



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

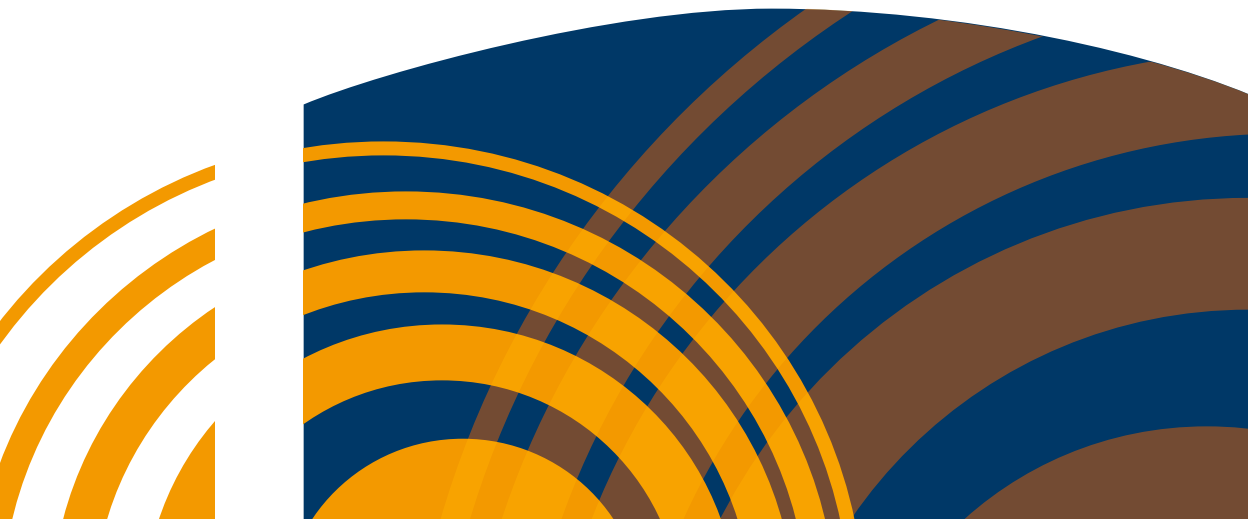
Toekomstvisie op publieke gezondheid

**MAATSCHAPPELIJKE VRAAGSTUKKEN CENTRAAL -
VERBINDEN VERSCHILLENDE BELEIDSDOMEINEN**



Toekomstvisie op publieke gezondheid

Maatschappelijke vraagstukken centraal - verbinden verschillende beleidsdomeinen



Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Gemeentelijke verantwoordelijkheden	7
	2.1 Lokaal en landelijk beleid	7
	2.2 Sturing en de hoofdfuncties	10
	2.3 Publieke gezondheidszorg en JGZ	13
	2.4 Publieke gezondheidszorg en de Wmo	15
	2.5 Publieke gezondheidszorg en crisis-/calamiteitenbeheersing	17
3	Verhoudingen tussen partijen	21
	3.1 Belangenbehartiging	21
	3.2 Kennisontwikkeling en -implementatie	23
	3.3 Mogelijke scenario's	25
4	Toekomstvisie op de GGD	27
5	Aanbevelingen	29
	Bijlagen	33
	1 Geraadpleegde documenten	35
	2 Informanten	39
	3 Conclusies	41



1 Inleiding

In het voorjaar van 2006 is door de VNG een nota vastgesteld over de rol van de gemeenten in de openbare gezondheidszorg (zogenaamde elf punten plan). Ondertussen heeft zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan die vragen om een aanscherping en verdieping van de visie van gemeenten zoals beschreven in deze nota.

Relevante ontwikkelingen die in dit kader genoemd moeten worden zijn:

- Discussie over belangenbehartiging van GGD Nederland en de VNG.
- Vorming van een 'Praktijkondersteuningsinstituut'.
- Territoriale en beleidsmatige congruentie.
- Thema's hierbij zijn veiligheidsregio's, lokale CJG en Rijksambitie voor versterking gezondheidsbevordering.
- Invoering Wet Publieke Gezondheid.

Daarnaast dienen de gemeenten met ondersteuning vanuit de VNG te anticiperen op de (nieuwe) Rijkskaders met betrekking tot het lokaal gezondheidsbeleid. Aan de orde zijn in dit verband onder andere:

- De landelijke preventienota.
- Bestrijding overmatig alcoholgebruik.
- Interventieprogramma depressiepreventie.
- Versterking toezicht openbare gezondheidszorg.
- Conceptwet op de veiligheidsregio's en afstemming GHOR.
- Verplichting Elektronisch Kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg.
- Europese wetgeving met mogelijk lokale gevolgen.

De VNG is voornemens, voortbordurend op de eerdere nota over de rol van de gemeenten in de openbare gezondheidszorg, te werken aan de aanscherping en verdieping van de visie.

In dit kader van het actualiseren en aanscherpen van de visie op publieke gezondheidszorg heeft BMC voor de VNG een onderzoek uitgevoerd met als vraagstelling:

- Hoe zien gemeenten hun verantwoordelijkheden op het terrein van publieke gezondheid?
- Wat betekent dit voor de verhoudingen tussen VNG, GGD Nederland en het praktijkondersteuningsinstituut?
- Hoe zien de gemeenten de toekomst van de GGD?

Voor de uitvoering van deze opdracht is een documentenanalyse uitgevoerd, zijn vijftien interviews gehouden met wethouders en landelijke sleutelfiguren, is een invitationale conferentie georganiseerd voor de geïnterviewden waarin de bevindingen zijn bediscussieerd en hebben in Amsterdam en Zwolle regiobijeenkomsten plaatsgevonden waarin steeds met circa tien wethouders en beleidsmedewerkers van gemeenten is gediscussieerd over de te onderzoeken thema's. Bijlage 1 bevat het overzicht van de bestudeerde documenten en bijlage 2 bevat het overzicht van alle informanten.

In dit rapport worden in de hoofdstukken 2 tot en met 4 de bevindingen uit de documentenanalyse, interviews en bijeenkomsten per vraagstelling gepresenteerd. In hoofdstuk 5 worden op basis van dit onderzoek aanbevelingen geformuleerd.



2 Gemeentelijke verantwoordelijkheden

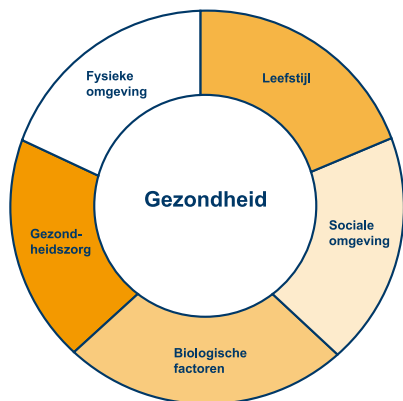
Hoe zien gemeenten hun verantwoordelijkheid op het terrein van de publieke gezondheid? Dit is de vraagstelling die in dit hoofdstuk aan de orde komt. Wij onderscheiden hierbij vier onderdelen, namelijk:

- De (be)sturingslagen waarbij het vooral gaat om de verhouding tussen het landelijke en het lokale beleid.
- De (be)sturingkaders waarbij vooral de manier van sturing door gemeenten aan de orde is.
- De ordening van publieke gezondheidszorg in vier hoofdfuncties.
- Publieke gezondheidszorg in relatie tot JGZ, Wmo en crisis- en calamiteitenbeheersing.

2.1 Lokaal en landelijk beleid

Het model van Lalonde vormt een goed kader voor beleidsontwikkeling met betrekking tot publieke gezondheidszorg. In het model staat gezondheid centraal en worden de hierop van invloed zijnde factoren of domeinen geschetst. Deze domeinen zijn de sociale en fysieke omgeving, het gedrag van mensen, biologische (genetische) factoren en zorgvoorzieningen (zie figuur). Op het lokale niveau liggen vele mogelijkheden om de gezondheid in positieve zin te beïnvloeden, mensen te ontmoeten in de eigen omgeving en te kiezen voor een integrale aanpak.

Model van Lalonde



Informanten zijn van mening dat de gemeente bij uitstek het juiste besturingsniveau is voor de publieke gezondheid. Op dit niveau zijn goede verbindingen te maken tussen de verschillende domeinen uit het model van Lalonde en de betreffende lokale partners (integraal beleid). Publieke gezondheidszorg kan worden gezien als een goed voorbeeld van een zinvolle decentralisatie. Wel wordt hierbij tegelijkertijd opgemerkt, dat het wenselijk en logisch is dat gemeenten in regionaal verband samenwerken en gezamenlijk een GGD in stand houden, omdat de schaal van de gemeenten, met uitzondering van de grote steden, te klein is om over voldoende expertise te kunnen beschikken voor het bieden van kwaliteit en continuïteit. De aanwezigheid van een krachtige uitvoeringsorganisatie wordt door de informanten gezien als een belangrijke basisvoorwaarde. Daarnaast dient bij de samenwerking tussen gemeenten sprake te zijn van een gedeelde visie en de bereidheid om samen te werken. Om in gezamenlijkheid constructief te kunnen werken aan bijvoorbeeld alcoholpreventie is het wenselijk dat de samenwerkende gemeenten ook een gemeenschappelijke visie op dit terrein hebben. In sommige regio's bestaat er minder commitment over waar het evenwicht moet liggen tussen de regionale en de lokale beleidsruimte. Een gegeven hierbij is, dat samenwerking ook altijd sterk afhankelijk is van de personen. De menselijke factor is bij samenwerking heel belangrijk.

Publieke gezondheid vraagt om een wisselwerking tussen het lokale en landelijke niveau. De verdeling van wat centraal en wat decentraal te doen wordt steeds helderder. Op centraal niveau worden kaders gesteld voor de publieke gezondheidszorg en op het lokale niveau liggen veel aangrijpingspunten voor beleidsuitvoering. Echter niet alles is lokaal beïnvloedbaar. Er is dan behoefte aan ondersteuning met landelijke activiteiten en maatregelen. Hierbij kan gedacht worden aan wetgeving (bijvoorbeeld verkrijgbaarheid alcoholische dranken) of coördinatie bij infectieziekten met een grote besmettelijkheid en letaliteit.

De wisselwerking tussen het lokale en landelijke niveau wordt door alle informanten als vanzelfsprekend gezien voor de publieke gezondheid. De vorm waarin dit gestalte krijgt, wordt enerzijds bepaald door de aard van het probleem en anderzijds de mogelijkheden van partijen daarbij. Men is bijvoorbeeld van mening, dat in het algemeen gesteld kan worden dat de kracht van gemeenten en GGD'en vooral ligt in het inspelen op lokale behoeften, de lokale inbedding (draagvlak) en implementatie en uitvoering van (evidence based) interventies.

Het uitgangspunt 'lokaal wat kan en landelijk wat moet' wordt door alle informanten onderschreven. Wel wordt er zeker door de geïnterviewde wethouders aan gehecht, dat door het Rijk eventuele taken formeel worden opgedragen aan gemeenten en niet aan GGD'en. Immers gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de uitvoering. Uiteraard kunnen voorbereidingen op de uitvoering direct tussen professionals van landelijke instanties en GGD'en worden getroffen. Het elkaar tijdig informeren is hierbij wel steeds een belangrijk aandachtspunt.

Bij de wisselwerking tussen het lokale en landelijke beleidsniveau gaat het vooral om synchronisatie op de volgende drie terreinen:

- **Beleid**
Een aantal publieke gezondheidsproblemen overstijgt de mogelijkheden van gemeenten. In een aantal situaties overstijgt het zelfs de landelijke mogelijkheden en is samenwerking in EU of WHO verband gewenst/verplicht (bijvoorbeeld infectieziekten met hoge letaliteit en besmettelijkheid).
- **Regelgeving en uitvoering/handhaving**
Lokale uitvoering/handhaving op het terrein van publieke gezondheid moet worden ondersteund door landelijke maatregelen/wetgeving (complementaire rollen van het Rijk en gemeenten).
- **Interventies**
Er zullen altijd publieke gezondheidsproblemen zijn waarbij afstemming en samenwerking tussen landelijke initiatieven (campagnes) en lokale activiteiten op thema's als alcoholmisbruik, roken, overgewicht, diabetes en depressiviteit gewenst zijn. Het wordt door informanten ook ondersteund, dat landelijk bijvoorbeeld gekozen wordt voor vijf van dergelijke thema's. Dit om de focus helder te houden.

Verschillende informanten geven aan dat de politieke en bestuurlijke belangstelling voor de publieke gezondheidszorg bij gemeenten in de afgelopen jaren aanzienlijk is toegenomen. De aandacht die de Wmo en de vorming van CJG bijvoorbeeld vragen hebben hier zeker in positieve zin aan bijgedragen. Ook wordt met meer inzet gewerkt aan het opstellen van nota's lokaal gezondheidsbeleid. Dit was ook

de conclusie op basis van onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De informanten onderschrijven het belang van het opstellen van een nota lokaal gezondheidsbeleid. Hiermee kan het integrale beleid worden geëxpliciteerd. Het biedt houvast voor verschillende gemeentelijke beleidsdomeinen. Men ziet de nota lokaal gezondheidsbeleid dan tegenwoordig ook niet meer als een verplicht nummer.

Het werken met regionale kaders ter ondersteuning van de nota lokaal gezondheidsbeleid versterkt de verdere lokale invulling. De wijze waarop de GGD zo bijdraagt aan het lokale beleid wordt gezien als een praktische oplossing. Wel ervaren wethouders verschillen tussen een nota lokaal gezondheidsbeleid en een Wmo-nota. In een nota lokaal gezondheidsbeleid gaat het vaker om intenties, terwijl in Wmo-nota's concretere (productie)afspraken kunnen worden gemaakt. Dit heeft ook wel te maken met het feit, dat nota's lokaal gezondheidsbeleid per definitie gericht zijn op meer gemeentelijke domeinen dan alleen het volksgezondheids-domein. Ook ervaren bestuurders op het gebied van publieke gezondheid geen of minder druk/vraag vanuit de samenleving. De belangstelling vanuit de samenleving begint wel toe te nemen. Tevens zijn informanten van mening, dat sprake is van een duidelijke verbetering van de nota's lokaal gezondheidsbeleid ten opzichte van het verleden. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg is van de bedoelde preventiecyclus echter nog geen sprake. Voor dit laatste is het noodzakelijk de maatschappelijke vraagstukken en de te realiseren doelen beter te expliciteren, wat meer houvast biedt voor evaluatie van het gevoerde beleid in de cyclus.

Bij de aanpak vanuit de gemeenten kan worden aangesloten bij de inzet van verzekeraars op het gebied van preventie. De huisartsen hebben de mogelijkheid gekregen om 'bewegen op recept' voor te schrijven. De gemeentelijke regie op het gebied van preventie zou zich ook moeten richten op de activiteiten uit de eerste-lijnsgezondheidszorg. De GGD kan de gemeenten hierbij ondersteunen.

2.2 Sturing en de hoofdfuncties

Vanuit het Rijk is er een sterke behoefte om te werken vanuit de maatschappelijke opgaven. Niet eerst de structuurbelemmeringen wegnemen of de institutionele consensus realiseren, maar gelijk oplossingsgericht de gesignaleerde problemen aanpakken. De problemen die in het kader van de publieke gezondheid lokaal moeten worden aangepakt, zijn veelal te complex en zo contextgebonden, dat het vrijwel onmogelijk is de oplossingen vanuit een centrale aansturing te regelen.

In de beleidsmatige relatie tussen het Rijk en de gemeenten is dus een omkering van de relatie aan het ontstaan. Vanuit het 'oude' denken zorgt het Rijk voor de juiste

oplossingen en de daarbij horende financiën. In de 'nieuwe' verhoudingen geeft het Rijk wel beleidsmatige kaders aan, maar komen vanuit de gemeenten de impulsen en verzoeken tot ondersteuning voor de oplossingsgerichte aanpak.

De 'sturing' vanuit het Rijk verandert dus van het 'regelen' naar het definiëren van beleidskaders en het monitoren van de gewenste maatschappelijke effecten. Het is een kanteling van input-sturing naar effectsturing. Van een push-benadering naar een pull-aanpak. Deze 'paradigma-shift' is nog niet geheel terug te vinden in de institutionele vormgeving van het bestuurlijke landschap.

Voor gemeenten is deze benadering zeker op een terrein als de publieke gezondheid een interessante invalshoek voor de aansturing. De gemeente is de bestuurslaag die het dichtst staat bij de maatschappelijke problemen. Door bij de sturing maatschappelijke vraagstukken, die voor gemeenten van belang zijn, veel nadrukkelijker als vertrekpunt te nemen, ontstaan nieuwe kansen voor integraal (gezondheids)beleid. Lokale mogelijkheden (op de verschillende domeinen uit het model van Lalonde) kunnen onder gemeentelijke regievoering bij elkaar worden gebracht om tot reductie van problemen (gezondheidswinst/maatschappelijke effecten) te komen. Ten opzichte van de huidige werkwijze betekent dit dus ook een 'paradigma-shift'. Het betekent bijvoorbeeld dat bestuurlijk de inhoud (de wat-vraag) veel centraler komt te staan dan thans veelal het geval is.

Een voorbeeld hiervan is te vinden in de aanpak van de vijf speerpunten uit de Preventie-nota van het Rijk 'Kiezen voor gezond leven'. Veel gezondheidswinst valt er te verwachten bij de aanpak van roken, overgewicht, alcoholgebruik, diabetes en depressie.

Over de hoe-vraag buigen zich de professionals van de kennisinstututen, het RIVM en de GGD-en.

Gemeenten laten in hun nota's publieke gezondheidsbeleid – op basis van lokale, regionale en landelijke monitoring (de VTV's) – zien welke problemen zich voordoen in hun wijken en buurten en welke maatregelen zij in overweging nemen om hier iets aan te doen.

Samen met de sectoren, die hierin iets kunnen betekenen brengen zij in kaart wat er zoal gebeurt en welke effecten dat oplevert. De GGD adviseert op inhoudelijke gronden aan het gemeentebestuur en zorgt als operationeel regisseur dat de diverse uitvoerende partijen gecoördineerd aan de slag gaan. De gemeente bepaalt welke speerpunten waarom en waartoe aangepakt worden en hoeveel prioriteit (middelen en capaciteit) hieraan wordt gegeven. De uitvoering is vervolgens aan de professionals van de sectoren die hierin een taak krijgen.

Een tweede constatering die op basis van de gesprekken rondom sturing op het gebied van de publieke gezondheid aan de orde is, leert dat er zeker vanuit gemeentelijke optiek een belangrijk onderscheid is te maken tussen enerzijds de 'meer medisch georiënteerde' zorg en anderzijds de 'meer maatschappelijk georiënteerde' zorg. Beide vormen van zorg zijn aan de orde in de Wet Publieke Gezondheid (Wet PG) en spelen een rol bij alle domeinen uit het model van Lalonde. De medisch georiënteerde zorg houdt zich vooral bezig met ziektepreventie. Deze is georganiseerd volgens protocollen en preventie-programma's (bijvoorbeeld vaccinaties en screeningen). Ook de voorbereiding van en samenwerking tijdens de crisis- en calamiteitenbeheersing worden gedomineerd door een medisch georiënteerde aanpak. Kenmerken van deze zorg zijn de hoogwaardige professionele inbreng en de geringe bestuurlijke beleidsruimte.

De maatschappelijk georiënteerde zorg concentreert zich meer op het gedrag en op de leefomstandigheden van mensen. Lokaal gezondheidsbeleid kan een grote bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het gewenste gedrag en aan de verbetering van de leefomgeving. Op deze terreinen bestaan voor bestuurders in principe veel meer sturingsmogelijkheden dan op het terrein van de medisch georiënteerde zorg.

Het is om de mogelijkheden en onmogelijkheden voor gemeentelijke sturing te duiden wel van belang deze beide vormen van zorg te onderscheiden, maar het is niet wenselijk om beide vormen van zorg beleidsmatig en organisatorisch te scheiden. De kracht van de publieke gezondheidszorg zit immers ook juist in de wisselwerking tussen beide vormen van zorg.

Zo hebben de periodieke onderzoeken (medisch georiënteerde zorg) van de JGZ bijvoorbeeld veel betekenis voor vroegsignalering van opvoedingsproblemen, die kunnen worden behandeld in CJG verband. Het is in dit verband bijvoorbeeld ook niet logisch wanneer gemeenten zich niet meer verantwoordelijk zouden voelen voor taken op het terrein van infectiebestrijding.

Op basis van het voorgaande kan de rol van gemeenten op het terrein van de publieke gezondheid worden onderverdeeld in vier hoofdfuncties, namelijk:

- Maatschappelijk georiënteerde zorg.
- Medisch georiënteerde zorg.
- Samenwerking bij crisis- en calamiteitenbeheersing.
- Regievoering op het brede terrein van de publieke gezondheid.

2.3 Publieke gezondheidszorg en JGZ

JGZ wordt door alle informanten gezien als een zeer belangrijk onderdeel van de publieke gezondheidszorg. Kinderen en jeugdigen maken een snelle groei en ontwikkeling door. Dit maakt hen kwetsbaar en men vindt het belangrijk eventuele ontsporingen vroegtijdig te signaleren (secundaire preventie) of liever nog geheel te voorkomen door het stimuleren van gezond gedrag en het creëren en behouden van een gezonde en veilige leefomgeving (primaire preventie).

Er is duidelijk sprake van een verwevenheid van JGZ met andere GGD-taken. De JGZ dient net als andere GGD-taken te worden ondersteund door expertise op gebieden als epidemiologie, gezondheidsbevordering, infectieziektebestrijding en beleidsadviesing.

Onderschreven wordt dat gemeentelijke regievoering op het terrein van JGZ wordt vergemakkelijkt wanneer men beschikt over één uitvoeringsorganisatie voor 0-19 jarige JGZ. Dit geldt zeker wanneer het gaat om regionale samenwerkingsverbanden van gemeenten, omdat de deelnemende gemeenten naast de 4-19 jarige JGZ van de GGD veelal te maken met verschillende thuiszorgaanbieders voor de 0-4 jarige JGZ, hetgeen het veelal niet vergemakkelijkt om tot integraal beleid te komen. Hoewel de GGD ten opzichte van thuiszorgorganisaties verschillende voordelen heeft als uitvoerder van integrale JGZ, zoals publieke rechtspersoonlijkheid en samenhang (verwevenheid) met andere GGD-taken, vinden sommige informanten dat andere structuren denkbaar zijn. Sterke kanten van de consultatiebureaus zijn bijvoorbeeld de aanwezigheid in buurten en wijken en de samenwerking met huisartsen en welzijn.

Men kan in principe denken aan constructies, waarbij niet-vrijblijvend wordt samengewerkt tussen GGD en zorginstelling(en) op het gebied van de JGZ: GGD als regisseur en beleidsadviseur, zorginstelling als uitvoerende partij. Om meerdere partijen een uitvoerende opdracht te laten uitvoeren – de situatie van nu waarin de zorginstelling(en) de JGZ voor 0-4 jarigen verzorg(t)(en) en de GGD de 4-19 jarigen – zal volgens deskundigen een aanbesteding noodzakelijk maken, al zijn er ook gemeenten die hierover anders denken. Een andere uitsplitsing is die waarin 1 organisatie het basistakenpakket verzorgt en een 2e organisatie de zorg aan jeugdigen krijgt, die daaruit voortvloeit (op basis van de Wmo of van het verzekerde pakket). Ook zijn constructies bedacht, waarbij sprake is van hoofdaannemer en onderaannemer. Welke constructie ook gekozen wordt, van het grootste gewicht is dat de lokale en regionale wensen uitgangspunt zijn en van bovenaf geen dwingende keuzen worden voorgeschreven.

Men brengt de verdere ontwikkeling van de integrale JGZ ook in relatie met de nieuwe ontwikkeling van de CJG. Informanten zijn van mening dat een CJG geen nieuw instituut/uitvoeringsorganisatie moet worden. De kracht moet zitten in de samenwerking tussen lokaal werkende partijen. In die zin ligt een ontvlechting van de JGZ uit de GGD niet voor de hand.

Informanten onderschrijven voor de JGZ de gedachte dat het wenselijk is om in regionaal verband te beschikken over een pool van deskundigheid waarmee in de uitvoering kwaliteit en continuïteit kan worden geboden. Op een dergelijke pool kan men een beroep doen bij de invulling van lokaal beleid en de invulling van lokale CJG. Wethouders vinden het van belang om voor de eigen gemeente met betrekking tot thema's als lokaal jeugdbeleid en CJG eigen beleid te kunnen ontwikkelen. Ook wettelijk zal worden geregeld dat gemeenten op dit terrein verantwoordelijk zijn voor de regie.

Gemeenten zijn bij uitstek de partij die samenwerking kunnen realiseren tussen de partners in de jeugdketen, zoals onderwijs, kinderopvang, brede scholen, JGZ, (school)maatschappelijk werk en politie.

Gezien de hierboven beschreven lijn kiezen de geïnterviewden er bijvoorbeeld niet voor om de JGZ uit te GGD te ontvlechten en onder te brengen in een nieuwe organisatie met andere partners in de jeugdketen. Misschien is het een optie voor de verre toekomst, maar voor de komende jaren wordt toch vooral gedacht aan andere mogelijkheden om op lokaal niveau versnippering te voorkomen en te komen tot goede samenwerking.

Het huidige basistakenpakket van de JGZ is prima, maar de invulling (volgens de Richtlijn contactmomenten) is nogal dwingend en laat minder ruimte om aandacht te geven aan risicokinderen. Omwille van het bereiken van meer betrokkenheid van lokale bestuurders en effectiviteit van de interventies is er behoefte aan een duidelijkere relatie tussen enerzijds het uitgevoerde JGZ-programma en anderzijds de maatschappelijke vraagstukken waaraan een bijdrage kan worden geleverd. Van hieruit is er ook meer behoefte aan mogelijkheden om in het aanbod te kunnen differentiëren tussen zich gezond ontwikkelende kinderen en kinderen die meer aandacht behoeven.

Een voorbeeld van een aanpak waar wel meer rekening wordt gehouden met risicokinderen, vormt het Triagemodel van de Hulpverleningsdienst Midden Gelderland (Arnhem). Kern van deze aanpak is de opvatting, dat jeugdartsen bij de periodieke screening in 85% van de gevallen gezonde kinderen zien en te weinig toekomen aan ongezonde kinderen. De rollen zijn nu anders georganiseerd: Jeugdartsen zijn vrijgesteld van de screening en richten zich meer op vraaggerichte zorg en op spreekuren in de scholen. Jeugdverpleegkundigen verzorgen in principe de screenings en verwijzen door mocht zich iets voordoen dat op een ongezonde ontwikkeling bij het kind duidt. Op deze wijze worden dus meer middelen en capaciteit vrijgemaakt om gericht in te zetten voor risicogroepen.

2.4 Publieke gezondheidszorg en de Wmo

Publieke gezondheidszorg en de Wmo zitten op eenzelfde continuüm (van preventie tot care) waarbij gedrag (leefstijl), de fysieke en sociale omgeving en zorgvoorzieningen een belangrijke rol spelen. Beide beleidsterreinen kunnen elkaar ondersteunen en aanvullen.

De Wmo is gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie van diegenen die om welke reden dan ook minder zelfredzaam zijn. Prestatieveld 2 in de Wmo is vooral gericht op jeugdigen (en eventueel hun ouders) met een verhoogd risico op ontwikkelingsachterstand of uitval. Het gaat om zorgelijke opvoedingsituaties.

De publieke gezondheidszorg (Wet PG) is vooral gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen (oftewel voorkomen van verminderde zelfredzaamheid) door beschermen, bewaken en bevorderen van gezondheid bij de gehele bevolking. De GGD kan vanuit haar expertise gemeenten ondersteunen bij beleidsvoorbereiding en -evaluatie inzake de Wmo. Publieke gezondheid is een overheidstaak.

De GGD is hiervan een belangrijke uitvoerder. Het verlenen van zorg is meer het terrein van de zorgaanbieders (privaat). Voor een zuivere profilering van de GGD als ondersteuner van de regievoering door gemeenten is het niet wenselijk dat de GGD zich presenteert als zorgaanbieder. Dit zou teveel conflicterende belangen met zich meebrengen. De GGD moet geen zorgaanbieder willen zijn, tenzij dit in het verlengde van de taak van de overheid als wenselijk wordt gezien (bijvoorbeeld vangnetfunctie).

GGD Gelre-IJssel bracht in 2006 een boekje uit over het belang van samenwerking tussen publieke gezondheid en de Wmo (Preventie van zorg! Wat de GGD doet en kan doen in het kader van de Wmo). Preventie, zo schetst men, gaat niet alleen over het voorkomen van ziekten, ook de handhaving en verbetering van de gezondheid van de bevolking is aan de orde. Dit betekent dat bevorderd dient te worden dat mensen optimaal kunnen functioneren, zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal. Dit is feitelijk de core van de gezondheidszorg, terwijl daarnaast de cure zich bezighoudt met het genezen van de ziekten en de care – de zorg – zich richt op handhaving of verbetering van de kwaliteit van leven bij ziekte of een beperking. Welzijn richt zich op de bevordering van maatschappelijke participatie, sociale samenhang en het creëren van een vangnet voor de zwakkeren in de samenleving. Bij preventie komen de sociale factoren als medeveroorzakers van ziekten ook steeds vaker in beeld. En vervolgens komen gezondheidszorg en welzijn elkaar steeds meer tegen in de branche wonen. Mensen wonen tegenwoordig steeds langer zelfstandig, thuis of in kleine groepswoningen. Diensten zorg zijn nodig om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen. De scheidslijnen tussen de verschillende branches zijn zo aan het vervagen en worden steeds minder belangrijk.

Informanten zijn het eens met de hierboven geschetste wisselwerking tussen publieke gezondheidszorg en de Wmo. Tegelijkertijd wordt echter ook beaamd, dat deze wisselwerking en wederzijdse benutting tot nu toe nog niet uit de verf is gekomen. Als belangrijkste reden wordt aangegeven dat binnen de Wmo heel veel aandacht moest worden besteed aan de overgang van de huishoudelijke hulpverlening van de AWBZ naar gemeenten. Zodoende was er nauwelijks gelegenheid om aan deze samenhang aandacht te besteden. Bovendien speelde bij de ontwikkeling van de Wmo ook nog de vraag of de GGD in zijn geheel of in delen ondergebracht zou moeten worden onder de Wmo.

Nu wordt door partijen nadrukkelijker onderschreven dat de GGD staat voor de publieke gezondheidszorg welke door de overheden actief wordt aangeboden aan de burgers (ene einde continuüm). De Wmo is meer gericht op het verlenen van hulp om maatschappelijke participatie mogelijk te maken, waarbij meer sprake is van concrete hulpvragen die door individuele cliënten worden gesteld (andere einde continuüm). Marktwerking en levering van deze hulp door private organisaties ligt bij vele Wmo-prestatievelden meer voor de hand dan bij de publieke gezondheidszorg. De OGGZ-taak (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg), het CJG en preventie van valongevallen (kostenbesparing in de Wmo) zijn drie goede voorbeelden van hoe de Wet PG en de Wmo qua uitvoering op lokaal niveau hand in hand kunnen gaan.

De Wet PG en de Wmo blijven wel twee verschillende maatschappelijke opgaven, maar in de wisselwerking liggen er voor gemeenten vele kansen om vanuit beide invalshoeken te komen tot integraal lokaal beleid.

Bij de aanvaarding van de Wet PG is een amendement van het Tweede Kamerlid Kant aangenomen, waarin bepaald wordt dat gemeenten hebben te zorgen voor de uitvoering van de 'ouderengezondheidszorg'. Dit amendement is gebaseerd op een advies van de tijdelijke commissie Ouderenbeleid 'Lang zullen ze leven'. Geadviseerd werd om ouderen, net als de doelgroep jeugdigen, als specifieke doelgroep te formuleren in de wet. Ook bij dit thema gaat het derhalve om een wisselwerking tussen de Wet PG en de Wmo domeinen. Het geopperde voorstel om consultatiebureaus voor ouderen op te zetten is een voorbeeld van hoe de combinatie van Wet PG en de Wmo benut zou kunnen worden. Uiteraard zijn er ook andere vormen denkbaar waarmee invulling gegeven kan worden aan ouderengezondheidszorg.

Op de Wet PG is de Kwaliteitswet Zorginstellingen van kracht. Dit betekent dat gemeenten op dit terrein te maken hebben met regels en protocollen en toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij de Wmo is, met uitzondering van de huishoudelijke hulpverlening en de OGGZ waar de inspectie toezicht op houdt, sprake van horizontale verantwoording. Professionals zien dit misschien als een nadeel van de Wmo, terwijl anderen kansen zien op meer flexibiliteit en het leveren van zorg op maat. Voorwaarde is wel dat sprake is van een duidelijk vragende partij voor een bepaalde dienst of product (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp). In geval van publieke gezondheidszorg is er in feite geen vragende partij, omdat het door de overheid actief wordt aangeboden en vooral gericht is op kwetsbare groepen die veelal zelf geen duidelijke zorgvraag hebben.

Door lokaal meer aandacht te besteden aan de wisselwerking tussen de Wet PG en de Wmo ontstaat zeker een interessante beleidsruimte waarmee beter kan worden ingespeeld op maatschappelijke opgaven en integraal beleid voor diverse probleemvelden. Hierin ligt mogelijk ook wel de verklaring voor de op dit moment grote bestuurlijke belangstelling voor de CJG vorming. Dit is een goed voorbeeld waarbij verschillende domeinen vanuit het model van Lalonde met elkaar worden verbonden en de regierol van gemeenten goed tot uiting komt.

2.5 Publieke gezondheidszorg en crisis-/calamiteitenbeheersing

Informanten vinden de samenwerking van GGD'en in vijf landsdelen van belang voor de snelle voorbereiding en grootschalige bestrijding van ernstige infectieziekten (grote letaliteit en besmettelijkheid). Wanneer het gaat om taken als JGZ en gezondheidsbevordering is men in deze veel terughoudender. Dit komt vooral

omdat men op deze terreinen zelf meer mogelijkheden ziet voor een gemeentelijke invulling. De infectieziektebestrijding is veel nadrukkelijker het medische domein, waarbij men als gemeenten minder keuzes kan maken dan bij bijvoorbeeld de meer maatschappelijk georiënteerde zorg. In dit laatste geval speelt vooral de maatschappelijke context een rol, het domein waarop gemeenten veel nadrukkelijker beleidsinhoudelijke keuzes kunnen maken.

Territoriale congruentie van de GGD'en met de veiligheidsregio's heeft voor de gemeenten voordelen. GGD Nederland en VNG hebben al eerder aangegeven hier voorstander van te zijn. Het biedt meer mogelijkheden voor een goede crisisbeheersing (infectieziekten) en men vindt dat een professionele uitvoering van het beleid op het terrein van publieke gezondheid eveneens gebaat is met opschaling. In de opschaling naar 25 regio's zien de informanten niet het gevaar van bijvoorbeeld afname van beïnvloedingsmogelijkheden voor gemeenten. Er zijn andere instrumenten om invloed te hebben op de invulling van de publieke gezondheidszorg, zoals het zelf voeren van een krachtig beleid, het werken met accounthouders bij de GGD, het maken van concrete productieafspraken, GGD participatie in gemeentelijke netwerken en dergelijke. Wel zijn informanten over het algemeen van mening dat er grenzen zijn aan schaalvergroting. Bijvoorbeeld een nog verdere vergroting van veiligheidsregio's en dus verdere reductie van het aantal regio's ziet men voor de publieke gezondheidszorg niet als wenselijk.

Wanneer het gaat om de relatie tussen publieke gezondheid en crisis-/ calamiteitenbeheersing is het nuttig om bij rampen het onderscheid te maken tussen twee soorten, namelijk: kortdurende rampen en langer durende rampen. Bij de kortdurende rampen (bijvoorbeeld een groot ongeval zoals ontploffing, kettingbotsing, grote brand) is vooral de eerste hulp van groot belang. Hierbij spelen vooral brandweer, ambulances, politie en ziekenhuizen een grote rol. De GHOR is vooral gericht om bij dergelijke rampen de samenwerking tussen partijen goed te laten verlopen. Bij langer durende rampen zoals epidemieën en overstromingen is de rol van GGD'en veel belangrijker. Het verlenen van hulp/opvang, vaccinaties, technische hygiëne, epidemiologisch onderzoek, voorlichting en dergelijke zijn dan de belangrijke uit te voeren taken.

De Conceptwet op de veiligheidsregio's integreert de brandweerwet, de Wet GHOR en de Wet rampen en zware ongevallen (Wrzo). Deze wetten regelen tot nu toe de brandweezorg, de geneeskundige hulpverlening en de rampenbestrijding. Het is duidelijk dat in de uitvoering GHOR en GGD elkaar nodig hebben. Burgemeesters zijn verantwoordelijk voor de openbare orde en veiligheid en in veel gemeenten heeft een wethouder de publieke gezondheid in portefeuille. Dit is een belangrijke

reden geweest om beide taken in de nieuwe wet bestuurlijk te scheiden.

De Conceptwet op de veiligheidsregio's gaat uit van eenhoofdig gezag; in geval van een bovenlokale ramp of crisis is de voorzitter van de veiligheidsregio bevoegd. Inhoudelijk zijn er eigenlijk geen belangrijke redenen voor een scheiding tussen GHOR en GGD. Voor de uitvoering wordt dan ook gepleit voor een nauwe samenwerking tussen GHOR en GGD door bijvoorbeeld de vorming van een personele unie.

In de nieuwe wet is opgenomen, dat de directeur van de GHOR participeert in de GGD-directie. In een groot aantal gevallen (op dit moment in circa 17 van de 25 regio's) is dit ook één en dezelfde persoon.

Soms wordt wel geopperd de rode, blauwe en witte kolom verder te integreren. Wat betreft het GGD-belang is de vraag of dit uit strategisch oogpunt wel wenselijk zou zijn. Bij de verdeling van middelen krijgen de calamiteiten en zichtbare activiteiten (brandweer, ambulances, et cetera) immers eerder prioriteit dan preventie. Deze dreiging is voor de GGD minder groot wanneer deze organisatie losser van de andere taken wordt gepositioneerd.



3 Verhoudingen tussen partijen

Wat betekenen de verantwoordelijkheden van gemeenten op het terrein van de publieke gezondheid voor de verhoudingen tussen VNG, GGD Nederland en het nieuw op te richten praktijkondersteuningsinstituut? Dit is de vraag die in dit hoofdstuk aan de orde komt. Hierbij worden twee hoofdaspecten nader belicht, namelijk de belangenbehartiging en de kennisontwikkeling en -implementatie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een schets van enkele mogelijke scenario's.

3.1 Belangenbehartiging

Op het lokale niveau zijn er vele mogelijkheden voor de uitvoering van een belangrijk deel van de publieke gezondheidszorg. In de uitvoering van de publieke gezondheidszorg hebben gemeentebesturen dan ook een belangrijke verantwoordelijkheid. De publieke gezondheid is immers voor een belangrijk deel bestuurlijk gedecentraliseerd. De VNG verzorgt de bestuurlijke belangenbehartiging namens haar leden.

De VNG beschikt voor de bestuurlijke belangenbehartiging enerzijds over een commissie Onderwijs, Zorg en Welzijn (OZW) en anderzijds een platform van GGD-bestuurders. De commissie OZW is gericht op een veel breder terrein dan publieke gezondheid en krijgt eerder onderdelen (fragmenten) van de publieke gezondheidszorg op de agenda.

Het platform van GGD-bestuurders kan gebruik maken van de integrale ervaring met en de visie op het domein van de publieke gezondheid en de GGD. Het platform

van GGD-bestuurders functioneert binnen de VNG als een subcommissie van de commissie OZW.

Er is behoefte aan een krachtiger bestuurlijke profilering in VNG-verband op het terrein van de publieke gezondheid en een ondersteuning van de lokale bestuurders die meer uitgaat van de maatschappelijke vraagstukken. Kansen zijn er genoeg, zoals op het terrein van jeugd, relatie met de Wmo, alcoholmisbruik, sociaal-economische gezondheidsverschillen (SES) en dergelijke. In de huidige situatie is de professionele belangenbehartiging tamelijk dominant. Dit laatste behoeft overigens niet haaks te staan op de beoogde bestuurlijke resultaten, maar het is wel wenselijk dat er meer evenwicht komt tussen de bestuurlijke en professionele belangenbehartiging.

Onlangs nog was het voornemen om de professionele belangenbehartiging van GGD Nederland onder te brengen bij de VNG. Hiermee zou onder andere kunnen worden voorkomen dat de professionele opstelling afwijkt van de bestuurlijke opstelling, hetgeen de positie van zowel de bestuurders als de GGD'en zou kunnen verzwakken ten opzichte van bijvoorbeeld het Rijk. Deze combinatie van belangenbehartiging door de VNG zou afwijken van de situatie in de meeste andere gemeentelijke beleidsvelden zoals veiligheid en sociale zekerheid.

Inmiddels is deze voorgenomen combinatie van belangenbehartiging voor de lokale publieke gezondheidszorg weer verlaten.

Er mag tussen het bestuurlijke belang en het professionele belang sprake zijn van een gezonde spanning. Daarnaast zijn zowel VNG als GGD Nederland echter van mening dat er ook sprake moet zijn van een goede afstemming. Inhoudelijke voorstellen zullen altijd moeten worden gezien en bediscussieerd vanuit de bestuurlijke en financiële consequenties.

Op dit moment vormen GGD'en een zware professionele partij met een eigen sterke lobby in het landelijke circuit. Deze lobby gaat op dit moment verder dan de professionele hoe-vraag. Men richt zich in feite ook op de meer bestuurlijke wat-vraag. Zeker in vergelijking hiermee komt de bestuurlijke belangenbehartiging op het terrein van de lokale publieke gezondheidszorg bij de VNG, die bij uitstek gericht zou moeten zijn op de wat-vraag, niet goed uit de verf. Samenvattend kan worden gesteld dat verbetering mogelijk lijkt te zijn, wanneer er bij de aansturing bestuurlijk veel nadrukkelijker een inhoudelijke focus komt op de maatschappelijke vraagstukken en binnen de VNG de positie van het platform van GGD-bestuurders wordt versterkt.

3.2 Kennisontwikkeling en -implementatie

Op het terrein van kennisontwikkeling en -implementatie met betrekking tot de publieke gezondheidszorg zijn er diverse initiatieven en instanties die hierin binnen Nederland een rol spelen. De belangrijkste hiervan zijn:

- Universiteiten en instituten als TNO Preventie en Zorg.
- Academische werkplaatsen publieke gezondheid, waarbij universiteiten in samenwerking met de GGD'en in de regio met name gericht zijn op het evalueren van interventies. In totaal zijn er circa acht van dergelijke academische werkplaatsen, die elk een eigen specialisatie hebben en samen streven het gehele domein van publieke gezondheid te bestrijken. De eerste vier jaar hebben zij subsidie ontvangen van ZonMW. Een tweede periode van vier jaar gaat binnenkort in.
- Bij het RIVM zijn ondergebracht het Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV), het Centrum Infectieziektebestrijding (CIB), het Centrum Gezond Leven (CGL) en het Centrum Jeugdgezondheid. Het Centrum VTV publiceert verzamelde informatie via websites, rapporten en de vierjaarlijkse 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning'. Dit rapport vat de belangrijkste ontwikkelingen binnen de volksgezondheid samen en diept enkele met VWS overeengekomen aspecten verder uit. Het CIB, CGL en Centrum Jeugdgezondheid treden vooral op als beoordelaar van kennis.

Deze centra leveren zelf geen ondersteuning, maar bijvoorbeeld CGL kan wel kennis inlenen (fte's) bij gezondheidsbevorderende instituten (GBI's) die door het ministerie van VWS worden gesubsidieerd, zoals Consument en Veiligheid, Stivoro, Aids Fonds, Trimbos instituut en Voedingscentrum. CIB beschikt wel over een eigen budget om gewenst onderzoek te subsidiëren.

- ZonMW heeft daarnaast verschillende programma's zoals Beter Voorkomen, Bevorderen Gezond Leven, Infectieziektebestrijding, Landelijke leefstijl campagnes, JGZ en andere preventieve programma's. ZonMW heeft vooral een meer wetenschappelijke oriëntatie en is minder gericht op implementatie-vraagstukken. Het Kenniscentrum van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid werken samen binnen het Kennisprogramma Jeugd van het programmaministerie Jeugd en Gezin, met als doel professionals in de jeugdsector te voorzien van kennis over richtlijnen, instrumenten en interventies.
- GGD Nederland en NIGZ zijn twee instituten die gemeenten en GGD'en ondersteunen bij met name de implementatie van gedragsbeïnvloedende interventies. Onlangs is door de heren Dees en Stöcker advies uitgebracht omtrent de toekomst van deze twee praktijkondersteuningsinstituten. Bij de inventarisatie onder bestuurders en uitvoerders op het lokale niveau kwam naar voren dat er behoefte is aan een ondersteunende functie zoals die door beide instituten kan

worden geboden. Aanbevolen werd een strategische alliantie te sluiten tussen deze twee instituten en de VNG. Uitgangspunt hierbij is dat het lokale niveau het voortouw heeft en bepaalt welk beroep men op de ondersteunende functie doet (pull- in plaats van push-aanpak). Pogingen om een strategische alliantie tussen beide instellingen te vormen zijn echter mislukt. .

Samenvattend komt het erop neer dat het totaal aan initiatieven en instanties een complex beeld laat zien van de manieren waarop aan kennisvermeerdering op het terrein van publieke gezondheid wordt gewerkt. Publieke gezondheid is een belangrijke taak van gemeenten. Een grotere betrokkenheid van gemeenten bij het uitzetten van onderzoeklijnen lijkt van belang, zodat maximaal kan worden geanticipeerd op lokale behoeften en ervaringen.

Wat betreft de directe ondersteuning vanuit GGD Nederland en NIGZ geven de geïnterviewde wethouders er de voorkeur aan zoveel mogelijk uit te gaan van de bestaande situatie en nu er duidelijk meer aandacht komt voor publieke gezondheid op een later moment te evalueren en eventueel andere keuzes te maken.

Gezien de bredere aandacht die er wellicht komt voor de aanpak van de maatschappelijke vraagstukken, waarvoor niet alleen (sociaal) medische deskundigheid nodig is, is het wenselijk dat GGD'en met het opbouwen en in stand houden van hun expertise zeker ook beschikken over voldoende gedragskundige expertise.

Informanten vinden de opschaling van GGD'en naar 25 regio's niet alleen van belang voor specialistische taken als infectieziektebestrijding en medische milieukunde, maar ook om lokale taken als JGZ en gezondheidsbevordering op een kwalitatief verantwoord niveau te kunnen blijven uitvoeren. Bij een dergelijke schaalgrootte is voor de meeste expertisegebieden van GGD'en een betere continuïteit te garanderen.

3.3 Mogelijke scenario's

Voor de ondersteuning van de kennisontwikkeling en implementatie moet vooralsnog worden uitgegaan van de huidige situatie.

Voor de versterking van de belangenbehartiging zijn in grote lijnen drie ontwikkelrichtingen (scenario's) denkbaar, te weten:

- 1 Het versterken van de huidige situatie.
- 2 Het ontvlechten van bestuurlijke en uitvoeringsbelangenbehartiging.
- 3 Het integreren van bestuurlijke en uitvoeringsbelangenbehartiging.

De scenario's zijn niet met de informanten besproken en dienen slechts als aanzet voor de discussie over de mogelijke verbetering van de belangenbehartiging. Onderstaand een korte toelichting op de drie mogelijke ontwikkelrichtingen.

Ad 1. Bij het versterken van de huidige situatie worden de respectievelijke rollen in de belangenbehartiging aangezet en beter op elkaar afgestemd. De commissie OZW is de bestuurlijke belangenbehartiger van de VNG als ledenorganisatie. De commissie bestrijkt een breder terrein dan de publieke gezondheidszorg. Voor de inhoudelijke onderbouwing van de standpunten op het gebied van de publieke gezondheidszorg krijgt het platform van GGD-bestuurders (de vakwethouders) binnen de VNG een dominante rol. Het platform krijgt als subcommissie van de commissie OZW een gekwalificeerde adviesrol. Tevens krijgt het platform van GGD-bestuurders (de vakwethouders) het recht onderwerpen te agenderen voor behandeling in de commissie OZW. Uitgangspunt hierbij zou moeten zijn dat de commissie OZW alleen beargumenteerd kan afwijken van het advies van het platform van GGD-bestuurders. De bestuurlijke belangenbehartiging op het gebied van de publieke gezondheidszorg krijgt een sterke inhoudelijke impuls. Mocht dit niet mogelijk zijn, dan kan binnen de VNG worden gekozen voor het instellen van een separate vakcommissie Publieke Gezondheidszorg. Het platform van GGD-bestuurders (de vakwethouders) kunnen dan als formele VNG-commissie doorgaan.

Ad 2. Bij het ontvlechten van de bestuurlijke en de uitvoeringsbelangenbehartiging wordt de functie van het platform van GGD-bestuurders (de vakwethouders) als subcommissie van de commissie OZW beëindigd. Het platform wordt dan ingevoegd bij GGD Nederland. De verantwoordelijke vakwethouders krijgen dan binnen de GGD Nederland de mogelijkheid om landelijk zowel de beleidsmatige ontwikkeling als de belangenbehartiging van de uitvoering/deskundigheid vorm te geven. De functie op het terrein van de inhoudelijke belangenbehartiging binnen de VNG wordt dan opgeheven. Binnen de VNG resteert de brede bestuurlijke belangenbehartiging via de commissie OZW.

Ad 3. Bij het integreren van de bestuurlijke en de uitvoeringsbelangenbehartiging wordt gezocht naar een betere afstemming van beide vanuit het lokale gezondheidsbeleid. Daarbij kan de rol van het platform van GGD-bestuurders (de vakwethouders) als sub-commissie van de commissie OZW worden versterkt, zoals aangegeven in het eerste scenario. In het gekwalificeerde advies van het platform van GGD-bestuurders wordt echter structureel het standpunt van GGD Nederland verwerkt.

Dit geïntegreerd advies geeft de commissie OZW de mogelijkheid om de bestuurlijke belangenbehartiging op het gebied van de publieke gezondheidszorg te baseren op zowel de mening van de lokale vakwethouders als de deskundige uitvoerders. De lokale vakwethouders zorgen dan voor afstemming van de bestuurlijke en professionele belangenbehartiging in de voorbereiding van de besluitvorming. Eventuele afwijkingen van de standpunten worden in de voorbereiding besproken. De bestuurlijke belangenbehartiging (VNG) is uiteindelijk representatief voor de beleidsmatige voortgang van de lokale publieke gezondheidszorg. Dit betekent ook, dat vanuit de GGD Nederland geen standpunt wordt ingenomen, zonder afstemming met het platform van GGD-bestuurders. Het platform van GGD-bestuurders wordt vanuit de VNG ondersteund bij het integreren van de bestuurlijke en professionele belangenbehartiging.

Het Platform van GGD-bestuurders en in navolging daarvan de commissie Onderwijs Zorg en Welzijn kiezen voor scenario 1 met de mogelijkheid van doorgroei naar scenario 3.



4 Toekomstvisie op de GGD

Hoe zien de gemeenten de toekomst van de GGD? Dit is de vraag die in dit hoofdstuk wordt behandeld. Deze vraag moet vooral worden gezien in het verlengde van de vragen die in de vorige hoofdstukken aan de orde zijn geweest, namelijk hoe zien gemeenten hun verantwoordelijkheden op het terrein van publieke gezondheid en wat betekent dit voor de verhoudingen tussen partijen?

Hieronder volgt daarom een puntsgewijze samenvatting van hetgeen in de voorgaande hoofdstukken werd opgemerkt met betrekking tot de toekomst van de GGD.

- De kracht
De kracht van gemeenten én GGD'en op het terrein van publieke gezondheid ligt vooral op het inspelen op lokale behoeften, het benutten van de lokale infrastructuur en daardoor efficiënte beleidsuitvoering.
- 25 regio's
Regionale samenwerking tussen gemeenten en gezamenlijk in stand houden van een GGD is wenselijk en logisch, omdat de uitvoering van publieke gezondheidszorg ook de inzet vraagt van diverse specialisten. Dit vraagt een zekere schaal-grootte om kwaliteit en continuïteit te kunnen garanderen. De thans onderscheiden 25 (veiligheids)regio's zijn hiervoor geschikt. Hierbij moet rekening worden gehouden met het gegeven dat dit uitgangspunt voor enkele individuele gemeenten tot forse inconsistenties zou leiden, wat vraagt om enkele individuele (afwijkende) oplossingen. Minder dan 25 regio's wordt door gemeenten echter niet als wenselijk gezien.

- **Vijf landsdelen**
‘Lokaal wat kan en landelijk wat moet’ wordt breed onderschreven. Het samenwerken in vijf landsdelen op een terrein als ernstige infectieziekten en dergelijke (medisch georiënteerde zorg) wordt door gemeenten als nuttig gezien. Bepaalde taken hebben uit pragmatisch oogpunt een dergelijke schaal nodig. Waar het gaat om andere taken in het kader van publieke gezondheidszorg, zoals gezondheidsbevordering (maatschappelijk georiënteerde zorg) kiezen gemeenten voor de eigen lokale beleidsruimte.
- **Formele lijnen**
Vorbereidingen op terreinen als de infectieziektebestrijding (medisch georiënteerde zorg) kunnen plaatsvinden op landelijk niveau of het niveau van landsdelen. Tussentijdse afstemming met gemeenten is hierbij van belang en de uiteindelijke taakopdracht of taakwijziging zal door het Rijk plaatsvinden in overleg met gemeenten. Gemeenten zijn immers de formele uitvoerder van taken op het terrein van de lokale publieke gezondheid.
- **Kansen**
Gemeenten beschikken op basis van de Wet PG (nu Wcpv) en de Wmo samen over een grote en interessante beleidsruimte die grotendeels nog onbenut is. Belangrijk is dat GGD'en op dit terrein gemeenten veel nadrukkelijker gaan ondersteunen met de bij hen beschikbare expertise op het gebied van epidemiologie, beleidsadviesing en gezondheidsbevordering.
- **Niet ontvlechten**
Een goede afstemming en samenhang tussen medisch georiënteerde zorg en maatschappelijk georiënteerde zorg binnen de publieke gezondheidszorg heeft duidelijk meerwaarde. Ontvlechting van taken als infectieziektebestrijding en de uitvoering van jeugdgezondheidszorg is niet aan te bevelen. Hierdoor zou enerzijds de inhoudelijke voeling met de praktijk fors afnemen en anderzijds de GGD als organisatie aanzienlijk verzwakken, waardoor problemen met betrekking tot kwaliteit en continuïteit kunnen ontstaan.
- **Integrale JGZ**
Alle partijen hechten grote waarde aan integrale JGZ van 0 - 19 jaar en zien de voordelen van inbedding van JGZ in de GGD vanwege de samenhang met andere GGD-taken. Toch zijn er diverse gemeenten die ook andere mogelijkheden zien om integrale JGZ vorm te geven. Vooral de huidige lokale praktijksituatie en ervaringen met de 0 - 4 jarige JGZ door thuiszorgorganisaties spelen daarbij een rol.



5 Aanbevelingen

Tijdens het onderzoek werd het steeds duidelijker, dat de discussie inzake de toekomstige aanpak van het lokale gezondheidsbeleid werd gedomineerd door dilemma's op institutioneel niveau en elkaar kruisende belangenbehartiging. Dit leverde een organisatorische 'klem' op, waardoor het optimaliseren van de inhoudelijke oriëntatie op de maatschappelijke vraagstukken naar de achtergrond lijkt te worden gedrukt.

Wenselijk is dat deze organisatorische 'klem' zo spoedig mogelijk wordt verlaten en alle energie wordt aangewend voor de revitalisering van de inhoudelijke focus op de maatschappelijke vraagstukken. In bijlage 3 worden de conclusies meer in detail samengevat. Daarbij staan verschillende tips voor de verbetering van de organisatorische vormgeving van het lokale gezondheidsbeleid.

De aanbevelingen hebben betrekking op het (ver)binden van de betrokken partijen bij de aanpak van maatschappelijke vraagstukken. Hiermee volgen wij de gesignaleerde paradigma-shift in de sturing. Na eventuele bestuurlijke bevestiging kunnen de aanbevelingen in samenwerking met het Rijk, GGD Nederland en andere betrokken organisaties vanuit de VNG worden geoperationaliseerd.

Op basis van het onderzoek kunnen de volgende drie aanbevelingen worden gedaan:

1 Centraal plaatsen van maatschappelijke vraagstukken

Aanbevolen wordt om bij de bestuurlijke vormgeving van de publieke gezondheid maatschappelijke (gezondheids)vraagstukken veel nadrukkelijker centraal te plaatsen. Op deze wijze kan de gemeentelijke regierol op het terrein van de publieke gezondheid veel beter tot zijn recht komen. Het begint met het bestuurlijk scherp beantwoorden van de 'wat-vraag'. Het beantwoorden van de 'hoe-vraag' is een taak van de uitvoerende professionals.

2 Verbinden van deelterreinen

Publieke gezondheidszorg is onder te verdelen in meer medisch georiënteerde zorg en meer maatschappelijk georiënteerde zorg. Medisch georiënteerde zorg is vaak het resultaat van de voorgeschreven interventies. Maatschappelijk georiënteerde zorg biedt lokaal meer beleidsruimte. Beide vormen van publieke gezondheidszorg zijn qua uitvoering te onderscheiden maar qua werking niet te scheiden. Een evenwichtige samenhang tussen beide vormen van zorg is bestuurlijk een belangrijk aandachtspunt. Het is dus bijvoorbeeld niet wenselijk om de uitvoering van de meer medisch georiënteerde (publieke) zorg buiten het gemeentelijke beleidsveld te plaatsen.

Een tweede verbinding betreft de Wet PG (nu nog Wcpv) en de Wmo. Deze verbinding biedt veel meer kansen dan tot nu toe worden benut. Denk daarbij aan het CJG, maar ook ouderenconsultatiebureaus, woonvoorzieningen, wijkgerichte aanpakken en dergelijke. Gemeenten hebben een belangrijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wet PG en de Wmo. Beide wetten zijn gericht op eenzelfde continuüm van preventie tot care en in beiden staat de interactie tussen gedrag, omgeving en zorgvoorzieningen centraal. Gemeenten beschikken op deze terreinen over veel beïnvloedingsmogelijkheden. Aanbevolen wordt om op deze terreinen veel nadrukkelijker integraal beleid te voeren met daarbij de maatschappelijke vraagstukken als vertrekpunt. Het operationeel samengaan in nieuwe, innovatieve uitvoeringsvormen vormt een belangrijkere uitdaging dan het herverkavelen van domeinen door wetgeving.

3 Versterken lokale kracht en regie

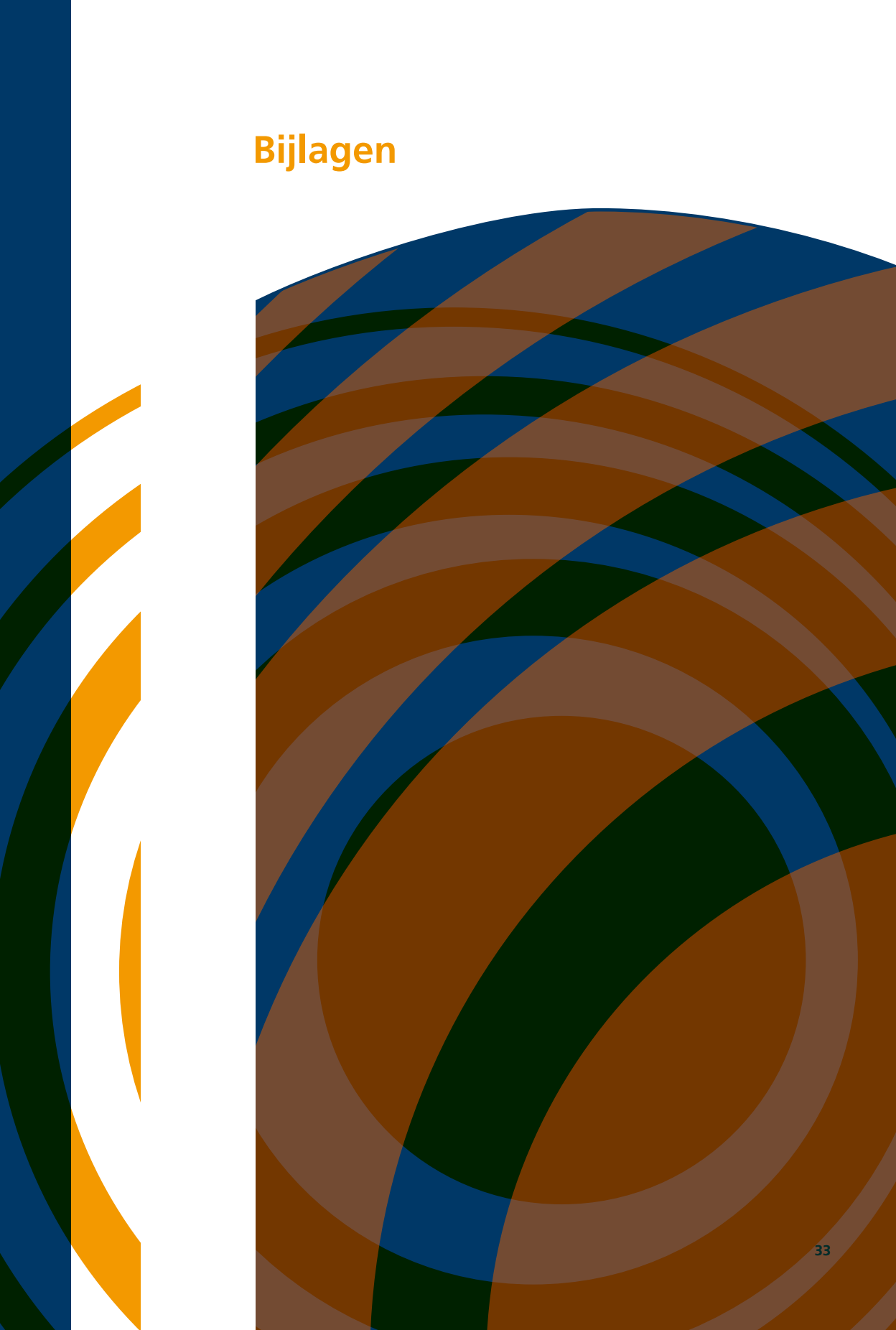
Om in te spelen op maatschappelijke vraagstukken kan gebruik worden gemaakt van de meer traditionele benadering waarbij de focus ligt op het slechten van eventuele (institutionele) hindermacht, het aanpassen van de operationele kaders (minder instrumentele aanpak) en het organiseren van doorzettingsmacht. Aanbevolen wordt echter om voor het krachtiger neerzetten van publiek gezondheidsbeleid en

het aanpakken van maatschappelijke vraagstukken vooral een nieuwere benadering te volgen die gekenmerkt wordt door bestuurlijk lef en het tonen van leiderschap (beantwoorden van de wat-vraag)¹.

De integrale aanpak op lokaal niveau levert verschillende vormen van samenwerking op. Bij de aansturing op het terrein van de publieke gezondheid heeft de gemeente een regierol. De lokale bestuurder heeft de taak om mede door de invulling van de regierol de maximale inzet te realiseren van de betrokken partijen. Gezien de complexiteit van de regierol is inhoudelijke ondersteuning (door of namens de VNG) bij de vormgeving van deze taak zeer gewenst.

¹ Ruland stelt in zijn proefschrift 'Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg' (2008) dat een samenspel van krachtige gemeentelijke regie, leiderschap en gedegen operationeel veranderingmanagement onontbeerlijk is voor blijvende samenwerking.

Bijlagen





1 Geraadpleegde documenten

Aanbiedingsbrief aan Tweede Kamer der Staten-Generaal 'Vergrijzing en het integrale ouderenenbeleid'

Ministerie van VWS, 21 mei 2008

Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid) - Amendement van het lid Kant

Tweede Kamer der Staten-Generaal, 14 mei 2008

Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid) - Motie van het lid Arib

Tweede Kamer der Staten-Generaal, 15 mei 2008

Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid) - Motie van het lid Schermers

Tweede Kamer der Staten-Generaal, 15 mei 2008

Beter zonder AWBZ? - persbericht

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 31 januari 2008

Bijlage 4.1. Toekomst WMO ten opzichte van AWBZ, vervolgnotitie

VNG-commissie OZW, 14 februari 2008

Brief aan Ministerie van BZK inz. Consultatie Aanpassingswet Veiligheidsregio's
VNG, 18 maart 2008

Brief aan Tweede Kamer der Staten-Generaal 'Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007-2010'

Ministerie van VWS, 5 april 2007

Claim € 100 miljoen voor OGZ nader uitgewerkt (nieuwsbericht)

VNG, 21 december 2006

Consultatiebureau voor Ouderen - visiedocument

Platform Consultatiebureau voor Ouderen (Kenniscentrum Ouderen, Vilans), januari 2008

DE EERSTE OVERHEID

VNG-Commissie Gemeentewet en Grondwet, juni 2007

De toekomst van de Wmo. Meedoen, zonodig met hulp en assistentie in het dagelijkse leven - Een VNG-visiedocument

VNG, voorjaar 2008-06-12

Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie

Ministerie van VWS, september 2007

Evaluatie JGZ 2006-Hoofdrapport

TNO en Van Naem & Partners organisatieadviseurs, 3 november 2006

Evaluatie JGZ 2006-Deelonderzoek 2-Gemeenten

TNO en Van Naem & Partners organisatieadviseurs, 3 november 2006

'Halt! U valt' Gemeenten aan de slag met valpreventie

Businesscase. GGD Nederland & Consument en Veiligheid, maart 2008

Handreiking Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang

SGBO in opdracht van het project Lokale Gezondheidsimpuls (LOGIN), een initiatief van de VNG, april 2007

Integrale JGZ in GGD-verband biedt vooral voordelen: een organisatie, een gezicht, een gezin, een plan

GGD Nederland, 21 januari 2008

Kaderbrief 2007 - 2011 visie op gezondheid en preventie

Ministerie van VWS, 24 september 2007

'Koers op Kwaliteit', brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Ministerie van VWS, 6 juli 2007

Kort verslag van de bijeenkomst van de Stuurgroep Visieontwikkeling OGZ d.d. 31 maart 2008

Stuurgroep Visieontwikkeling OGZ (VNG), 31 maart 2008

Loslaten en uitdagen. Decentralisatie van taken naar gemeenten.

BMC, april 2008

Manifest Publieke Gezondheid GGD Nederland 2008

GGD Nederland, april 2008

Ontwerpadvies SER over AWBZ: weinig oog voor lokaal beleid - nieuwsbericht

VNG, 28 maart 2008

Presentatie Aad Koster bij VNG Platform GGD bestuurders 'Toekomst JGZ'

Actiz, 24 januari 2008

Presentatie 'Integrale JGZ. Evaluatie en hoe nu verder?'

Van Naem & Partners, januari 2008

Preventie voor zorg! Wat de GGD doet en kan doen in het kader van de Wmo: bestaande taken, verbreding taken, nieuwe taken

GGD Kop van Noord-Holland, GGD Zaanstreek-Waterland en GGD Gelre-IJssel, november 2006

Relatie tussen de WCPV en de Wmo. Kansen voor de openbare gezondheidszorg!

GGD Gelre IJssel, januari 2006

Ruland, E. Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg.

Lessen uit de casus Hartslag Limburg. NIGZ, Woerden, 2008

RVZ: AWBZ afschaffen - nieuwsbericht

VNG, 1 februari 2008

Startnotitie ten behoeve van uitwerking speerpunt 'Strategische positionering JGZ/ GGD in Centra voor Jeugd en Gezin & Financiële kaders (concept)

Programmaraad Jeugd GGD Nederland, 12 mei 2008

Tijdelijke regeling CJG

Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 9 januari 2008

Uitwerking maatregelen en toezeggingen kaderbrief 2007-2011 visie gezondheid en preventie - Informatie aan Tweede Kamer

Ministerie van VWS, 14 januari 2008 (inclusief toezeggingen uit AO preventie van 5 december 2007)

Van specifiek naar generiek. Doorlichting en beoordeling van interbestuurlijke toezichtarrangementen

Commissie Doorlichting Interbestuurlijke Toezichtarrangementen, september 2007

Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg - Over kwaliteitsverbetering in de openbare gezondheidszorg en de rol van gemeenten (handreiking gemeenten)

Landelijk kwaliteitsprogramma 'Beter voorkomen' (uitgevoerd door GGD Nederland, VNG & Actiz in opdracht van het ministerie van VWS, onder regie van ZonMw), 25 april 2008

Voorzetten voor decentralisatie. Argumenten en mogelijkheden voor (verdere) decentralisatie van taken naar gemeenten - conceptrapport

Cebeon, 1 februari 2008



2 Informanten

Interviews/invitational conference

De heer H. Akkerman, wethouder Gorinchem, jeugd

De heer L. Bisschops, wethouder Best, OGZ

De heer E. Dannenberg, wethouder Zwolle, OGZ

De heer D. de Cloe, voorzitter GHOR Nederland

De heer E. d'Hondt, voorzitter GGD Nederland

De heer J. de Goeij, directeur-generaal volksgezondheid, VWS

De heer W. Gort, GGD Rotterdam Rijnmond

De heer F. Klaassen, directeur GGD Limburg-Zuid

Mevrouw C. Noom, wethouder Zaanstad, jeugd

De heer J. van Oers, hoogleraar OGZ, Universiteit van Tilburg

Mevrouw A. Oude Alink, wethouder Hengelo, jeugd

De heer J. Rensen, wethouder Delft, OGZ

Mevrouw J. de Vries, hoofdinspecteur Jeugdzorg

De heer L. de Vries, directeur GGD Nederland

De heer J. Waaijer, burgemeester Zoetermeer, OGZ

De heer J. van Wijngaarden, hoofdinspecteur volksgezondheid

De heer P.A. Zoon, burgemeester Raalte, OGZ

De heer P. Arts, VNG

De heer J. Jawad, VNG

De heer J. Baecke, BMC

De heer C. Derickx, BMC

Regiobijeenkomst Zwolle

De heer Borst, wethouder Hattem
De heer Dannenberg, wethouder Zwolle
De heer van Hooft, wethouder Assen
Mevrouw Kaptein, beleid Ede
De heer Klaassen, beleid Groningen

De heer Arts, VNG
De heer Jawad, VNG
De heer Baecke, BMC

Regiobijeenkomst Amsterdam

Mevrouw Van den Berg, beleid Amsterdam
Mevrouw Van der Horst, beleid Utrecht
De heer Overbeek, wethouder Aalsmeer
De heer Rensen, wethouder Delft
De heer Roos, wethouder Wormerland
De heer Vellekoop, wethouder Weststellingwerf
Mevrouw Venrooy-Van Ark, wethouder Nieuwekerk aan de IJssel
De heer Verkroost, wethouder Maarsse
Mevrouw Vos, wethouder Amsterdam
Mevrouw Wagenaar-Kroon, wethouder Drechterland

De heer Arts, VNG
De heer Jawad, VNG
De heer Derickx, BMC



3 Conclusies

- Er is behoefte aan een krachtigere bestuurlijke profilering van de lokale bestuurders gebaseerd op de aanpak van maatschappelijke vraagstukken.
- Het ondersteunen van de lokale bestuurders vanuit of door de VNG met expertise en ervaringskennis bij het formuleren van de lokale aanpak, waarbij maatschappelijke vraagstukken meer centraal staan, is zeer gewenst.
- Het model van Lalonde vormt een goed kader voor beleidsontwikkeling binnen de publieke gezondheidszorg.
- Bij de invulling van de maatschappelijk georiënteerde zorg dient de gemeente volledig gebruik te maken van de beschikbare beleidsruimte om de meest flexibele en effectieve interventies te kunnen aanbieden.
- Een goede afstemming en samenhang tussen medisch georiënteerde zorg en maatschappelijk georiënteerde zorg heeft een duidelijke meerwaarde.
- Naast de kennis van de medisch georiënteerde zorg, dient de GGD de ondersteuning van de maatschappelijk georiënteerde zorg te optimaliseren.
- De regiovoering vanuit de gemeenten heeft zowel betrekking op de medisch georiënteerde zorg als op de maatschappelijk georiënteerde zorg én de samenwerking hiertussen. De balans tussen beide vormen van zorg is in de beleidsuitvoering heel belangrijk.
- Een integrale aanpak en regionale samenwerking is noodzakelijk voor een goed lokaal gezondheidsbeleid.
- De samenwerking van GGD'en in vijf landsdelen is van belang voor de snelle voorbereiding en grootschalige bestrijding van ernstige infectieziekten (grote letaliteit en besmettelijkheid).

- De opschaling van GGD'en naar 25 regio's is niet alleen van belang voor de uitvoering van medisch specialistische taken, maar ook om lokale taken als JGZ en gezondheidsbevordering op een kwalitatief verantwoord niveau te kunnen blijven uitvoeren, omdat op deze schaal de vereiste expertise beter op peil kan worden gehouden.
- Een nog verdere schaalvergroting van veiligheidsregio's is voor de publieke gezondheidszorg niet wenselijk. De afstand tussen de uitvoerder en de lokale problematiek dreigt dan te groot te worden.
- Een eventuele toekomstige integratie van de GHOR-taken in de GGD wordt niet gewenst.
- Het verder integreren van de rode, blauwe en witte kolom lijkt niet in belang van de GGD, aangezien bij de verdeling van middelen de calamiteiten en zichtbare activiteiten (brandweer, ambulances, et cetera) vaak prioriteit krijgen boven preventie.
- Het is wenselijk dat er een beter evenwicht komt tussen de bestuurlijke (VNG) en professionele (GGD) belangenbehartiging.
- Een krachtdadige lokale (inhoudelijke) aansturing van de uitvoering (GGD) geeft minder ruimte voor afwijkende belangen.
- Van aanbod naar vraaggerichte kennisondersteuning.
- Hoewel regionaal georganiseerd, is de GGD de uitvoerende organisatie van het lokale (gemeentelijke) gezondheidsbeleid.
- De ontvlechting van taken als infectieziektebestrijding en de uitvoering van jeugdgezondheidszorg uit de GGD is niet aan te bevelen. De samenhang en de elkaar versterkende expertises binnen de GGD worden dan afgebroken.
- De beleidsruimte door de gecombineerde inzet van de Wet PG (Wcpv) en de Wmo samen is door de gemeenten nog grotendeels onbenut.
- Voor het optimaliseren van de effectiviteit van de JGZ is er behoefte aan meer flexibiliteit voor de samenstelling van de interventies in het JGZ-programma.
- De gemeentelijke regievoering op het terrein van JGZ wordt vergemakkelijkt wanneer men beschikt over één uitvoeringsorganisatie voor 0 tot 19 jarige JGZ.
- Het CJG moet geen nieuwe uitvoeringsorganisatie worden. De kracht moet zitten in de samenwerking tussen lokaal werkende partijen. In die zin ligt een ontvlechting van de JGZ uit de GGD niet voor de hand.
- Door lokaal meer aandacht te besteden aan de samenwerking tussen de Wet PG (Wcpv) en de Wmo kan beter worden ingespeeld op maatschappelijke opgaven.

Colofon

Tekst en redactie

Deze visie is tot stand gekomen met ondersteuning van BMC
dr. ir. J.A.H. Baecke MPM
C.L. Derickx MBA



Vormgeving, opmaak

VNG - afdeling communicatie

Druk

Drukkerij Excelsior bv, Leidschendam

Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Postbus 30435
2500 GK Den Haag
www.vng.nl

februari 2009

