingen voor ambulances, brandweer en politie. De cpa is hiermee uit de GGD-en getild en op Zuid-Limburgs niveau georganiseerd. De bestuurscommissie cpa is echter wel bij de GGD-ZZL ondergebracht. Ook het personeel van de cpa is in dienst van de GGD-ZZL. Deze zal indien de RAV-vorming tot stand komt, opgaan in de RAV.

- RAV vorming

De regionale ambulancevervoer-vorming is reeds een aantal jaren geleden in gang gezet. Doel is te komen tot één geïntegreerde ambulancezorg in de regio Zuid Limburg. Dit biedt voordelen in met name in geval van grote ongevallen en rampen. De samenwerking met de GHOR is essentieel. Inhoudelijk gezien is de RAV rond, echter financiële obstakels moeten nog uit de weg geruimd worden.

- Forensische geneeskunde

De drie GGD'en hebben een gezamenlijk ondernemingsplan en plan van aanpak opgesteld om de forensische zorg vorm te geven op Zuid-Limburgs niveau.

- Opschaling wettelijke taken

Ook op het vlak van de wettelijke taken hebben de drie GGD-en samenwerkingsafspraken gemaakt. Zo worden epidemiologische onderzoeken gezamenlijk voorbereid en uitgevoerd, milieugezondheidskunde wordt op Zuid-Limburgsniveau aangeboden, er vindt steeds meer samenwerking plaats op het gebied van de infectieziektebestrijding. Inhoudelijk groeien de GGD-en steeds meer naar elkaar toe.

Samenwerking in de keten

Naast de ontwikkelingen rondom schaalvergroting en samenwerking tussen de GGD'en doen zich ook ontwikkelingen voor die gericht zijn op samenwerking en integratie met ketenpartners. Enerzijds betekent dit een versterking van de community-based benadering (wijk- en school-gerichte gezondheidsbevordering), anderzijds een verbetering in de afstemming tussen preventie en curatie. Voor dit laatste is samenwerking met de curatieve gezondheidszorg, het azM en de UM van belang.

- Opschaling regio

Gezien het relatief kleine verzorgingsgebied per GGD in Zuid-Limburg en de zeer specialistische kennis die nodig is voor een aantal taken wordt er steeds meer samengewerkt tussen de drie GGD-en. Op het moment van schrijven (februari/maart 2003) is er een overleg gestart tussen de voorzitters van de besturen en de directeuren van de drie GGD-en. Er zal een visie-document worden opgesteld waarin de GGD-en een voorstel doen om tot verregaande samenwerking/mogelijke fusie te komen. Tevens heeft staatssecretaris Ross-van Dorp van het ministerie van VWS aangegeven dat het ministerie van VWS het wenselijk acht, met het oog op de versterking van de samenwerking tussen de GGD-en en de rampenbestrijding, dat GGD regio's in de toekomst toegroeien naar tenminste de schaalgrootte van één politieregio. In de loop van het jaar 2003 zal het ministerie hierover in contact treden met o.a. de VNG en GGD-Nederland.

Consequenties van de ontwikkelingen voor werkwijze en huisvesting

De hierboven beschreven ontwikkelingen hebben invloed op de organisatie en omvang van de GGD, zowel wat betreft werkwijze als huisvesting.

Opschaling van een aantal taken op Zuid-Limburgs niveau betekent dat er afspraken gemaakt dienen te worden vanuit welke GGD de taken uitgevoerd gaan worden (bijvoorbeeld infectieziektenbestrijding, milieugezondheidskunde). Deze afspraken zullen door de drie besturen van de GGD-en gemaakt moeten worden zodat helder is wie er verantwoordelijkheid draagt voor de inhoud, de kwaliteit en uitvoering van de producten.

Bepaalde werkzaamheden dienen zoveel mogelijk dicht bij de burgers dus in de stadsdelen, wijken of kernen plaats te vinden (bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg, hartslag). Hiermee rijst de vraag of de huisvesting van de GGD-ZZL voldoet aan de toekomstige en gewenste werkwijze en ontwikkelingen.

WGR

Ondanks het invoeren van het duale stelsel in de lokale politiek blijft de WGR de komende jaren nog ongewijzigd. Het ministerie van Binnenlandse Zaken heeft nog enkele jaren nodig om ook de WGR te dualiseren. De invoering van de productbegroting geeft aanleiding om de Gemeenschappelijke Regeling GGD-ZZL te herzien. Nieuwe termijnen voor het indienen van productbegroting en rekening dienen opgenomen te worden.

Beslispunt 8

- gemeenten voeren de regie ten aanzien van de openbare gezondheidszorg en ten aanzien van de grootste uitvoerder in de openbare gezondheidszorg, de GGD-ZZL;
- de GGD-ZZL heeft een beleidsuitvoerende en beleidsadviserende rol in de openbare gezondheidszorg
- de Gemeenschappelijke Regeling GGD-ZZL dient herzien te worden voor de invoering van de productbegroting per 1-1-2004
- gezien de huidige ontwikkelingen de mogelijkheid tot intensieve samenwerking of opschaling tussen de drie GGD-en in Zuid-Limburg onderzoeken
- huisvesting van de GGD-ZZL is mede afhankelijk van een mogelijk opschalingstraject en overige samenwerkingsrelaties

4 Bestuurlijke invloed in de openbare gezondheidszorg

Het Rijk dicht de lokale overheid steeds meer taken en verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg toe. In hoofdstuk 3 passeerden reeds de wettelijke verplichtingen. Directe bestuurlijke invloed hebben de gemeenten in diverse overlegorganen. Voor het voeren van de regiefunctie en voor een integraal beleid op het gebied van de volksgezondheid op zowel gemeentelijk, regionaal als provinciaal niveau wordt bestuurlijke vertegenwoordiging en afstemming in de diverse overleg-gremia steeds belangrijker. Hieronder treft u een overzicht aan.

De Wet Gemeenschappelijke Regelingen is niet gedualiseerd

In de Gemeenschappelijke Regeling GGD-ZZL zijn de bepalingen ten aanzien van het openbaar lichaam, de GGD-ZZL, vastgelegd. Per 1 maart 2002 is het duale stelsel in het Nederlandse openbaar bestuur in werking getreden. Echter het duale stelsel is (nog) niet van toepassing op Gemeenschappelijke Regelingen. Het ministerie van BZK verwacht nog enkele jaren nodig te hebben om ook de Gemeenschappelijke Regelingen te dualiseren. Tot die tijd blijft de oude situatie (het monistisch stelsel) gehandhaafd. Dit betekent bijvoorbeeld dat zowel collegeleden als raadsleden deel uit maken van het AB van de GGD en dat daar waar de WGR verwijst naar de Gemeentewet de niet-gedualiseerde Gemeentewet wordt bedoeld.

Gemeenteraden zouden, nadat zij haar kaders gesteld hebben, wel kunnen besluiten de colleges te mandateren voor wat betreft de uitvoering de diverse taken in de openbare gezondheidszorg.

Het dagelijks en algemeen bestuur van de GGD-ZZL

Het dagelijks bestuur bestaat uit de vijf portefeuillehouders van de deelnemende gemeenten. Onderling worden de bestuursportefeuilles verdeeld. Momenteel zit de gemeente Maastricht het DB voor, plaatsvervangend voorzitter is de gemeente Margraten, vervult de gemeente Eijsden de portefeuille financiën en bezit de gemeente Meerssen de portefeuille personeel. De secretarisfunctie wordt door de directeur van de GGD bekleed.

De bevoegdheden van het dagelijks bestuur zijn:

- het houden van toezicht op de gezondheidsdienst, in het bijzonder op het beheer van de inkomsten en uitgaven;
- de zorg voor de controle op het geldelijk beheer en de administratieve administratie;
- het voorbereiden van hetgeen aan de vergadering van de AB ter beslissing moet worden voorgelegd en het uitvoeren van besluiten van dit bestuur;
- het uitbrengen van een jaarlijks verslag van de gezondheidsdienst aan het AB en aan de Raden van de aan de regeling deelnemende gemeenten;
- het nemen van alle conservatoire maatregelen zowel in als buiten rechte en het doen van alles wat nodig is ter voorkoming van verjaring en verlies van recht of bezit;
- het hebben van de zorg voor en het houden van voortdurend toezicht op de bewaring en het beheer van de archiefbescheiden van de dienst naar een door het AB met inachtneming van de Archiefwet 1962, te treffen voorziening.

Het algemeen bestuur van de GGD-ZZL is het hoogste besluitvormende orgaan betreffende de GGD-ZZL. Het AB bestaat uit 15 raadsleden en collegeleden van de deelnemende gemeenten. Uit hun midden benoemt het AB het DB. Het AB wordt momenteel voorgezeten door de gemeente Maastricht. De secretarisfunctie wordt door de directeur van de GGD-ZZL uitgevoerd.

De bevoegdheden van het AB zijn:

- alle bevoegdheden die niet zijn opgedragen aan het DB, de voorzitter of anderen
- aan het bestuur van een openbaar lichaam worden dezelfde bevoegdheden toegekend, ten behoeve van de behartiging van de in de WGR beschreven taken, als de besturen van de gemeenten terzake hebben.

Elk lid van het AB heeft één stem, met uitzondering van de vertegenwoordigers van de gemeente Maastricht die elk drie stemmen hebben.

Bestuurlijke invloed van de afzonderlijke gemeenteraden

Voordat het AB tot besluitvorming komt (bijvoorbeeld om wijzigingen in het takenpakket van de GGD aan te brengen) worden de gemeenten omtrent de voorgenomen wijzigingen gehoord. De bevindingen van de gemeenten worden middels hun vertegenwoordiging in het AB in de besluitvorming betrokken.

Wat financiële aangelegenheden betreft stelt het AB jaarlijks (voor 1 juli) een begroting en jaarrekening vast onder goedkeuring van Gedeputeerde Staten. De raden van de deelnemende gemeenten kunnen binnen twee maanden na ontvangst van de ontwerp-begroting (voor 1 april) en rekening (voor 1 mei) hun gevoelens doen blijken aan het bestuur van de GGD. Gemeenten kunnen na vaststelling van begroting en jaarrekening door het AB hun gevoelens omtrent voornoemde vaststelling aan Gedeputeerde Staten doen blijken.

De WGR kan te allen tijde worden gewijzigd (of opgeheven) bij eensluidende besluiten van de gemeenteraden van tenminste drie/vierde van het aantal deelnemende gemeenten.

Portefeuillehoudersoverleg Breed Welzijn

Om tot afstemming te komen van het regionale beleid op het gebied van de volksgezondheid worden ontwikkelingen, thema's etc besproken in het portefeuillehoudersoverleg Breed Welzijn. Het overleg bestaat uit de portefeuillehouders Welzijn/Volksgezondheid uit de regio Maastricht en Mergelland. De functie van secretaris wordt uitgeoefend door het Gewest Maastricht en Mergelland. Het voorzitterschap is in handen van de gemeente Margraten.

Het portefeuillehoudersoverleg adviseert de afzonderlijke colleges en gemeenteraden met betrekking tot regionale thema's. Uiteindelijk besluiten de afzonderlijke colleges en gemeenteraden. Daar zich steeds meer thema's afspelen op regionaal niveau dient overwogen te worden om de beschikbare tijd voor het portefeuillehoudersoverleg uit te breiden.

Het portefeuillehoudersoverleg wordt voorbereid door het ambtelijk overleg Breed Welzijn (afdelingshoofden welzijn van de regio gemeenten) en voor wat de betreft de agendapunten op het gebied van de volksgezondheid ook door het ambtelijk overleg volksgezondheid. Ook bij deze overleggen zijn de agenda's overvol en zou een hernieuwde overweging gemaakt kunnen worden hoe de beide ambtelijke overleggen kunnen bijdragen aan een efficiënte en effectieve voorbereiding van het portefeuillehoudersoverleg.

Bestuurlijk overleg met de Provincie

Voor wat betreft de aansluiting van het algemeen jeugdbeleid op de jeugdzorg is er sinds het einde van 2002 een Op Overeenstemming Gericht Overleg (OOGO) met de Provincie. Dit overleg concentreert zich op dit moment op de inzet van een aantal functies van jeugdzorg ten behoeve van lokale welzijnsvoorzieningen. Tevens komen afstemmingsaspecten tussen verschillende voorzieningen, waaronder voorzieningen op het gebied van de volksgezondheid, aan de orde.

Zorgkantoor Zuid-Limburg

In het bestuur van het Zorgkantoor Zuid-Limburg hebben één vertegenwoordiger namens de regio Westelijke Mijnstreek en één vertegenwoordiger namens de regio Parkstad zitting. De vertegenwoordiger namens de regio Maastricht en Mergelland is momenteel plaatsvervangend lid. Terzake is een roulatiesysteem afgesproken met een interval van twee jaar.

5 Lokale speerpunten

De lokale speerpunten van de gemeente Maastricht zijn gebaseerd op:

1. Relatie met bestaand beleid;
2. Wettelijk verplichtingen ten aanzien van de openbare gezondheidszorg zoals die in de WCPV zijn vastgelegd;
3. Beïnvloedbaarheid op bestuurlijk niveau;

1. Relatie met bestaand beleid

De nota lokaal gezondheidsbeleid volgt op reeds eerder uitgebrachte visiedocumenten van de gemeente Maastricht te weten de Stadsvisie 2010, het ontwikkelingsprogramma 2000-2004, het Toekomst op Koers traject, het coalitie-akkoord, de sociale visie en de voorjaarsnota 2003.

De Stadsvisie 2010 steekt in op een gewenst beeld in 2010 waarin de gezondheidsverschillen in de stad zijn verminderd. Om tot vermindering van de gezondheidsverschillen te komen zal meer dan voorheen een integrale benadering van gezondheid moeten worden nagestreefd.

In het ontwikkelingsprogramma 2000-2004 wordt de missie uit de Stadsvisie 2010 vertaald naar concrete programma's. Het thema gezondheid sluit aan bij de programma's 'een leven lang leren', 'continue participatie en zorg' en 'activerend armoede en zorg beleid'.

Tevens zijn er raakvlakken met andere programma's waaronder 'arbeidsmarkt actief en activerend' en 'groen, natuur en landschap'.

Doel van het Toekomst op Koers traject is enerzijds om een stadsvisie voor de lange termijn (2030) te ontwikkelen en anderzijds om de gemeentelijke beleidscyclus naar een hoger plan te tillen. Hiertoe wordt gewerkt aan een integraal planning en monitorinstrument voor Maastricht gebaseerd op het stadsmodel dat samen met ICIS is ontwikkeld.

In het Coalitie-programma 2002-2006 heeft de Raad tien hoofdthema's geformuleerd om richting te geven aan het beleid voor de komende jaren. Deze thema's zijn: Maatschappelijke participatie en aanpak (meervoudige) achterstanden; aandacht voor buurten, veiligheid; economie en werkgelegenheid; mobiliteiten en bereikbaarheid; relatie overheid en burger; openbare ruimte; euregionale samenwerking; cultuur; middelen. Het eerste thema 'maatschappelijke participatie en aanpak (meervoudige) achterstanden' beschrijft dat in Maastricht bijzondere aandacht gegeven moet worden aan de meest kwetsbaren. Nog steeds is het zo dat een grote groep mensen niet volwaardig kan deelnemen aan de maatschappij. Gezondheidsproblemen, psychische problematieken en eenzaamheid kunnen burgers in een achterstandssituatie brengen.

In Een sociale visie op de stad Maastricht 2003-2015 is de sociale visie voor de stad Maastricht weergegeven welke richting en sturing geeft aan de sociale pijler. Samen met de economische en de fysieke visie maakt de sociale visie deel uit van de stadsvisie. De stadsvisie wordt aldus gedragen door de drie pijlers: sociale pijler, economische pijler en fysieke pijler. De sociale pijler heeft als kenmerken het duurzaam instandhouden van gezondheid, onderwijs, sport, welzijn en cultuur, het bevorderen van zelfredzaamheid en een stimulerend sociaal en veilig klimaat. De gemeente speelt een essentiële rol in de sturing van vraagstukken die vervat zijn in en tussen de drie pijlers. Zij dient een duidelijke richting aan te geven, burgers ruimte te geven, randvoorwaarden te stellen, resultaat en klantgericht te werken en rekenschap af te leggen over het gevoerde beleid.

In de sociale visie worden drie richtinggevende thema's beschreven:

- naar een vitale sociale en economische structuur
- sociale samenhang en participatie
- dienstverlening en zorg op maat

Vooraf het thema 'dienstverlening en zorg op maat' is relevant voor de openbare gezondheidszorg. De maatschappelijke effecten die nagestreefd worden zijn o.a.: verminderen van de gezondheidsachterstand van kwetsbare groepen en het terugdringen van meervoudige achterstanden. Als kritische succesfactoren worden o.a. genoemd: krachtige en eenduidige regierol van de gemeente; samenhang en samenwerking tussen professionele instellingen zijn merkbaar toegenomen; een sluitende aanpak

als werkwijze bij kwetsbare groepen en mensen met meervoudige problematieken wordt door de partijen gedragen.

Er breken financieel gezien moeilijke tijden aan voor de gemeente Maastricht. In de Voorjaarsnota 2003 wordt gesteld dat er nu ingrijpende beleidskeuzes gemaakt dienen te worden om in deze collegeperiode een bezuinigingsoperatie van 33 miljoen euro te verwezenlijken. Ondanks de sombere vooruitzichten heeft de gemeente Maastricht zich twee prioriteiten gesteld waarop men blijft investeren: werkgelegenheid en sociale weerbaarheid voor de meest kwetsbare groepen in de Maastrichtse samenleving.

Eén van de bezuinigingsmaatregelen die in de Voorjaarsnota wordt voorgesteld is het onderzoeken of de taken die het Rijk aan de gemeente oplegt al dan niet gepaard gaan met voldoende middelen om de taken naar behoren uit te voeren. Indien dit niet het geval is zal de taak verminderd of niet uitgevoerd gaan worden.

Op basis van bovengenoemde richtinggevende documenten kan voor het lokale gezondheidsbeleid het volgende geconcludeerd worden:

- de gemeente Maastricht geeft prioriteit aan de meest kwetsbaren in de samenleving: burgers met een lage sociaal economische status en/of slechte kansen op gezondheid;
- de openbare gezondheidszorg speelt zich niet alleen op regionaal of stadsniveau af ook dicht bij de mensen op wijkniveau;
- de gemeente Maastricht wil in principe voldoen aan haar wettelijke verplichtingen ten aanzien van het lokale gezondheidsbeleid mits het Rijk voldoende middelen beschikbaar stelt voor de uitvoering van de opgelegde taken;

2. Wettelijke taken op basis van de WCPV

De gemeente Maastricht wil in principe voldoen aan haar wettelijke verplichtingen betreffende het lokale gezondheidsbeleid. Als prioriteiten binnen de wettelijke taken worden aangemerkt:

- de integrale jeugdgezondheidszorg (hiervoor zijn rijksmiddelen beschikbaar gesteld),
- de openbare geestelijke gezondheidszorg (kwetsbaren);
- preventieve activiteiten ten behoeve van burgers met een lage sociaal economische status en/of slechte kansen op gezondheid;
- de epidemiologische gegevensverzameling.

De gemeente Maastricht vindt het belangrijk dat de verzamelde gegevens op elk niveau (landelijk, regionaal, lokaal) daadwerkelijk een basis voor het te voeren lokale gezondheidsbeleid gaan worden. Het verzamelen van data, het analyseren, interpreteren van data en het omzetten van de data naar te voeren beleid dient verbeterd te worden.

De overige wettelijk taken dienen ook een kwaliteitsimpuls te krijgen. Deze zullen echter later opgepakt gaan worden indien de landelijke kaders helder zijn en er middelen van het Rijk beschikbaar komen.

In de loop van het jaar 2003 zal aan de gemeenteraad het productkeuzemodel (productbegroting) van de GGD-ZZL voorgelegd worden. Bovenstaande zal als leidraad genomen worden om binnen de aangeboden producten te prioriteren.

3. Beïnvloedbaarheid op bestuurlijk niveau

Gemeenten voeren in de openbare gezondheidszorg de regie. Dat betekent dat zij sturend dienen op te treden voor wat betreft beleid en uitvoering. Om een goede regisseur te zijn dient de gemeente Maastricht zich bewust te zijn van haar verantwoordelijkheden. Deze verantwoordelijkheden spelen zich af op drie niveaus:

- binnen de gemeente Maastricht; intern zal facetbeleid gevoerd moeten gaan worden ten aanzien van het lokale gezondheidsbeleid. Het gezondheidsbeleid is afhankelijk het beleid dat op andere beleidsterreinen wordt ontwikkeld en uitgevoerd. Tevens dient het gemeentebestuur gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen te bewaken.
- binnen de WGR-regio; de Maastrichtse bestuurders dienen zich, evenals hun collega's uit de regio, bewust te zijn van hun vernieuwde en uitgebreide taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van de uitvoering van de wettelijke taken middels de aansturing van de GGD-ZZL. Een herziening van de Gemeenschappelijke Regeling op basis van de huidige stand van zaken wordt voorgesteld om als leidraad in dit proces te fungeren.

- binnen de beleidsregio Maastricht en Mergelland; beleidsafstemming op het gebied van volksgezondheid en breed welzijn vindt plaats binnen de beleidsregio Maastricht en Mergelland. Gezien het toenemende aantal thema's dat zich op regionaal niveau afspeelt dient bekeken te worden of de huidige structuur en frequentie van het portefeuillehouders-overleg nog voldoet aan de toegenomen vraagstellingen dan wel dat gelet op de beschikbare capaciteit scherpere prioriteitsstelling noodzakelijk is.

6 Financiële gevolgen

De uitvoering van de wettelijke verplichtingen die uit de WCPV voortkomen dienen de gemeenten te financieren uit het Gemeentefonds en uit eigen middelen. Eind jaren 80 zijn voor de uitvoering van de wettelijke taken middelen aan het Gemeentefonds toegevoegd. Echter de omvang van die middelen is niet meer te achterhalen. Nu er per 1 januari 2003 met de invoering van de nieuwe WCPV een taakverzwaring voor gemeenten is ontstaan is er alleen voor de totstandkoming van de integrale jeugdgezondheidszorg een extra bedrag van euro 16,3 miljoen per jaar beschikbaar gesteld. De overige taken worden gemeenten geacht zelf te bekostigen. De VNG heeft herhaaldelijk aangegeven richting Rijk dat de huidige middelen ontoereikend zijn om de WCPV taken op een behoorlijk niveau te kunnen uitvoeren. Onderzoek heeft uitgewezen dat er landelijk ongeveer euro 15 miljoen meerkosten zijn ontstaan. Dit bedrag is afhankelijk van de grootte van de GGD-en. Rijksoverheid, de VNG en GGD-Nederland zijn in overleg hoe dit probleem geslecht kan worden.

In januari 2003 informeerde de VNG de gemeenten over de laatste stand van zaken aangaande de openbare gezondheidszorg en de invoering van de gewijzigde wet WCPV. Wat het landelijk gezondheidsbeleid betreft houdt de gewijzigde WCPV ook in dat de landelijke overheid elke vier jaar een gezondheidsnota moet vaststellen. Vanwege de val van het kabinet in oktober 2002 is de landelijke nota uitgesteld. In die nota zou het Rijk speerpunten aangeven voor de lokale gezondheidsnota's. De VNG pleit ervoor dat in de landelijke nota de WCPV als leidraad gebruikt wordt en de verschillende verantwoordelijkheden in preventie helder toelicht. De landelijke overheid investeert nog steeds te weinig in preventie en de openbare gezondheidszorg. Minder dan 2% van het zorgbudget gaat naar preventie en daarmee voldoet het Rijk niet aan de randvoorwaarden die nodig zijn om de lokale openbare gezondheidszorg te faciliteren. Ook tijdens de begrotingsbehandeling in november 2002 zijn er geen middelen vrijgemaakt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid (behalve voor de JGZ). Wellicht dat het nieuwe kabinet haar kansen op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering aangrijpt en een financiële impuls gaat geven aan het integrale gemeentelijke gezondheidsbeleid.

Financiering wettelijke taken

Ten aanzien van de financiering van de wettelijke taken geldt het uitgangspunt dat nieuwe taken die door het Rijk worden opgelegd worden uitgevoerd mits er middelen door het Rijk beschikbaar worden gesteld. Voor de overige wettelijke taken geldt dat deze worden uitgevoerd binnen het huidige beschikbare budget. Accentverschuivingen tussen wettelijke taken zijn binnen het bestaande budget mogelijk.

In het jaar 2002 waren de volgende middelen beschikbaar:

<u>Wettelijke taken WCPV</u>	<u>bijdrage gemeente Maastricht</u>
Jeugdgezondheidszorg GGD	671.002,00
Jeugdgezondheidszorg Groene Kruis	96.481,00
Overige wettelijke taken GGD*	726.607,00
*inclusief projectfinanciering	
Totaal	€ 1.528.284,00

Het budget voor het jaar 2003 is gelijk aan de begroting 2002 plus indexering.

Naast de wettelijke taken op basis van de WCPV financiert de gemeente Maastricht ook andere producten (bijvoorbeeld logopedie, indicatiestellingen RIO/WVG) van de GGD-ZZL. Deze vallen buiten de WCPV en dus ook buiten de beschouwing van deze nota.

Productbegroting

Voor 1 januari 2004 zal aan de raden van de deelnemende gemeenten in de regio ZZL het productkeuzemodel worden voorgelegd.

Schaalvergroting GGD-en Zuid-Limburg

Op moment van schrijven van deze nota is er een overleg gestart om te komen tot mogelijke verregaande samenwerking of opschaling van de drie GGD-en in Zuid Limburg. Voor het verschijnen van de Voorjaarsnota 2004 zal een voorstel omtrent deze ontwikkeling aan U worden voorgelegd.

Regievoering

De toegenomen verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg voor de lokale overheid vergen de nodige inspanningen. Dit vraagt de nodige interne maar ook regionale afstemming van beleid. Aangezien er geen extra middelen van het Rijk beschikbaar zijn gekomen voor de taakverzwaring dienen gemeenten nog meer dan voorheen taken over de regiogemeenten te spreiden.

7 Programmalijn openbare gezondheidszorg 2003 - 2007

In onderstaand overzicht worden de stappen gepresenteerd die genomen moeten worden om in het jaar 2007 te voldoen aan de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg. In 2007 verschijnt de volgende nota lokaal gezondheidsbeleid.

De programmalijn openbare gezondheidszorg heeft tot doel om in 2007 het volgende gerealiseerd te hebben:

- de gemeente Maastricht (en de regiogemeenten in Maastricht en Mergelland) hanteert de regie in de openbare gezondheidszorg;
- de gemeente Maastricht (en de regiogemeenten in Maastricht en Mergelland) voldoet aan alle wettelijke taken in de openbare gezondheidszorg voor zover deze in de WCPV zijn vastgelegd.

2003

- april 2003: het portefeuillehoudersoverleg van het Gewest Maastricht en Mergelland stelt de nota lokaal gezondheidsbeleid vast;
- voor 1 juli 2003 (voor enkele gemeenten geldt: in het najaar 2003): de afzonderlijke gemeenteraden in het Gewest Maastricht en Mergelland stellen de nota lokaal gezondheidsbeleid vast;
- herziening van het product epidemiologie (gegevensverzameling) in samenwerking met de GGD-ZZL (productbeschrijving wordt in de productbegroting 2004 meegenomen)
- gemeenten voldoen aan de eisen ten aanzien van de inspectietaak kinderopvang zoals die gesteld gaat worden in de Wet basisvoorziening kinderopvang (Wbk); Tot de invoering van de Wbk is de inspectietaak kinderopvang in de WCPV vastgelegd.
- aanpassing Gemeenschappelijk Regeling GGD-ZZL, deze wordt ter besluitvorming aan de gemeenteraden van de WGR-regio ZZL voorgelegd;
- najaar 2003: productbegroting 2004 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio ZZL voorgelegd.

2004

- criteria voor het screenen van nota's op mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid die aan de colleges worden voorgelegd worden opgesteld door de dienst OCWS van de gemeente Maastricht in samenwerking met de gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland; deze worden aan het portefeuillehoudersoverleg en de afzonderlijke gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland voorgelegd;
- voor het uitbrengen van de voorjaarsnota 2004 wordt een voorstel omtrent de ontwikkelingen ten aanzien van de opschaling van de GGD-en in Zuid-Limburg aan de gemeenteraden in de regio ZZL voorgelegd;
- gemeenten formuleren hun beleid ten aanzien van het bevorderen van medische-milieukundige zorg op basis van het actieprogramma Milieu en Gezondheid en het door het Rijk beschikbaar gestelde instrumenten en middelen;
- een ondertekend en gefaseerd convenant 'OGGZ in de regio Maastricht en Mergelland' van de coördinatiegroep OGGZ wordt aan het portefeuillehoudersoverleg in de regio Maastricht en Mergelland en aan de afzonderlijke gemeenteraden ter besluitvorming voorgelegd;
- het beleidsplan integrale jeugdgezondheidszorg 2005-2006 wordt aan de gemeenteraden in de regio Maastricht en Mergelland ter besluitvorming voorgelegd;
- najaar: de productbegroting 2005 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio ZZL voorgelegd.

2005

- op basis van de door het Rijk afgegeven richtlijnen in 2004 ten aanzien van infectieziektebestrijding wordt het bestaande beleid verbeterd;
- indien in het jaar 2004 de gezondheidsenquête heeft plaatsgevonden (na overleg met de GGD-ZZL) wordt de gezondheidstoestand van de burgers in de regio Maastricht en Mergelland in beeld gebracht en gepresenteerd aan de gemeenteraden;
- op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête worden beleidsvoorstellen geformuleerd;

- najaar: de productbegroting 2006 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio voorgelegd.

2006

- evaluatie van de stand van zaken van de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg welke in de WCPV zijn vastgelegd;
- evaluatie van de productbegroting van de GGD-ZZL;
- landelijke, regionale en lokale trends worden in beeld gebracht;
- op basis van bovenstaande gegevens wordt een tweede nota lokaal gezondheidsbeleid opgesteld.

2007

- voor 1 juli 2007: de afzonderlijke gemeenteraden stellen de (tweede) nota lokaal gezondheidsbeleid vast.

Lijst met afkortingen

AGS	Adrenogenitaal syndroom (hielprikje)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
azM	Academisch Ziekenhuis Maastricht
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ministerie van
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHT	Congenitale hypothyroï de (hielprikje)
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
GES	Gezondheidseffectscreening
GGD-ZZL	Gemeenschappelijke GezondheidsDienst Zuidelijk Zuid Limburg
GGD-OZL	Gemeenschappelijke GezondheidsDienst Oostelijk Zuid Limburg
GGD-WM	Gemeenschappelijke GezondheidsDienst Westelijke Mijnstreek
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LSES	Lage Sociaal Economische Status
NIZW	Nationaal Instituut voor Zorg en Welzijn
OCWS	Onderwijs, Cultuur, Welzijn en Sport, dienst van de gemeente Maastricht
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OOGO	Op Overeenstemming Gericht Overleg (provincie – gemeenten)
PKU	Phenylketonurie (hielprikje)
RAV	Regionaal Ambulance Vervoer
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieuhygiene
SEZ	Sociaal Economische Zaken, dienst van de gemeente Maastricht
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
SOG	Stadsontwikkeling en Grondzaken, dienst van de gemeente Maastricht
TBC	Tuberculose
TRV	Tijdelijke Regeling Vroegsignalering
VISI	Versterking Infrastructuur Infectieziektenbestrijding
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen
WHO	World Health Organization

Werkwijze

Regionale aanpak

In aanloop naar de wijziging van de WCPV hebben de gemeente Maastricht en de regio Maastricht en Mergelland reeds een aantal acties ondernomen om zich voor te bereiden op de nieuwe rol van de gemeente in het lokale gezondheidsbeleid. Er vindt momenteel een accentverschuiving in de openbare gezondheidszorg plaats. Meer verantwoordelijkheden, een regierol en beleidsbepaling door de gemeenten. Omgekeerd vindt er voor het veld een tegenovergestelde beweging plaats, van beleidsbepalend naar beleidsadviserend en beleidsuitvoerend.

Om versnippering van beleid tegen te gaan en vanwege doelmatigheid en doeltreffendheid voor zowel het veld als de gemeenten is het uitgangspunt voor deze nota: daar waar het mogelijk is zoveel mogelijk afspraken maken op regionaal niveau in goed overleg met de partners in het veld.

Aangezien een groot deel van de wettelijke taken op het gebied van de volksgezondheid op regionale schaal door de GGD-en en thuiszorginstellingen wordt uitgevoerd ligt dit uitgangspunt ook voor de hand.

Integrale aanpak

Binnen de gemeente Maastricht is afstemming gezocht met verschillende afdelingen binnen de dienst OCWS en met de diensten SOG (afdeling milieu) en SEZ.

Wat ging aan deze nota vooraf?

- Impulsnota

Er is in de regio ambtelijk en met de GGD-ZZL samengewerkt en een impulsnota uitgebracht in februari 2002 (13-02-2002 College van B&W gemeente Maastricht, Commissie Breed Welzijn gemeente Maastricht 19-02-2002) met als doel de lokale politiek te informeren over en voor te bereiden op de ontwikkelingen in de volksgezondheid.

- JGZ en OGGZ

Aangezien er in de JeugdGezondheidsZorg (JGZ) en de Openbare Geestelijke GezondheidsZorg (OGGZ) per 1 januari 2003 flinke veranderingen op stapel staan is een traject uitgezet met de organisaties in het veld om richting te geven aan de nieuwe beleidslijnen.

De gemeenten hebben daarbij in gezamenlijkheid met het veld (Groene KruisZorg, GGD-ZZL en GGD-OZL) een beleidsplan opgesteld om de integrale jeugdgezondheidszorg vorm te geven.

Na overleg met het OGGZ-veld in het najaar van 2002 is per 1 januari 2003 een nieuwe structuur in het OGGZ-veld in werking getreden. Het OGGZ-veld bestaat uit de volgende organisaties: GGD-ZZL, Riagg/Vijverdal, Trajekt, CAD, Bureau Jeugdzorg, Leger des Heils, Bureau TIS, Stichting Xonar, Stichting Wieckerhoes, A.O. Impuls, Stichting Zwerfjongeren, In den Rooden Leeuw, Zorgkantoor Zuid Limburg, regio politie, Woonpunt, Woningstichting St Servatius, Woningstichting Maasvallei, Reclassering.

-Overige voorbereidingen

In juni 2002 is een grote delegatie van het ministerie van VWS en het ministerie van BZK op werkbezoek geweest in de regio Maastricht en Mergelland om de ontwikkelingen van het lokale gezondheidsbeleid met bestuurders, ambtenaren en de GGD-ZZL te bespreken.

Eind 2002 is door de GGD-ZZL in samenwerking met de gemeente Maastricht een bijeenkomst georganiseerd voor raadsleden en collegeleden uit de regio ter voorbereiding op de gewijzigde gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg.

Tevens wordt er door de regio Maastricht en Mergelland gebruik gemaakt van een zgn. kwartiermaker van de VNG om mede vorm te geven aan het lokale gezondheidsbeleid.

De nota lokaal gezondheidsbeleid is ter advisering en kennisgeving voorgelegd aan de ouderenraad en het gehandicaptenplatform.

Gezondheidstoestand in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg

Inleiding

De levensverwachting in Nederland is in de vorige eeuw enorm gestegen. De laatste decennia echter vlakkt deze groei steeds verder af. Jarenlang bekleedde Nederland, internationaal gezien, een toppositie voor levensverwachting. Maar de laatste jaren zakken we terug op de ranglijst en halen diverse landen ons in. De stijging in levensverwachting ligt in Nederland lager dan het EU-gemiddelde! De levensverwachting van Nederlandse vrouwen is de afgelopen twintig jaar nauwelijks gestegen. Vergeleken met andere EU-landen roken en drinken we meer en bewegen we minder. Afgaand op het ongezonde leefgedrag van de Nederlandse jeugd is ook het toekomstperspectief ongunstig.

Landelijke gegevens

De gezondheid is in Nederland niet gelijk verdeeld. Deze verschil in sociaal economische status (opleiding en inkomen) en naar regio. Mensen met een laag inkomen leven 3 tot 4 jaar korter dan mensen met een hoog inkomen. Bovendien brengen zij gemiddeld 15 jaar (!) langer door in minder goede gezondheid. Ook de regionale verschillen zijn opvallend. In gunstige regio's worden mensen gemiddeld 3 jaar ouder en blijven ze tien jaar langer gezond dan in ongunstige regio's in ons land. Uit de gegevens van het RIVM blijkt dat Zuid Limburg samen met de Randstad tot de meest ongunstige regio's behoort wat betreft gezondheid!

Een belangrijk deel van de stijging of daling van de levensverwachting hangt samen met de invloedbare gezondheidsrisico's. Deze zijn: roken, verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol, overgewicht, lichamelijke inactiviteit en overmatig alcoholgebruik.

De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002 (VTV 2002) concludeert in haar rapport 'Gezondheid op Koers' dat ongezond gedrag de belangrijkste oorzaak van de stagnerende levensverwachting is. Er is nog veel gezondheidswinst te boeken met preventie, vooral met het bevorderen van gezond gedrag. Preventie dient in een modern jasje te worden gestoken en geïntegreerd te worden binnen bestaande settings, bijvoorbeeld op school, op het werk, bij sport en recreatie, in de wijk en in het verkeer. Ook zou preventie een expliciete plaats moeten krijgen in de zorgverlening. Daarnaast vergt preventie een lange termijn visie, duurzaam volgehouden aandacht en investeringen.

Limburgse Gezondheidsenquête 1998

Eenmaal per vijf jaar wordt er door de GGD-ZZL een gezondheidsenquête gehouden om een beschrijving te maken van de gezondheidssituatie van de bevolking in de regio. Voor de beschrijving van de gezondheidssituatie wordt gebruik gemaakt van de volgende gegevensbronnen:

- gegevens uit landelijke en regionale statistieken (bijvoorbeeld CBS)
- gegevens uit (regionale) gezondheidsvoorzieningen (huisartsen, apothekers, zorgverzekeraars)
- gegevens uit regionaal gezondheidsonderzoek uitgevoerd bij grotere groepen personen

De gezondheidsenquête vindt plaats (schriftelijk) onder de volwassen populatie in de leeftijd van 20 tot en met 75 jaar.

Om de resultaten van de monitoring te kunnen vergelijken met andere regio's werken de GGD-en in Limburg samen. In 1998 is er een gezamenlijke gezondheidsenquête uitgezet welke als nulmeting dient. In het najaar 2003 wordt wederom de gezondheidsenquête gehouden.

Uit de resultaten van de enquête blijkt dat op Limburgs niveau de regio Oostelijk Zuid Limburg bij veel gezondheidsindicatoren ongunstiger scoort dan de andere GGD regio's. De regio's Zuidelijk Zuid Limburg en Westelijke Mijnstreek scoren iets beter en de regio's Midden en Noord Limburg het beste. In de regio Zuidelijk Zuid Limburg is het medicijngebruik het hoogst en wordt het hoogste cannabisgebruik geconstateerd. Daarmee samenhangend is in deze regio ook het gebruik van drugs en spierversterkende middelen hoger.

Het is momenteel niet mogelijk om de regio's in Limburg te vergelijken met de GGD regio's elders in Nederland. Er wordt gewerkt aan het standaardiseren van indicatoren zodat GGD-en in de toekomst in staat zijn hun informatie tegen elkaar af te zetten.

Wel kan een aantal gegevens uit het provinciale onderzoek vergeleken worden met landelijk gegevens. Als het gaat om de Quetelet Index, een maat voor over- en ondergewicht, dan blijkt dat

overgewicht en extreem overgewicht in Limburg vaker voorkomen. Ook van een aantal chronische aandoeningen kan vastgesteld worden dat die bij bepaalde leeftijdscategorieën wat vaker voorkomen in Limburg dan gemiddeld in Nederland. Het gaat hierbij onder meer om ernstige hartkwalen en hartinfarct, hoge bloeddruk, CARA, reuma en artrose. Men kan voorzichtig concluderen dat de gezondheidstoestand in Limburg minder gunstig is dan in de rest van het land. Deze trend wordt door gegevens van het RIVM en het CBS bevestigd.

JongerenPeiling 2002

In samenwerking met de GGD-en in Limburg en partners in België en Duitsland wordt er iedere vijf jaar een jongerenpeiling, een onderzoek naar genotmiddelen en (riskant) gedrag bij scholieren in het voortgezet onderwijs, gehouden. In 1996 vond de nulmeting plaats. In 2001 vond het tweede onderzoek plaats. 85 van de 87 scholen voor (speciaal) voortgezet onderwijs in Limburg hebben geparticipeerd! Bijna alle scholieren in klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs deden aan het onderzoek mee.

Resultaten

De eerste resultaten zijn bekend. Er is een vergelijking gemaakt met de Limburgse gegevens van 1996, van Limburg met de Duitse grensstreek en van de Limburgse met de Nederlandse gegevens. Een uitgebreide rapportage van de resultaten per GGD regio wordt in april 2003 verwacht. Alle scholen krijgen een eigen terugkoppeling op basis van hun deelname.

De eerste resultaten laten zien het volgende beeld in Limburg zien:

Totaal		klas 2		klas 4	
		J	M	J	M
8%	ervaart de eigen gezondheid als matig of slecht	5%	8%	6%	12%
7%	drinkt 20 glazen alcohol per week	3%	2%	20%	5%
24%	rookt	14%	19%	31%	34%
23%	is de afgelopen 4 weken dronken/aangeschoten geweest	12%	11%	40%	31%
10%	heeft de afgelopen 4 weken cannabis gebruikt	6%	4%	17%	11%
1,5%	heeft de afgelopen 4 weken XTC gebruikt	0,8%	0,6%	3,1%	1,6%
1,7%	heeft de afgelopen 4 weken harddrugs gebruikt	1,3%	1,1%	3,1%	1,6%
11%	heeft de afgelopen 4 weken gespijbeld	5%	6%	18%	17%
5%	is de afgelopen week gepest	7%	6%	4%	3%
6%	vrijt onveilig	2%	2%	9%	13%
20%	ontbijt te weinig	15%	21%	18%	25%
16%	sport nooit buiten school	12%	17%	14%	20%

- Er zijn grote verschillen tussen de leerlingen van klas 2 en de leerlingen van klas 4. De risicogedragingen komen bij klas 4 relatief meer voor dan bij klas 2. Zo wordt in klas 2 door 17% van de jongeren gerookt, in klas 4 is dat 32%. In klas 2 is 12% van de jongeren de afgelopen 4 weken aangeschoten of dronken geweest; in klas 4 is dat 35%. Leerlingen in klas 4 spijbelen meer dan de leerlingen in klas 2. Echter meer jongere dan oudere leerlingen worden gepest.
- Ook zijn er verschillen naar geslacht. Zo ervaren meisjes vaker dan jongens hun gezondheid als matig of slecht, wordt er door meisjes vaker slechter ontbeten en wordt er buiten schooltijd minder gesport door meisjes. Jongens drinken vaker en meer en gebruiken vaker cannabis.
- Er zijn geen grote verschillen voor wat betreft de verschillende risico gedragingen tussen de vijf Limburgse GGD-regio's. In Noord en Midden Limburg wordt meer gedronken 27% (20% in Zuidelijk Zuid Limburg) en in Zuidelijk Zuid Limburg is het gebruik van cannabis het hoogst met 11% (het laagst in Midden-Limburg met 8%).
- Vergeleken met de Duitse grensregio's vinden Duitse jongeren zich gezonder en zijn ze ook sportiever. In Limburg komt minder riskant gedrag voor dan in de Duitse regio's. Vooral het druggebruik is in Limburg lager.
- Wanneer de resultaten van 2001 vergeleken worden met de resultaten van het onderzoek in 1996 is het percentage rokers en druggebruikers de laatste vijf jaren opmerkelijk lager geworden. Deze positieve wending wijkt af van de landelijke trend die weinig verandering laat zien.