

# **Een gezonde koers voor Zuid-Limburg!**

## **Regionale nota gezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2012-2015**

### **Zuid-Limburg**

Beek  
Brunssum  
Eijsden-Margraten  
Gulpen-Wittern  
Heerlen  
Kerkrade  
Landgraaf  
Maastricht  
Meerssen  
Nuth  
Onderbanken  
Schinnen  
Simpelveld  
Sittard-Geleen  
Stein  
Vaals  
Valkenburg aan de Geul  
Voerendaal

1 juli 2011

## Inhoud

Samenvatting .....	3
1. Inleiding .....	4
2. Kaders voor het gezondheidsbeleid.....	6
2.1 Wettelijke taken .....	6
2.2 Relatie met andere gemeentelijke wettelijke taken.....	8
2.3 Financieel kader.....	10
2.4 Gezondheidssituatie in Zuid-Limburg .....	10
2.5 Maatschappelijke ontwikkelingen .....	11
3. Visie op publieke gezondheid .....	12
3.1 Veranderende visie op publieke gezondheid .....	12
3.2 Toenemende druk op de curatieve zorg .....	13
3.3 De Zuid-Limburgse beleidsuitgangspunten .....	14
4. Wat gaan we doen in 2012-2015? .....	16
4.1 Advisering aan gemeenten .....	16
4.2 Infectieziektebestrijding.....	16
4.3 Jeugdgezondheidszorg.....	17
4.4 Medische milieukunde .....	18
4.5 Technische hygiënezorg.....	19
4.6 Psychosociale hulp bij ongevallen en rampen.....	20
4.7 Epidemiologie.....	20
4.8 Gezondheidsbevordering.....	21
4.8.1 Depressie, angststoornissen en eenzaamheid bij ouderen.....	21
4.8.2 Overmatig alcoholgebruik bij jongeren .....	21
4.8.3 Roken bij mensen met een lage ses.....	22
4.8.4 Seksuele gezondheid bij jongeren .....	22
4.8.5 Overgewicht .....	23
4.9 Ouderengezondheidszorg .....	24
4.10 Voorwaarden voor succes .....	25
4.11 Lokale concretisering van de ambities .....	26
Bijlage 1: De Zuid-Limburgse preventiecyclus.....	27
Bijlage 2: Hoe (on)gezond is Zuid-Limburg? .....	28
Bijlage 3: Een lokaal uitvoeringsprogramma .....	31
Bijlage 4: Samenvatting visienotie 'Naar een duurzaam gezonder Zuid-Limburg'.....	32
Bijlage 5: Vele vormen van preventie: het Prevent-model .....	33
Bijlage 6: Proces van totstandkoming regionale nota gezondheidsbeleid 2012-2015...	36
Bijlage 7: Samenvatting regionale raadsconferentie .....	37
Bijlage 8: Samenvatting "De jeugd dichtbij" .....	40
Bijlage 9: Gezamenlijk resultaat .....	44

## Samenvatting

Vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) hebben gemeenten en de rijksoverheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid op het gebied van publieke gezondheid. Gemeenten worden geacht elke vier jaar gemeentelijk gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Voor de beleidsperiode 2012-2015 hebben de 18 Zuid-Limburgse gemeenten één regionale gezondheidsnota opgesteld. In deze nota worden de kaders voor het gezondheidsbeleid weergegeven; de wettelijke taken vanuit de Wpg, de relatie met andere gemeentelijke wettelijke taken op het vlak van de jeugd(gezondheid)zorg, maatschappelijke ondersteuning en armoedebestrijding, het financieel kader, de achterblijvende gezondheids-situatie in Zuid-Limburg en belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen zoals decentralisatie van wettelijke verantwoordelijkheden, de noodzaak tot integratie van beleidsdoelstellingen en regionale samenwerking.

Vanuit een veranderende visie op publieke gezondheid en de wettelijke taakstelling wordt aangedrongen op meer samenwerking tussen organisaties; Gezondheid en gezondheids-winst wordt immers bepaald door veel aspecten. Veranderingen op individueel niveau volstaan niet langer, ook de leefomgeving heeft invloed op gezondheid. Door de veranderende bevolkingssamenstelling in Zuid-Limburg ontstaat een toenemende druk op de curatieve zorg en wordt de roep om meer preventie sterker. Voor de komende beleidsperiode hebben de Zuid-Limburgse gemeenten een aantal beleidsuitgangspunten geformuleerd waarbij de focus ligt op ketengericht samenwerken vanuit een integrale aanpak, contextgebonden werken en het actief betrekken van de burgers.

Het bevorderen van de gezondheid van de Zuid-Limburgers vraagt een langetermijn-beleid (meer dan 10 jaar), gericht op veranderingen in de samenleving bij burgers en relevante samenwerkingspartners. Het opbouwen van duurzame netwerken staat hierbij centraal. Voor de beleidsperiode 2012-2015 staat het bevorderen van de gezondheid van de inwoners van Zuid-Limburg centraal. De nadruk ligt hierbij op burgers met een lage sociaaleconomische status. Het streven is dat de Zuid-Limburgse gezondheidstrends in 2020 minder negatief afwijken van de Nederlandse gemiddelden. Om dit te bereiken wordt vanuit verschillende wettelijke taakstellingen inzet geleverd, o.a. op het gebied van infectieziektebestrijding, medische milieukunde, jeugdgezondheidszorg, ouderen-gezondheidszorg en gezondheidsbevordering. Landelijk zijn vijf preventiespeerpunten benoemd op het vlak van gezondheidsbevordering, namelijk depressiepreventie, voorkomen van overmatig alcoholgebruik, roken, bevorderen van de seksuele gezondheid en preventie van overgewicht. De Zuid-Limburgse gemeenten nemen alle landelijke preventiespeerpunten over in hun regionale gezondheidsbeleid, met een duidelijke focus op depressiepreventie en het bevorderen van de seksuele gezondheid. De Zuid-Limburgse gemeenten hebben samen met de GGD Zuid Limburg per speerpunt bepaald wat gemeenten willen bereiken en wat gemeenten concreet gaan doen.

In deze nota zijn op hoofdlijnen de ambities en doelstellingen van de Zuid-Limburgse gemeenten voor de beleidsperiode 2012-2015 weergegeven. Nadere concretisering vindt plaats in de lokale uitvoeringsprogramma's die per gemeente voor eind 2011 worden uitgewerkt. Hierin geeft elke gemeente aan welke specifieke prioriteiten zij stelt op basis van de eigen lokale gezondheidssituatie. Daarnaast wordt zo concreet mogelijk aangegeven welke instrumenten worden ingezet om de gezondheid te bevorderen.

## 1. Inleiding

Gezondheid is het dierbaarste bezit van mensen. Een goede gezondheid is belangrijk voor de kwaliteit van leven. Dat blijkt ook elk jaar uit de goede voornemens die worden gemaakt; bijna de helft van de Nederlanders neemt zich voor gezonder te leven in het nieuwe jaar. Welk lijstje met goede voornemens je er ook bij pakt, grote kans dat afvallen en stoppen met roken erbij staan.

De Zuid-Limburgse gemeenten sluiten zich via deze regionale nota gezondheidsbeleid aan bij dit grote individuele belang. Zo gezond mogelijk leven is hierbij het uitgangspunt.

Via de Wet publieke gezondheid (Wpg) zijn gemeenten verplicht om vierjaarlijks gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Op basis van landelijk beschikbare gezondheidsgegevens brengt het RIVM elke vier jaar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit. Aan de hand van het landelijke beeld van de staat van de publieke gezondheid stelt de minister van VWS een landelijke nota gezondheidsbeleid vast, met daarin onder meer de landelijke prioriteiten op het gebied van de publieke gezondheid (zie *bijlage 1*).

### *Terugblik*

In de beleidsperiode 2007-2011 hebben de Zuid-Limburgse gemeenten voor het eerst samengewerkt op het gebied van de publieke gezondheid. Aan de hand van een regionale prioriteitennota werden gezamenlijke doelstellingen geformuleerd voor vijf, door de rijksoverheid vastgestelde, beleidsspeerpunten. Daarnaast werd een gezamenlijke ambitie neergelegd om een impuls te geven aan een integrale aanpak van overgewicht en de implementatie van de methodiek van beleidsgestuurde contractfinanciering. Tevens is in deze beleidsperiode de beschikbaarheid van actuele gezondheidsinformatie voor de doelgroepen jeugd en volwassenen gekoppeld aan het moment van beleidsvorming en is de doelgroep ouderen aan de structurele gezondheidsmonitor toegevoegd. Hiermee is de beleidscyclus is geoptimaliseerd. Naast deze vormen van regionale samenwerking werd veel waarde gehecht aan het gezondheidsbeleid per gemeente.

De kijk op publieke gezondheid is de afgelopen jaren veranderd. Het besef neemt toe dat gezondheidsproblemen vaak universeel zijn, niet gerelateerd aan gemeentegrenzen en meer vraagt dan alleen het motiveren van individuen om hun gedrag te veranderen. Het besef groeit dat gezondheidsbeleid een integraal onderdeel moet zijn van het totale gemeentelijke beleid. Daarnaast is er een toenemende noodzaak om kritisch naar beschikbare budgetten te kijken en meer nadruk te leggen op een efficiënte bedrijfsvoering. Met samenwerking kan meer bereikt worden en dus "moet Zuid-Limburg de krachten bundelen", zo luidt de visie in onze regio. Het resultaat van deze eerste stap in de regionale samenwerking op het gebied van gezondheid ligt nu voor u: de regionale nota gezondheidsbeleid 'Een gezonde koers voor Zuid-Limburg'.

### *Nieuw beleid*

Deze nota –waarvoor de wettelijke kaders, het landelijke beleid en de conclusies van de regionale VTV als basis dienen– beschrijft op hoofdlijnen de Zuid-Limburgse gemeentelijke ambities en doelstellingen op het gebied van de publieke gezondheid. Vervolgens stelt (gebaseerd op de uitgangspunten) van deze regionale nota iedere Zuid-Limburgse gemeente een lokaal uitvoeringsprogramma samen, waarin de regionale beleidsdoelstellingen op basis van de lokale gezondheidsgegevens worden vertaald naar de lokale situatie (zie *bijlage 3*).

Deze uitvoeringsprogramma's zijn een belangrijke basis om voor de beleidsperiode 2012-2015 (nieuwe) afspraken te maken met de GGD Zuid Limburg en andere regionale en of lokale organisaties over de gewenste dienstverlening. Dit kan betekenen dat bestaande

instrumenten worden ingezet, maar ook dat nieuwe instrumenten ontwikkeld dienen te worden gedurende deze beleidsperiode. Dit om beter aan te kunnen sluiten bij de regionaal en lokaal geformuleerde gezondheidsambities.

Deze regionale nota is in opdracht van de Zuid-Limburgse portefeuillehouders volksgezondheid opgesteld en in samenwerking met de gemeentelijke beleidsmedewerkers volksgezondheid geschreven (zie *bijlage 6 en 9*).

## **2. Kaders voor het gezondheidsbeleid**

De scope van deze gezondheidsnota is gekoppeld aan de Wet publieke gezondheid (Wpg). Op basis van deze wet hebben gemeenten de bestuurlijke verantwoordelijkheid om de totstandkoming van gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen, inclusief het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten, voor de bevolking of specifieke groepen daaruit te regelen. Daarnaast moeten gemeenten de gezondheidsaspecten in eigen bestuurlijke beslissingen bewaken.

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de wettelijke taken vanuit de Wpg uitzien en wordt de relatie met relevante aanpalende wetgeving in kaart gebracht. Daarna wordt in vogelvlucht de Zuid-Limburgse gezondheidssituatie geschetst en worden enkele maatschappelijke ontwikkelingen beschreven; ontwikkelingen die medebepalend zijn voor de invulling van het gezondheidsbeleid. Daarna worden de beleidsuitgangspunten voor Zuid-Limburg beschreven.

### **2.1 Wettelijke taken**

De Wet publieke gezondheid gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en de rijksoverheid op het gebied van publieke gezondheid.

In de wet worden acht taakvelden onderscheiden:

1. infectieziektebestrijding
2. jeugdgezondheidszorg
3. medische milieukunde
4. technische hygiënezorg
5. psychosociale hulp bij ongevallen en rampen
6. epidemiologie
7. gezondheidsbevordering
8. ouderengezondheidszorg

Grofweg kunnen de wettelijke taken verdeeld worden in twee hoofdgroepen: de medisch georiënteerde taken met een grote centrale sturing en de maatschappelijk georiënteerde taken met een grote lokale sturing.

De medisch georiënteerde zorg (zoals infectieziektebestrijding) kent een sterke centrale sturing vanuit de rijksoverheid. In aan de wetgeving gekoppelde uitvoeringsbesluiten is nauwgezet vastgelegd hoe deze zorg moet worden ingevuld. Gemeenten hebben een beperkte beleidsvrijheid en zijn vooral uitvoerder van beleid. In de maatschappelijk georiënteerde zorg is de beleidsvrijheid voor gemeenten groter. Hoewel er landelijk kaders worden gesteld aan de invulling van deze taken, kunnen gemeenten hier in veel grotere mate eigen keuzes maken.

Voor de uitvoering van de hierboven beschreven wettelijke taken hebben gemeenten – via een gemeenschappelijke regeling – een GGD, waarvan zij eigenaar zijn. De toetsing op een adequate uitvoering van deze taak is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vormgegeven.

#### *Medisch georiënteerde wettelijke taken*

##### 1. Infectieziektebestrijding

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het bestrijden van infectieziekten. Er wordt in kaart gebracht welke infectieziekten vóórkomen in de regio. Aan de hand van meldingen en signalen wordt een analyse gemaakt van de potentie tot verspreiding, worden bronnen en contacten opgespoord en worden maatregelen genomen om verdere verspreiding van de infectieziekte te voorkómen. Afstemming tussen lokale keten-

partners, zoals huisartsen, ziekenhuizen, zorginstellingen, scholen, kindercentra, asielzoekerscentra en landelijke ketenpartners zoals de Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, de nieuwe Voedsel en Waren Autoriteit (VWA), VROM inspectie, Gezondheidsdienst voor Dieren en GGD Nederland, is hiervoor van belang. Het is de taak van de GGD snel en adequaat te reageren op een uitbraak van een infectieziekte en de gemeenten te adviseren over de gevolgen (voor beleid) voor burgers en verspreiding. Er is een uitgebreide meldingsplicht en er zijn duidelijke voorschriften waaraan voorzieningen moeten voldoen, wat met name belangrijk is bij (lucht)havens. Tevens dragen gemeenten zorg voor algemene preventiemaatregelen en het bestrijden van tbc en soa, inclusief bron- en contactopsporing.

## 2. Jeugdgezondheidszorg

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). In het basistakenpakket JGZ zijn de volgende taken vastgelegd:

- volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen;
- signaleren van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren bij jeugdigen;
- vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen bij jeugdigen;
- screening en vaccinaties (rijksvaccinatieprogramma);
- voorlichting, advies, instructie, begeleiding aan jeugdigen en hun ouders.

Tevens is er een verplichting tot digitalisering van de patiëntendossiers om de overdracht van dossiers binnen de JGZ soepeler te laten verlopen.

Waar vroeger vooral het accent lag op de bedreigingen van de lichamelijke ontwikkelingen van kinderen (o.a. groei en infectieziekten), is tegenwoordig in toenemende mate aandacht voor bedreigingen op het gebied van psychosociale problematiek of gedragsproblemen. De noodzaak voor het zo vroeg mogelijk herkennen van deze nieuwe bedreigingen is breed erkend, evenals de belangrijke taak die JGZ hierin vervult.

In de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en in de Wet op de jeugdzorg worden nadere kaders geschetst die van invloed zijn op de invulling van de taken op het gebied van de JGZ (zie ook *paragraaf 2.2*).

De taken op het gebied van jeugdgezondheidszorg worden momenteel in Zuid-Limburg uitgevoerd door verschillende organisaties. De thuiszorgorganisaties in Zuid-Limburg (Meandergroep Zuid-Limburg, Orbis Jeugdgezondheidszorg en GroenekruisDomicura) verzorgen de JGZ voor de 0- tot 4- jarigen. De JGZ voor de 4- tot 19- jarigen ligt in handen van de GGD Zuid Limburg. Dit document heeft uitsluitend betrekking op de dienstverlening van de GGD en daarmee de zorg voor de 4- tot 19-jarigen

## 3. Medische Milieukunde

De medisch-milieukundige zorg bestudeert de invloed van milieufactoren op de gezondheid. Het landelijk uitvoeringsplan schrijft het volgende takenpakket voor:

- signaleren en onderzoeken van ongewenste situaties die mogelijk schadelijk zijn voor de volksgezondheid;
- advies over het verbeteren van de volksgezondheid en het voorkómen van gezondheidschade bij de ontwikkeling en uitvoering van gemeentelijke beleid;
- adviseren over risico's bij (dreigende) milieu-incidenten en samenwerken met de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR);
- het afhandelen van vragen, klachten en meldingen;
- het verstrekken van voorlichting over de mogelijke schadelijke gevolgen van het milieu en hoe dit voorkómen kan worden.

## 4. Technische hygiënezorg

Het bevorderen van de technische hygiëne zorg om de verspreiding van infectieziekten te voorkómen is ook een vastgelegde taak voor gemeenten. Op plaatsen waar de kans op verspreiding van infectieziekten in collectieve voorzieningen groot is, bijvoorbeeld bij seksinrichtingen en publieksevenementen, voert de GGD inspecties uit in het kader van

de technische hygiënezorg. Met deze controles - waarbij op hygiëne en veiligheid wordt gecontroleerd - tracht de GGD de overdracht van ziektekiemen te voorkomen en de kans op ongevallen te beperken.

#### 5. Psychosociale hulp bij ongevallen en rampen

Psychosociale hulpverlening is een proces dat de GHOR opstart bij een grote ramp of crisis. De uitvoerende organisaties, veelal de GGZ-instellingen en/of maatschappelijk werk, dragen zorg voor het daadwerkelijke aanbod van zorg. In de tweede nazorgfase, het moment dat er afgeschaald wordt, is een taak weggelegd voor de gemeenten. De Zuid-Limburgse gemeenten hebben deze taak opgedragen aan de GGD. De rol van de GGD bestaat eruit dat zij een netwerk nazorg onderhoudt, zodat instellingen, organisaties en individuele burgers die deel uitmaken van dat netwerk, paraat zijn als er een beroep op hen gedaan wordt om nazorg te leveren. Deze hulp is gericht op het bevorderen van het herstel van het psychisch evenwicht van getroffenen (direct en indirect, zoals partners, vrienden, hulpverleners) en de benodigde zorg zo snel mogelijk onder te brengen in het reguliere zorgtraject. Het betreft hier niet alleen crises, maar ook kleinschaligere incidenten.

#### *Maatschappelijk georiënteerde wettelijke taken*

##### 6. Epidemiologie

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking door middel van verzamelen en analyseren van gegevens. Deze inzichten zijn de basis voor het gezondheidsbeleid. Via een regionale VTV, lokale rapportages per gemeente en een website (Regionaal Kompas) worden gemeenten voorzien van actuele gezondheidsinformatie (zie *bijlage 1*).

##### 7. Gezondheidsbevordering

Gemeenten worden geacht bij te dragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor gezondheidsbevordering (inclusief bevolkingsonderzoeken). Landelijk worden elke vier jaar preventiedoelen geformuleerd, waarvan het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg het belangrijk vinden dat deze ook regionaal worden vormgegeven. De gemeenten hebben de taak om deze speerpunten te vertalen in beleid op basis van de eigen gezondheidscijfers.

##### 8. Ouderengezondheidszorg

De ouderengezondheidszorg is voor gemeenten een nieuwe wettelijke verplichting, passend binnen de Nederlandse en Zuid-Limburgse demografische ontwikkelingen (lees: vergrijzing). Sinds 2008 is wettelijk verankerd dat gemeenten specifiek beleid moeten maken voor deze doelgroep. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor:

- het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- het ramen van de behoeften aan zorg;
- de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

#### **2.2 Relatie met andere gemeentelijke wettelijke taken**

Voor de uitwerking van het gezondheidsbeleid is het belangrijk om ook te kijken naar verbanden tussen de Wet publieke gezondheid en andere wettelijke taken voor de gemeenten.

##### *Jeugd(gezondheids)zorg*

Op het vlak van de jeugdgezondheidszorg zijn gemeenten vanuit de Wpg verantwoordelijk voor de integrale jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar). Vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn zij indirect vanuit prestatieveld 2 (jeugd en opvoedings-



ondersteuning) en de direct vanuit Wet op de jeugdzorg verantwoordelijk voor het instellen van een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). De Wet op de jeugdzorg stelt dat de JGZ verankerd is in de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Sinds 2010 is ook de Wet verwijsindex risicojongeren van kracht en zijn er plannen om gemeenten in 2014 bestuurlijk verantwoordelijk te maken voor de jeugdzorg. De gemeentelijke beleidsregie voor de jeugdgezondheidszorg neemt hierdoor sterk toe. Het is een gemeentelijke taak om deze zorgtaken de komende jaren met elkaar te verbinden en inhoudelijk op elkaar af te stemmen.

#### *Maatschappelijke ondersteuning*

Er bestaat een duidelijke relatie, een inhoudelijke aansluiting en soms overlap tussen de zorgtaken uit de Wet publieke gezondheid met de prestatievelden in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het uitgangspunt is hier immers dat preventiebeleid kan voorkómen of uitstellen dat mensen ziek worden, hetgeen kostenreducerend kan werken op het vlak van de Wmo én maatschappelijke participatie kan bevorderen. De gemeentelijke opdracht vanuit de Wmo is het compenseren van volwaardige sociale en maatschappelijke participatie als de burger hierin niet zelf of alleen met hulp van zijn sociaal netwerk kan voorzien.

De raakvlakken tussen de Wmo en de Wpg doen zich vrijwel op alle prestatievelden en taakvelden voor. De preventieve gezondheidszorg middels voorlichting en advisering vindt raakvlakken met prestatieveld 3 van de Wmo (informatie, advies en ondersteuning) en prestatieveld 4 (mantelzorgers en vrijwilligers). Tevens is hier een groot raakvlak met jeugdgezondheidszorg (Wpg) en prestatieveld 2 (jeugd en opvoedondersteuning), maar ook met specifieke problematiek rondom verslavingszorg: prestatieveld 8 (bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)) en prestatieveld 9 (bevorderen van verslavingsbeleid). Het bevorderen van een gezonde leefomgeving vanuit de publieke gezondheidszorg heeft raakvlakken met prestatieveld 1 van de Wmo (leefbaarheid in dorpen, kernen en wijken). De relaties tussen preventieve ouderengezondheidszorg en de opdrachten wonen-welzijn-zorg van met name de prestatievelden 5 en 6 van de Wmo (het beschikbaar stellen van algemene en individuele voorzieningen) zijn evident. Ondersteuning op het vlak van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) wordt zowel vanuit gezondheids- als maatschappelijk perspectief, zoals sociale veiligheid, geboden. Dit geldt ook voor huiselijk geweld en vrouwenopvang (prestatieveld 7: maatschappelijke opvang).

Door de vele raakvlakken tussen de Wpg en de Wmo proberen steeds meer gemeenten in hun beleidsnota een verbinding te leggen tussen het gezondheidsbeleid en het Wmo-beleid. De verwachting is dat gemeenten voor de komende beleidsperiode nadrukkelijker koppelingen maken tussen de Wmo en de Wpg in hun uitvoeringsprogramma's.

#### *Armoedebestrijding*

De relatie tussen een lage sociaaleconomische status (onder andere een laag inkomen en laag opleidingsniveau) en een laag gezondheidsniveau is veelvuldig aangetoond. Kenmerkend is de significant lagere levensverwachting en hogere sterftekans van mensen met een lage sociaaleconomische status (ses), terwijl de gezondheidsbeperkingen zich bij deze groep daarnaast ook veel eerder voordoen (14 jaar eerder). Vanuit de Wet werk en bijstand (Wwb) werken de gemeenten en het Rijk aan het verbeteren van de sociaaleconomische omstandigheden van deze bevolkingsgroepen. Naast het verstrekken van een bijstandsuitkering ter voorziening in het levensonderhoud, worden mensen begeleid naar een betaalde baan. Via verschillende minimaregelingen worden mensen in staat gesteld om deel te nemen aan verenigingsleven, sport en bewegen, culturele uitingen en evenementen. Een ander belangrijk onderdeel van het gemeentelijk minimabeleid is de schuldhulpverlening. Via schuldbemiddeling, schuldsanering en budgetbegeleiding worden mensen met schulden geholpen. Hier liggen duidelijk kansen om sociaaleconomische, welzijns- en gezondheidsdoelen te combineren.

### **2.3 Financieel kader**

Voor de uitvoering van de wettelijke taken op het vlak van de publieke gezondheid zijn gemeenten – via een gemeenschappelijke regeling – eigenaar van een GGD. Via de begroting van de GGD Zuid Limburg en de begrotingen van de drie Zuid-Limburgse thuiszorgorganisaties (JGZ 0-4 jaar) wordt budget beschikbaar gesteld voor de uitvoering van de wettelijke taken uit de Wpg.

Eind 2009 heeft het bestuur van de GGD Zuid Limburg opdracht gegeven aan de directie van de GGD om plannen uit te werken voor 'Een gezonde GGD in 2015'. Met een gezonde GGD wordt een toekomstbestendige organisatie beoogt, die zichtbaar bijdraagt aan een betere gezondheid van de inwoners van Zuid-Limburg. Concreet betekent dit enerzijds nadrukkelijker aansluiten bij de veranderende samenleving en de huidige gezondheidsproblemen én anderzijds een financiële bezuiniging waarvan het percentage nog bepaald moet worden en waarvoor scenario's oplopend tot 20% van de gemeentelijke bijdrage worden opgesteld. De GGD heeft tot 2015 de tijd om deze bestuursopdracht te realiseren waarbij de inhoudelijk gezondheidskoers leidend zal zijn. Medio 2011 neemt het Algemeen Bestuur van de GGD Zuid Limburg een besluit over het bezuinigingsscenario dat wordt toegepast op de GGD. Deze keuze beïnvloedt mogelijk ook de Zuid-Limburgse ambities en doelstellingen op het gebied van de publieke gezondheid.

Na vaststelling van de regionale nota gezondheidsbeleid door de gemeenten, zal de GGD Zuid Limburg in opdracht van haar bestuur een dienstverleningspakket uitwerken voor de beleidsperiode 2012-2015 dat aansluit bij de uitgangspunten van de nota passend binnen de beschikbare financiële middelen. Echter, realisatie van de Zuid-Limburgse ambities en doelstellingen op het gebied van de publieke gezondheid is niet beperkt tot de dienstverlening van de GGD, maar vraagt nadrukkelijk om meer aandacht. De inzet van de GGD Zuid Limburg is niet toereikend om alle ambities invulling te kunnen geven. Essentieel is dat gezondheid meegenomen wordt in het totale gemeentelijke beleid, zonder dat daar direct extra budgetten aan worden verbonden. Dit vraagt om een andere manier van denken over het gezondheidsbeleid en om bondgenoten die mee willen investeren in een gezond Zuid-Limburg.

### **2.4 Gezondheidssituatie in Zuid-Limburg**

Een belangrijk kader voor gezondheidsbeleid is de gezondheidssituatie in Zuid-Limburg. Uit de regionale VTV 2010 'Een gezonde kijk op Zuid-Limburg' blijkt dat deze regio de ongezondste is van Nederland (zie *bijlage 2*).

Met het verleden als referentiepunt gaat het beter met de gezondheid in Zuid-Limburg; we leven steeds langer en we leven steeds langer in goede gezondheid. Er wordt daarnaast minder gerookt, meer bewogen en het aantal te dikke Zuid-Limburgers neemt niet verder toe. Vergeleken met andere delen van Nederland doen we het minder goed. Zuid-Limburg is een regio met veel gezondheidsproblemen. Er is sprake van een toename in chronische aandoeningen, de inwoners hebben veel lichamelijke problemen, psychische klachten en een ongezonde leefstijl. Hierdoor leven zij minder lang in een goede gezondheid en gaan zij eerder dood dan de gemiddelde Nederlander. Het zorggebruik en de zorguitgaven stijgen in de regio en er is een toenemende behoefte aan mantelzorg.

Gezien de achterblijvende gezondheid, de vele inwoners met een lage sociaaleconomische status (ses) en de structurele bevolkingsdaling, is investeren in een gezonde samenleving hard nodig. Een samenleving waarin alle mensen, ongeacht hun ses, volwaardig kunnen deelnemen aan maatschappelijke activiteiten (zoals arbeid en mantelzorg) staat hierin centraal. Dit vraagt om een gericht gezondheidsbeleid waarin nadrukkelijk gekozen wordt voor gezondheidsbevorderende en -beschermende maatregelen voor groepen -zoals kwetsbare jongeren, volwassenen en ouderen en mensen met een lage ses- ter verkleining van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (segv).

## **2.5 Maatschappelijke ontwikkelingen**

Een ander belangrijk kader voor het gezondheidsbeleid wordt gevormd door een aantal maatschappelijke ontwikkelingen.

### *Decentralisatie*

In Nederland is sprake van een steeds verdergaande decentralisatie. De laatste jaren heeft de rijksoverheid steeds meer wettelijke verantwoordelijkheden op het gebied van gezondheid, zorg en welzijn gedecentraliseerd naar de gemeenten. De overheid wil hiermee gemeenten meer armslag en verantwoordelijkheden geven ter vergroting van de bestuurlijke effectiviteit. Gemeenten staan dicht bij de bevolking en kunnen het beleid daardoor beter afstemmen op lokale behoeften en mogelijkheden.

Decentralisatie houdt echter niet op bij het overhevelen van taken van de landelijke overheid naar de gemeenten. Ook in het werkveld van de publieke gezondheid is sprake van een sterke decentralisatie. Zo worden Centra voor Jeugd en Gezin laagdrempelig en dicht bij de burger ingericht en groeit het besef dat de dialoog met de burger in zijn eigen leefomgeving van grote waarde is ter bevordering van de publieke gezondheid.

### *Integratie*

De steeds verdergaande decentralisatie gaat gepaard met integratie van verschillende gemeentelijke beleidsdoelstellingen. Naarmate de gemeenten meer verantwoordelijkheden krijgen, worden ook de mogelijkheden vergroot om vanuit een integrale visie naar doelgroepen of problemen te kijken. De doelstellingen vanuit de verschillende gemeentelijke beleidsvelden liggen veelal in elkaars verlengde en dienen gezamenlijk het maatschappelijke belang.

### *Samenwerking*

In Zuid-Limburg is sprake van een steeds grotere mate van samenwerking tussen gemeenten/lokale overheden. Samenwerking is nodig om de steeds groter wordende wettelijke verantwoordelijkheden slagvaardig en efficiënt tot uitvoer te brengen. Niet alleen op het gebied van gezondheid is in toenemende mate sprake van samenwerking. Ook op andere beleidsterreinen worden beleid en uitvoering op Zuid-Limburgse schaal vormgegeven.

### **3. Visie op publieke gezondheid**

Op 01.12.2008 werd de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) vervangen door de Wet publieke gezondheid (Wpg). Het overgrote deel van de taken uit de Wcpv is in deze nieuwe wet overgenomen. Natuurlijk zijn er veranderingen en aanpassingen gedaan, maar wellicht is de naamswijziging van de wet de grootste verandering. In de naam van de wet gaat de visie achter publieke gezondheid schuil.

#### **3.1 Veranderende visie op publieke gezondheid**

Eén van de meest fundamentele wijzigingen is dat publieke gezondheid niet meer beperkt is tot de overheid. Waar in het verleden er een duidelijke relatie was tussen de landelijke overheid, de gemeenten en de GGD'en is het beleidsveld complexer geworden. Steeds meer partijen spelen een rol. Dit heeft gevolgen voor de rollen van de diverse partijen ten opzichte van elkaar, maar heeft ook geleid tot een bredere definitie van gezondheid. (On)gezondheid wordt niet alleen bepaald door gedrag en gedrag kan niet beïnvloed worden door alleen de tussenkomst van een gezondheidswerker. Gezondheid en gezondheidswinst worden door veel aspecten bepaald: opleiding, inkomsten, leefomgeving, voorzieningen, et cetera.

De aanpak vanuit de oude wetgeving, met de bijbehorende visie en invulling van taken, heeft tot resultaten geleid, maar vraagt op basis van de bovenstaande inzichten om een vernieuwing (zie *bijlage 3*). Het is onmogelijk om de gezondheidsproblemen alleen vanuit gezondheidszorg aan te pakken:

- De oude visie van preventieve gezondheidszorg/ gezondheidsbevordering is te smal en beperkt om een effectieve aanpak te kunnen realiseren;
- Samenwerking tussen organisaties en een ketengerichte aanpak zijn onontbeerlijk;
- Aandacht voor gezondheidswinst voor (groepen met) grote gezondheidsachterstand is intensief en moet zowel op individueel niveau als in de leefomgeving plaatsvinden.
- Beschikbare middelen zijn begrensd en vragen duidelijke strategische keuzes;
- De rol van de burger, inclusief de eigen verantwoordelijkheid van burgers, dient in deze nieuwe brede visie expliciet worden meegenomen.

#### *Gezondheidsbevordering is complex*

Als roken ongezond is, waarom doen we het dan toch? De boodschap is toch duidelijk? En ondanks het advies voor een vaccinatie, laten veel Nederlanders zich toch niet inenten. Hoe kan dat? Gezondheidsrisico's zijn complex en veranderen is taai. Als de gezondheid in deze regio omhoog moet, dan vraagt dat juist aandacht voor de gezondheidswinst bij mensen in kwetsbare posities (jongeren in kwetsbare posities, ouderen in kwetsbare posities, mensen met een lage ses). (On)gezondheid wordt echter niet alleen bepaald door gedrag, maar ook door onder andere opleidingsniveau, inkomsten en leefomgeving.

#### *Bondgenoten nodig*

Het aanpakken van gezondheidsproblemen is niet eenvoudig en zal alleen succesvol zijn door een gezamenlijke aanpak van meerdere partijen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. Om succes te boeken heeft Zuid-Limburg bondgenoten nodig die samen met de GGD willen koersen op gezondheid. Dit vraagt om een nieuwe benadering van de relatie tussen politiek, professionals en burgers. In dat samenspel heeft elke partij een eigen verantwoordelijkheid in het bereiken van het gezamenlijk doel: een gezonder Zuid-Limburg. Het is belangrijk dat burgers, lokale overheden en het zorgveld daarin samen optrekken en de ruimte benutten die zij krijgen om met eigen oplossingen en vernieuwingen te komen.

#### *Beleid, praktijk en onderzoek*

In toenemende mate wordt waarde gehecht aan een nauwe relatie tussen beleid, praktijk en onderzoek. Hierbij is het van belang dat er een wederkerige relatie ontstaat tussen

onderzoek, beleid en praktijk. Essentieel hierbij is enerzijds het inbedden van onderzoek in de uitvoeringspraktijk en anderzijds dat beleidsmakers aangeven wat essentiële en actuele onderzoeksthema's zijn, om zo de resultaten van wetenschappelijk onderzoek ook daadwerkelijk in de samenleving te kunnen toepassen.

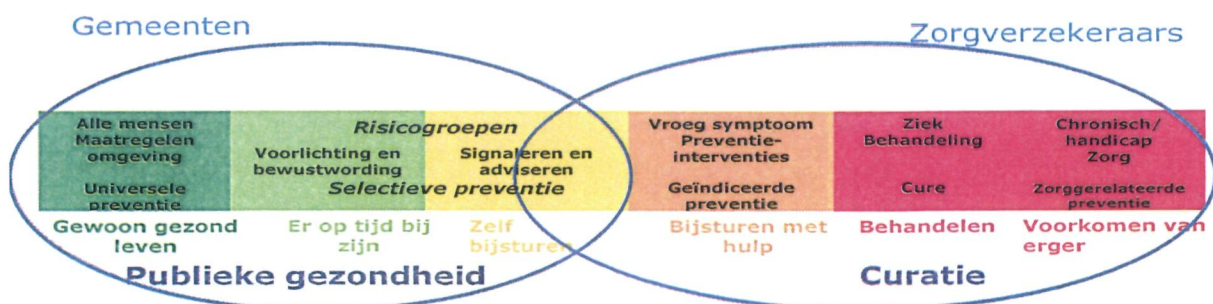
### *Ontgroening en vergrijzing*

Kenmerkend voor Zuid-Limburg zijn de specifieke demografische ontwikkelingen, die afwijken van de landelijke trend. Het aantal inwoners in Zuid-Limburg is afgelopen jaren fors gedaald en zal de komende jaren verder dalen. Tegelijkertijd is er sprake van een ontgroening en een dubbele vergrijzing. Hoewel het aantal inwoners afneemt, daalt het aantal huishoudens veel minder snel. Het aantal eenpersoonshuishoudens, waarbij de categorie ouderen een grote groep vormen, zal toenemen. Daarmee neemt ook het aantal ouderen in een kwetsbare positie toe. Zuid-Limburg is de sterkst vergrijzende regio van Nederland en de voorspelling is dat het aantal jeugdigen in 2015 met 25% is gedaald ten opzichte van 2006.

### **3.2 Toenemende druk op de curatieve zorg**

Mede als gevolg van de sterke vergrijzing in Zuid-Limburg ontstaat er een toenemende druk op de curatieve zorg. Het zorggebruik - en daarmee samenhangend de zorguitgaven - neemt sterk toe. Het gebruik van ziekenhuis-, thuis- en mantelzorg neemt toe in de periode 2010-2020. Zuid-Limburg krijgt meer 75-plussers, terwijl het aantal vitale volwassenen dat mantelzorg kan geven afneemt. Hierdoor zal de vraag naar formele zorg stijgen. Deze toenemende zorgvraag heeft uiteraard ook invloed op de zorguitgaven. Dit feit vergroot het besef dat het voorkómen van ziekten (preventie) een bijdrage kan leveren aan het langer gezonder laten leven van mensen en het bevorderen van een actieve participatie van burgers in de samenleving.

De in de Wet publieke gezondheid opgenomen preventieve zorgtaken richten zich vooral op universele (gehele bevolking) en selectieve preventie (gericht op doelgroepen), maar daarnaast ook op de aansluiting en afstemming met de andere vormen van preventie, namelijk geïndiceerde (mensen met verhoogd risico) en zorggerelateerde (mensen met een ziekte) preventie. Preventie verbindt de sectoren van publieke gezondheid, curatie, zorg tot welzijn, want elke sector heeft een vorm van preventie in zich, van universele tot zorggerelateerde preventie (zie *bijlage 4*). Binnen preventie staan het beschermen en bevorderen van de gezondheid van individuen centraal. Maar dit kan niet los worden gezien van het belang van ondersteunende en sluitende zorgnetwerken én een gezonde leefomgeving rondom een individu. Om gezondheidswinst te kunnen realiseren is het belangrijk dat er een sluitende lijn bestaat tussen preventieve kennis en activiteiten binnen de publieke gezondheid en de curatie (zie *figuur 2.1*). Het nadrukkelijk op elkaar afstemmen van preventie, curatie, zorg en welzijn staat centraal.



Figuur 3.1: Geïntegreerd gezondheidsmanagement (Bron: NIPED, Amsterdam)



Er zal meer geïnvesteerd moeten worden aan de voorkant, de preventieve gezondheidszorg om in de toekomst de curatieve gezondheidskosten binnen de perken te kunnen houden. Hiervoor is samenwerking en afstemming tussen preventieve gezondheidszorg en curatieve zorg essentieel én zullen gemeenten en zorgverzekeraars preventie hoger op de beleidsagenda moeten plaatsen.

### **3.3 De Zuid-Limburgse beleidsuitgangspunten**

Gebaseerd op de wettelijke kaders, de Zuid-Limburgse gezondheidssituatie en de maatschappelijke ontwikkelingen is een aantal beleidsuitgangspunten voor Zuid-Limburg geformuleerd.

#### *Wettelijk kader als uitgangspunt*

Bij het vormgeven van het gezondheidsbeleid is het wettelijk kader leidend. De centrale vraag hierbij is waar zijn gemeenten verantwoordelijk voor en welke taken dienen zij minimaal uit te voeren volgens de Wpg. De kwaliteitseisen zoals deze onder andere door de Inspectie voor de Volksgezondheid worden gesteld, zijn hierbij een belangrijk referentiepunt.

#### *Gemeentelijke regie*

Gemeenten hebben vanuit de Wpg de regierol voor het ontwikkelen van regionaal en lokaal gezondheidsbeleid. Bij de uitvoering van dit gezondheidsbeleid en de realisatie van de doelstellingen, zoals ook in deze regionale nota is aangegeven, heeft de GGD een centrale rol. In opdracht van gemeenten voert de GGD van oudsher een groot deel van het gezondheidsbeleid uit. De verbinding tussen medische kennis en de (sociale) context staat hierbij centraal.

#### *Een goede gezondheid is belangrijk*

Gezien de structurele bevolkingsdaling in Zuid-Limburg is investeren in een gezonde samenleving zonder lichamelijke of psychische beperkingen hard nodig. Een samenleving waarin alle mensen, ongeacht hun sociaaleconomische status, volwaardig kunnen deelnemen aan maatschappelijk activiteiten zoals arbeid en mantelzorg, staat hierin centraal.

#### *Sluiten van bondgenootschappen*

Met samenwerking op Zuid-Limburgse schaal kan meer bereikt worden. Om gezondheidswinst te kunnen realiseren is het noodzakelijk dat alle gemeenten hun krachten bundelen. Belangrijk uitgangspunt hierbij is het actief samenwerken daar waar dat kan. Het is belangrijk dat burgers, lokale overheden, het maatschappelijke middenveld en het zorgveld meer samen optrekken. Het actief betrekken van bondgenoten in de beleidsontwikkeling en -uitvoering, zodat een ieder mee kan denken over mogelijke oplossingen en vernieuwingen, is hierin belangrijk.

#### *Focussen*

Als de gezondheid in de regio Zuid-Limburg omhoog moet, dan vraagt dat aandacht voor de gezondheidswinst bij mensen in kwetsbare posities (jongeren in kwetsbare posities, ouderen in kwetsbare posities, mensen met een lage ses). Dit vraagt om een nieuwe benadering van gezondheid waarbij de focus ligt op ketengericht samenwerken vanuit een integrale aanpak, contextgebonden werken en het actief betrekken van de burgers. Gericht keuzes maken, prioriteren en afbakenen van de inzetmogelijkheden zijn cruciaal. Elkaar de ruimte en het vertrouwen geven om samen te leren werken om een nieuwe aanpak van publieke gezondheid. Focussen vraagt om een nieuwe benadering van de relatie tussen politiek, professionals en burgers. In dat samenspel heeft elke partij een eigen verantwoordelijkheid in het bereiken van het gezamenlijk doel: een duurzaam gezonder Zuid-Limburg.

- Focus op gezondheidswinst: Het reduceren van gezondheidsachterstanden in de regio. Wanneer de gezondheid in Zuid-Limburg omhoog moet, dan vraagt dat extra aandacht voor het behalen van gezondheidswinst bij mensen in kwetsbare posities. Want juist bij deze groepen is gezondheidswinst te behalen
- Focus op groepen in kwetsbare posities: uit de regionale gezondheidscijfers blijkt dat dit vooral groepen jongeren en ouderen in kwetsbare posities zijn en met name groepen mensen met een lage sociaaleconomische status. Feitelijk gaat het om mensen met een laag gezondheidskapitaal.
- Focus op ketengericht samenwerken: samenwerking tussen organisaties en een ketengerichte aanpak zijn onontbeerlijk. Steeds opnieuw dient te worden gezocht naar de meest geëigende partijen om meer maatschappelijke effecten te kunnen bereiken (flexibel ketengericht samenwerken).
- Focus op integrale aanpak: een integrale aanpak is noodzakelijk, omdat de gezondheid van mensen door meerdere, met elkaar samenhangende factoren, wordt bepaald. Vanuit verschillende domeinen (veiligheid, ruimtelijke ordening, zorg, onderwijs, arbeid, welzijn, et cetera) dient een bijdrage te worden geleverd. Het stimuleren van een gezonde leefomgeving voor burgers staat centraal.
- Focus op contextgebonden werken: het gaat niet (louter) om verandering van het gedrag van mensen, maar ook om verandering in structuren en processen óm mensen heen (context van het gezin, het werk, de buurt, de school, et cetera).
- Focus op dialoog met burgers: mensen zijn zelf mede verantwoordelijk voor hun gezondheid en de preventieve inspanning dienen bij voorkeur in dialoog met die mensen te worden ingericht.
- Focus op samen leren: in een proces van gezamenlijk leren is het van belang dat er een wederkerige relatie is tussen beleid, onderzoek en praktijk. Essentieel hierbij is enerzijds het inbedden van onderzoek in de uitvoeringspraktijk en anderzijds dat beleidsmakers aangeven wat essentiële en actuele onderzoeksthema's zijn, om zo de maatschappelijke relevantie van onderzoek te vergroten.

#### *Verbinden*

Het is belangrijk dat vanuit verschillende (al dan niet gezamenlijke) maatschappelijke inspanningen van betrokken partijen direct of indirect een bijdrage wordt geleverd aan het verhogen van de gezondheid van mensen. Dit vraagt om intersectorale samenwerking tussen organisaties binnen en buiten het domein van de zorg en het loslaten van vaste structuren op het gebied van governance. Om dit te kunnen bereiken is het enerzijds belangrijk dat preventie en curatie meer met elkaar worden verbonden, zodat mensen vroegtijdig worden geïnformeerd over en gestimuleerd tot gezond gedrag. Anderzijds is het essentieel dat de directe leefomgeving van mensen ondersteunend en stimulerend is tot het maken van gezonde keuzes. Om dit te kunnen realiseren is meer samenwerking tussen verschillende beleidsterreinen, zoals wonen, welzijn en zorg, noodzakelijk.

#### *Veranderende rol voor de GGD'en andere betrokken partijen*

De maatschappelijke ontwikkelingen en de Zuid-Limburgse uitgangspunten vragen om meer intersectorale samenwerking. Echter deze intersectorale samenwerking komt niet vanzelf tot stand. Dit proces moet worden aangejaagd en begeleid. Cruciaal hierbij is het verbinden van medische kennis aan maatschappelijke vraagstukken; het verbinden van partijen binnen én buiten de zorg afgestemd op het gemeentelijke gezondheidsbeleid. De GGD kan een belangrijke aanjaagfunctie vervullen in de uitwerking van deze brede aanpak van gezondheid. Die aanjaagfunctie dient niet formeel te worden geïnterpreteerd. Het gaat hierbij niet om de regierol van de gemeenten, maar om het stimuleren en intrinsiek motiveren van andere betrokken partijen om zich in te zetten voor de gezondheid van mensen.

## **4. Wat gaan we doen in 2012-2015?**

In dit hoofdstuk wordt per wettelijk taakveld aangegeven wat op hoofdlijnen de ambities en doelstellingen van de Zuid-Limburgse gemeenten zijn voor de beleidsperiode 2012 - 2015.

"Zuid-Limburg is een regio met veel gezondheidsproblemen. We scoren niet goed op bijvoorbeeld leefbaarheid, veiligheid, roken en overgewicht. Misschien denkt u: 'wat maakt het uit dat mensen in Zuid-Limburg vaker roken, of meer overgewicht hebben?' Heel veel! Want deze mensen zijn vaker ziek, hebben een hoger verzuim, doen een groter beroep op de zorg en hebben een lagere maatschappelijke participatie. En daar ondervinden ook de gemeenten in Zuid-Limburg de consequenties van. Denk alleen al aan een grotere vraag naar gemeentelijke voorzieningen, zoals huishoudelijke hulp of vervoersvoorzieningen."

*Wat willen we bereiken?*

- Het bevorderen van de gezondheid van de inwoners van Zuid-Limburg met de nadruk op burgers met een lage sociaaleconomische status.
- De Zuid-Limburgse gezondheidstrends wijken in 2020 minder negatief af van de Nederlandse gemiddelden.

### **4.1 Advisering aan gemeenten**

Voordat gemeenten besluiten nemen die gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheid, dienen zij volgens artikel 16 van de Wet publieke gezondheid advies hierover aan te vragen bij de GGD. De GGD kan ook proactief en ongevraagd advies uitbrengen aan de gemeenten op het vlak van de publieke gezondheid.

In de praktijk blijkt dat bestuurlijke besluiten niet systematisch worden getoetst op de gevolgen voor de publieke gezondheid en vragen gemeenten zelden advies aan de GGD en geeft de GGD zelden ongevraagd advies aan gemeenten.

*Wat willen we bereiken?*

- Gemeenten toetsen hun bestuurlijke besluiten op gevolgen voor de publieke gezondheid.
- De GGD geeft (on)gevraagd advies aan haar gemeenten op het vlak van de publieke gezondheid.

*Wat gaan we doen?*

In nauw overleg met de Zuid-Limburgse gemeenten zullen in 2012 de mogelijkheden verkend worden om een (nieuwe) methodiek te ontwikkelen voor het systematisch toetsen van gemeentelijke besluiten op gevolgen voor de publieke gezondheid. Hierbij zal het proces van gevraagd en ongevraagd adviseren over toekomstig en of bestaand gemeentelijk beleid nadrukkelijk worden meegenomen. Het streven is om deze methodiek als pilot uit te testen in 2012 en in de jaren daarna de brede toepassingsmogelijkheden te verkennen.

### **4.2 Infectieziektebestrijding**

Infectieziekten zijn van alle tijden, maar verspreiding gaat steeds sneller door een nog steeds toenemend internationaal verkeer van mensen en goederen. De kans op epidemieën op mondiale schaal (pandemie) neemt hiermee toe. Deze transnationale uitbraken vragen om een transnationale aanpak. Daarnaast worden we steeds vaker geconfronteerd met een resistente bacteriën, waardoor reguliere behandelingen of vaccinaties niet meer werken en infectieziekten uit het verleden weer vaker voorkomen. De uitbraak van de bof onder Maastrichtse studenten in 2010 is hiervan een voorbeeld. Een derde ontwikkeling zijn de zogenaamde zoönotische infecties (infectieziekten die kunnen worden overgedragen van dieren op mensen); deze spelen steeds vaker een rol bij grote uitbraken zoals de Q-koorts. De epidemieën veroorzaakt door zoönosen vragen



om een betere samenwerking tussen de veterinaire diensten, de voedings- en warenautoriteit en de publieke gezondheidszorg.

Waar op andere gezondheidsthema's rijk en gemeenten samen beleid maken, is op dit punt geen beleidsruimte voor de gemeenten. De uitvoering van dit onderdeel is door de Zuid-Limburgse gemeenten geheel opgedragen aan de GGD Zuid Limburg.

#### *Wat willen we bereiken?*

- Het verbeteren van voorbereidingsmogelijkheden om uitbraken van infectieziekten in Zuid-Limburg te beperken en te voorkómen.
- Het ontwikkelen van aanvullend beleid om proactiever om te gaan met infectieziektebestrijding.

#### *Wat gaan we doen?*

De GGD Zuid Limburg voert de volgende taken uit voor haar gemeenten:

- 24-uurs basisvoorziening infectieziektebestrijding: door deze basisvoorziening kunnen infectieziekten continu gemeld worden en indien nodig ook direct worden opgepakt. Alle meldingen worden geregistreerd en gemeld aan de inspectie. Bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten is een belangrijk onderdeel van deze basisvoorziening, evenals het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding.
- Soa-zorg: bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids. Sinds 2008 heeft Zuid-Limburg een centrum voor seksuele gezondheid (Sense) dat onderdeel is van de GGD Zuid Limburg. Het centrum biedt naast reguliere soa-zorg ook aanvullende seksualiteitshulpverlening voor jongeren tot 25 jaar (zie *paragraaf 4.8.4*).
- Tuberculosebestrijding: het melden van tbc en het doen van bron- en contactonderzoek. Zuid-Limburg maakt deel uit van de regio Zuid-Oost Nederland waarin verschillende regio's werkwijzen worden afgestemd en expertise wordt uitgewisseld.

De afdeling infectieziektebestrijding van de GGD Zuid Limburg is de afgelopen jaren vaak ingeschakeld bij acute infecties zoals de Q-koorts en Mexicaanse griep. Deze uitbraken vragen veel van de inzet van de afdeling infectieziektebestrijding en zijn vaak grensoverschrijdend waardoor intensief samengewerkt wordt met België en Duitsland. Door deze uitbraken zijn veel planmatige werkzaamheden van de afdeling in het gedrang gekomen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het aanvullend analyseren van de Zuid-Limburgse infectieziektet cijfers en het versterken van de euregionale samenwerking. Allemaal zaken die van groot belang zijn om goed voorbereid bij op uitbraken en die kunnen helpen om verspreiding van infectieziekten in Zuid-Limburg te beperken of te voorkómen. Het streven is om niet langer uitsluitend reactief naar acute infecties te kijken, maar om vanaf 2012 in samenwerking met relevante partners, ook proactief nieuw preventief infectieziektebeleid te ontwikkelen voor Zuid-Limburg.

### **4.3 Jeugdgezondheidszorg**

Een veranderende maatschappelijke context met andere problemen bij de jeugd heeft geleid tot veel initiatieven om jongeren in een risicopositie eerder te signaleren, sneller en gericht door te verwijzen, niet meer uit het oog te verliezen en de juiste zorg te bieden. De zorg rondom de jeugd is daardoor anders ingericht. Steeds meer partijen voelen zich verantwoordelijk voor de gezondheid en het welzijn van de jeugd. Een verandering die ook voor de JGZ leidt tot een andere rol. In 2010 hebben de Zuid-Limburgse JGZ-organisaties een visie opgesteld die inspeelt op deze veranderende context (zie ook *bijlage 8*) en een antwoord geeft op de constatering dat de huidige uitvoering van de JGZ onvoldoende aansluit bij de nu voorkomende problematiek en nog te veel is gebaseerd op de successen uit het verleden.

Ondanks het feit dat onder het motto 'de jeugd heeft de toekomst' de afgelopen jaren veel is geïnvesteerd in de doelgroep jeugd, liggen op dit vlak, met name door een steeds

verdergaande decentralisatie van verantwoordelijkheden, grote uitdagingen voor de komende jaren.

#### *Wat willen we bereiken?*

- Implementatie van de visie op de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
- Opstellen van een gemeentelijke visie op integrale jeugd(gezondheids)zorg op de schaal van Zuid-Limburg.

#### *Wat gaan we doen?*

Het uitgangspunt voor de jeugdgezondheidszorg in de beleidsperiode 2012-2015 is het visiedocument 'de jeugd dichtbij' dat de JGZ-uitvoerders in 2010 hebben opgesteld. Een gezamenlijke Zuid-Limburgse implementatie van deze visie op de uitvoering, waarmee de dienstverlening van de vier uitvoerende partijen op integrale wijze wordt ingevuld, staat dan ook centraal. Vroegsignalering, het beter benutten van de signaalfunctie van de omgeving, een gerichte aanpak van risicokinderen, maatwerk per kind / gezin, ketengericht netwerken en praktijk gericht onderzoek zijn de kernelementen van deze nieuwe visie. Een onderzoek naar de verschillen in de huidige werkwijze tussen de uitvoeringsorganisaties, zowel op inhoudelijk als financieel vlak, maakt deel uit van deze transitie. Het werken conform een gezamenlijke visie op uitvoering van JGZ kan gezien worden als tussenstap naar een langetermijnbeeld over de jeugd(gezondheids)zorg in Zuid-Limburg. Uiteraard wordt deze uitvoering gerealiseerd binnen de context van de (verdere ontwikkeling van de) Centra voor Jeugd en Gezin.

Dit lange termijn beeld is het resultaat van een discussie die de Zuid-Limburgse gemeenten met elkaar voeren over de gemeentelijke visie op de integrale jeugdgezondheidszorg voor de doelgroep - 9 maanden tot 23 jaar. Een visie (die in 2012 gereed is) waarin geanticipeerd moet worden op de toekomstige ontwikkelingen binnen het brede terrein van jeugd: een verdergaande decentralisatie van verantwoordelijkheden waarbij gemeente in toenemende mate verantwoordelijk worden voor de inrichting van het totale beleidsveld jeugd.

#### **4.4 Medische milieukunde**

Op het gebied van de medisch milieukunde ligt de focus op de invulling van de wettelijke basistaken, zoals genoemd in de wet:

- Signaleren en onderzoeken van ongewenste situaties die mogelijk schadelijk zijn voor de volksgezondheid. Hiervoor wordt voortdurend informatie verzameld en geanalyseerd.
- Advies over het verbeteren van de volksgezondheid en het voorkómen van gezondheidschade bij de ontwikkeling en uitvoering van gemeentelijke beleid.
- Adviseren over risico's bij (dreigende) milieu-incidenten en samenwerken met de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR).
- Inwoners van Zuid-Limburg, scholen, huisartsen en gemeentelijke diensten kunnen terecht met vragen, klachten en meldingen. Soms volgt er dan aanvullend onderzoek.
- Inwoners van Zuid-Limburg informeren over de mogelijke schadelijke gevolgen van het milieu en hoe mensen dit kunnen voorkómen.

Deze basistaken hebben de Zuid-Limburgse gemeenten opgedragen aan de GGD Zuid Limburg. Voor het overige is er nagenoeg geen beleidsruimte voor gemeenten op dit gebied.

#### *Wat willen we bereiken?*

- De uitvoering van de wettelijke basistaken op het vlak van de medische milieukunde verder uitbreiden en aanscherpen.
- Het (on)gevraagd adviseren van gemeenten op het gebied van de medische milieukunde.
- Stimuleren van een gezond binnenmilieu in scholen, op het werk en in huis.

#### *Wat gaan we doen?*

Ter uitvoering van bovengenoemde basistaken zullen in de periode 2012-2015 bestaande samenwerkingsafspraken met betrokken organisaties zoals de provincie Limburg en de Hogeschool Zuyd verder verankerd. Centraal staat het (on)gevraagd adviseren van de Zuid-Limburgse gemeenten op het gebied van de medische milieukunde. Daarnaast zal het bevorderen van een gezond binnenmilieu verder worden gestimuleerd. De lucht in huis is vaak ernstiger verontreinigd dan de buitenlucht en dat terwijl we in Nederland het grootste deel van onze tijd binnenshuis doorbrengen. Door te zorgen voor een gezond huis of een fris schoollokaal kunnen gezondheidsproblemen zoals luchtwegklachten, vermoeidheid, hoofdpijn en allergieën worden voorkomen. Daarom zal de GGD Zuid Limburg tot 2013 aansluiten bij een landelijk project van het ministerie van VROM om gemeenten en onderwijs in Zuid-Limburg te informeren over het belang van een gezond binnenmilieu en te stimuleren dat dit een structureel onderdeel wordt van een 'gezonde en veilige school'. Hiervoor is het belangrijk om regelmatig de luchtkwaliteit te monitoren, ventilatiebeleid te ontwikkelen en indien nodig bouwkundige aanpassingen uit te voeren. Tevens wordt vanaf 2012 gekeken naar de mogelijkheden om de samenwerking van de GGD met gemeentelijke afdelingen ruimtelijke ordening te versterken, zodat bij aanvang van allerlei bouwplannen het aspect gezond binnenmilieu vanaf de start wordt meegenomen.

#### **4.5 Technische hygiënezorg**

Ook bij de uitvoering van de technische hygiënezorg ligt de focus op de in de Wet publieke gezondheid genoemde basistaken:

- 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 de verspreiding van pathogene micro-organismen,
- Het adviseren van de in het vorige punt bedoelde instellingen over de mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om de risico's op verspreiding van pathogene micro-organismen te verkleinen,
- Het signaleren van ongewenste situaties,
- Het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting.
- De uitvoering hiervan is door de Zuid-Limburgse gemeenten opgedragen aan de GGD.

Vanuit de Wet kinderopvang worden tevens structureel inspecties uitgevoerd bij kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang, gastouderbureaus, peuterspeelzalen en basisscholen.

#### *Wat willen we bereiken?*

- De inspecties in het kader van technische hygiënezorg uitbreiden bij organisaties met een verhoogd risico op verspreiding van infectieziekten.

#### *Wat gaan we doen?*

Om verspreiding van infectieziekten te voorkómen voert de GGD in het kader van de technische hygiënezorg inspecties uit bij organisaties met een verhoogd risico op verspreiding. De GGD Zuid Limburg voert in de beleidsperiode 2012-2015 structureel inspecties uit bij seksinrichtingen en publieksevenementen. Tijdens deze inspecties wordt ook zijdelings advies en voorlichting gegeven over noodzakelijke hygiënemaatregelen en er is aandacht voor veiligheid en milieuhygiënische zorg. Het streven is dat alle Zuid-Limburgse gemeenten de verplichting tot inspectie opnemen in de gemeentelijke verordening. Daarnaast zullen in de komende beleidsperiode andere instellingen in de regio worden geïnventariseerd, waar mogelijk een verhoogd risico is op verspreiding van infectieziekten zoals bijvoorbeeld bij groepsaccommodaties. Vanuit de Wet kinderopvang zal er extra aandacht zijn voor de verbetering van de toetsing van de pedagogische kwaliteit binnen de kinderopvang.

#### **4.6 Psychosociale hulp bij ongevallen en rampen**

Binnen de Veiligheidsregio is de taakverdeling tussen de verschillende partijen goed aangegeven. Naast Brandweer en Politie vervullen GHOR en gemeente hun taken in dat kader. De GHOR levert de benodigde medische curatieve hulp en gemeenten vervullen sinds jaar en dag een aantal faciliterende taken (zoals opvang, verzorging en communicatie). Met invoering van de Wet publieke gezondheid is ook de taak psychosociale hulp bij ongevallen en rampen bij de gemeenten neergelegd. Gezien de korte lijnen met de GHOR en de spilfunctie van de GGD in gezondheidsnetwerken, is deze taak door de Zuid-Limburgse gemeenten opgedragen aan de GGD Zuid Limburg.

##### *Wat willen we bereiken?*

- Het in stand houden en verder optimaliseren van een regionaal psychosociaal hulpverleningsnetwerk voor nazorg bij ongevallen en rampen.

##### *Wat gaan we doen?*

De rol van de GGD op het gebied van psychosociale hulp bij ongevallen en rampen is gericht op het onderhouden van een netwerk nazorg, opdat instellingen, organisaties en individuele burgers die deel uitmaken van dat netwerk, paraat zijn als er een beroep op hen gedaan wordt om nazorg te leveren. Bij grote rampen of een crisis, maar ook bij kleinschaligere incidenten. Hierbij valt te denken aan de inzet bij busongevallen in het buitenland, zedenzaken en gezinsdrama's. De komende beleidsperiode wordt gewerkt aan het verder optimaliseren, uitbreiden en verankeren van het netwerk.

#### **4.7 Epidemiologie**

In Wet publieke gezondheid is de opdracht aan gemeenten geformuleerd om gezondheidsgegevens te verzamelen en te analyseren. Deze taak is opgedragen aan de GGD. De GGD Zuid Limburg voert voor haar gemeenten (epidemiologisch) onderzoek uit en gebruikt monitorsystemen om inzicht te krijgen in de gezondheidssituaties van de inwoners van Zuid-Limburg. In 2010 zijn deze verzamelde gezondheidsgegevens voor het eerst verwerkt in een regionale VTV, lokale rapportages per gemeente en een website (Regionaal Kompas) met actuele gezondheidsinformatie. De GGD verzamelt elke vier jaar nieuwe gezondheidscijfers en werkt deze gegevens uit in een regionale VTV. In 2014 zal de volgende versie verschijnen.

##### *Wat willen we bereiken?*

- De regionale VTV verder uitwerken en verdiepen zodat gemeenten hier meer beleidsinformatie uit kunnen halen.

##### *Wat gaan we doen?*

Voor de komende beleidsperiode wordt aan de GGD Zuid Limburg gevraagd haar regionale VTV in 2014 verder uit te breiden door meer informatie te verzamelen over aanpalende onderwerpen die een relatie hebben met de gezondheidssituatie van de Zuid-Limburgers. Daarnaast wordt van de GGD verwacht de huidige onderwerpen in de regionale VTV diepgaander analyseren en combineren met gegevens uit andere databronnen, zoals bijvoorbeeld gegevens van scholen over verzuim en startkwalificaties. Hiervoor is het belangrijk dat gegevens uit andere databronnen beschikbaar worden gesteld. Ook zal het Regionaal Kompas in 2012 verder worden vormgegeven en vervolgens continu worden geactualiseerd. Naast het opnemen van de monitorgegevens, zoals vermeld in de regionale VTV, zal in dit kompas ook informatie van verdiepende analyses worden opgenomen. Het streven is om de Zuid-Limburgse (gezondheids)gegevens meer te bundelen en beter onderling vergelijkbaar te maken waardoor er een actueel en integraal beeld ontstaat van de Zuid-Limburgse gezondheidssituatie en de factoren die deze gezondheidssituatie verklaren. De regionale VTV gegevens kunnen bovendien gebruikt worden om het gezondheidsbeleid 2012 - 2015 op hoofdlijnen te evalueren.

#### **4.8 Gezondheidsbevordering**

Landelijk zijn er vijf preventiedoelen geformuleerd, waarvan het ministerie van VWS en de inspectie het belangrijk vinden dat deze ook regionaal worden vormgegeven. Deze speerpunten zijn reeds verwoord in de digitale Handreiking Gezonde Gemeente van het RIVM en zullen naar verwachting medio 2011 ook worden uitgewerkt in een nieuwe landelijke nota gezondheidsbeleid van het ministerie van VWS. De nieuwe landelijke nota zal meegenomen worden in de uitwerking van de lokale uitvoeringsprogramma's.

Voor de beleidsperiode 2012-2015 wordt inhoudelijk het accent gelegd op de preventie van depressie, alcohol, roken, overgewicht en seksualiteit. De gemeenten hebben de taak om, op basis van de eigen gezondheidscijfers, deze speerpunten te vertalen naar beleid. De Zuid-Limburgse gemeenten nemen alle landelijke speerpunten over in hun regionale gezondheidsbeleid, waarbij nadrukkelijk aandacht zal zijn voor depressiepreventie en het bevorderen van de seksuele gezondheid, twee relatief nieuwe inhoudelijke thema's voor Zuid-Limburg. De Zuid-Limburgse gemeenten hebben samen met de GGD Zuid Limburg per speerpunt bepaald wat gemeenten willen bereiken in de komende beleidsperiode en wat gemeenten concreet gaan doen. Het bevorderen van de gezondheid van de Zuid-Limburgers vraagt een langetermijnbeleid (meer dan 10 jaar), gericht op veranderingen in de samenleving bij burgers en relevante samenwerkingspartners. Het opbouwen van duurzame netwerken staat hierbij centraal.

##### **4.8.1 Depressie, angststoornissen en eenzaamheid bij ouderen**

In 2004-2007 had 10% van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder psychische klachten. Zuid-Limburg wijkt met 12% significant af van het Nederlandse gemiddelde. Psychische klachten omvatten gevoelens van psychische verstoring; internaliserende problemen zoals gevoelens van angst, depressie, slaapverstoring, eenzaamheid, vergeetachtigheid en stress en externaliserende problemen zoals gedragsproblemen, hechtingsproblematiek, leerproblemen c.q. schoolproblemen en andere sociale problemen. Eenzaamheid verhoogt het risico op het ontwikkelen van een angststoornis of depressie en ook chronisch ziek zijn kan grote invloed hebben op het psychosociaal welbevinden van mensen.

##### *Wat willen we bereiken?*

- Verbetering van de tijdige signalering van depressie, angsten en eenzaamheid bij ouderen.
- Verbetering van de doorverwijzing van ouderen naar preventie programma's.

##### *Wat gaan we doen?*

De doelstelling is om in samenwerking met de GGZ-instellingen en de eerstelijnsgezondheidszorg te komen tot betere opsporing (tegengaan van onder- en overrapportage) en betere doorverwijzing, zowel naar curatieve als preventieve zorg. In de projecten '[G]OUD' (Gezond Oud in Limburg) en 'Zorg uit voorzorg' vindt systematische anamnese van depressie, angsten en eenzaamheid plaats. Vanuit deze anamnese dient een adequate doorverwijzing plaats te vinden naar tweede- en derdelijnsgezondheidszorg, maar ook naar zorg- en welzijnsaanbieders. Vanaf 2012 zal verder gewerkt worden aan optimalisering van deze netwerken. De resultaten van deze projecten worden gebruikt om in de periode 2012-2015 de tijdige opsporing en doorverwijzing van kwetsbare ouderen in de regio te verbeteren. Tevens wordt gewerkt aan het systematisch in kaart brengen van het regionale voorzieningenaanbod voor ouderen. Voorts zal onderzocht worden welke mogelijkheden er zijn om de elders ontwikkelde 'Integrale Aanpak Depressie' (IAD) te implementeren in Zuid-Limburg. Belangrijk in dit kader is het zoeken naar nieuwe mogelijkheden om preventieve voorzieningen voor ouderen te financieren, bijvoorbeeld vanuit de zorgverzekering of het Wmo-beleid van gemeenten.

##### **4.8.2 Overmatig alcoholgebruik bij jongeren**

Middelengebruik op jonge leeftijd kan zeer nadelige gevolgen hebben voor de groei en ontwikkeling van een kind. De schadelijke gevolgen nemen af naarmate de ontwikkeling van de hersenen verder gevorderd is. Belangrijk is daarom het eerste contact met

verslavende middelen, zoals alcohol, zo lang mogelijk uit te stellen. Van de Zuid-Limburgse kinderen die wel eens alcohol drinken, is de gemiddelde leeftijd waarop men voor de eerste keer alcohol drinkt 11 jaar. Deze gemiddelde leeftijd ligt onder het landelijke gemiddelde (11,8 jaar).

*Wat willen we bereiken?*

- Verhoging van de beginleeftijd waarop jongeren beginnen met alcohol drinken.
- Bevordering van een integrale ketenaanpak rondom alcoholpreventie bij jongeren.

*Wat gaan we doen?*

In 2010 is in opdracht van het Zuid-Limburgse Veiligheidsbestuur een regionale stuurgroep ingesteld met vertegenwoordigers van alle ketenpartners. Deze stuurgroep stelt dat alcoholpreventie het meest effectief is wanneer beleid wordt ingezet op meerdere fronten tegelijkertijd en als interventies op het vlak van educatie, beleid en regelgeving, handhaving en vroegsignalering en preventie elkaar versterken. Echter, momenteel heeft Zuid-Limburg geen samenhangend alcoholbeleid. De voorlichting en alcoholbeperkende maatregelen zijn nog onvoldoende op elkaar afgestemd en worden niet gecoördineerd ingezet. Op basis van het principe "nieuw voor oud" wordt in 2012 gewerkt aan het nader concretiseren van een Zuid-Limburs alcoholbeleid. Deze concretisering wordt ter goedkeuring voorgelegd aan het Zuid-Limburgse Veiligheidsbestuur.

#### **4.8.3 Roken bij mensen met een lage ses**

In Nederland geldt sinds 1 januari 2004 het recht op een rookvrije werkplek. Ook openbare ruimten en horeca dienen rookvrij te zijn. Controles worden uitgevoerd door de Voedsel en Warenautoriteit (VWA). Roken is een belangrijke risicofactor voor longkanker, chronische obstructieve longziekten (COPD) en hart- en vaatziekten. Daarnaast heeft roken invloed op de ontwikkeling van de hersenen van jongeren.

Er wordt meer gerookt door lageropgeleiden; hier is nog de nodige gezondheidswinst te behalen, maar verandering van gedrag is niet eenvoudig. Gedrag staat vaak niet op zichzelf, maar is ingebed in de sociale en fysieke omgeving. Gratis ondersteuning bij het stoppen met roken is effectief bevonden bij mensen met een lage sociaaleconomische status (ses). Bij de uitwerking van dit speerpunt wordt voornamelijk binnen de landelijke kaders van tabakspreventie geopereerd en aangehaakt bij landelijke antirookcampagnes en het landelijke niet-roken beleid. In Zuid-Limburg rookt 29% van de volwassen bevolking en 21% van de 15- en 16-jarigen.

*Wat willen we bereiken?*

- Het stimuleren van toeleiding van rokers met een lage ses naar ondersteuning bij het stoppen met roken.
- Voorkomen dat jongeren met een lage ses gaan roken.

*Wat gaan we doen?*

In eerste instantie zal vooral aangesloten worden bij het landelijke niet-roken beleid. Daarnaast zal de toeleiding van volwassenen met een lage ses naar stoppen-met-roken programma's worden gestimuleerd, bijvoorbeeld vanuit leefstijlactiviteiten in de wijk/buurt of via de huisarts. Deze programma's worden sinds 1 januari 2011 vergoed vanuit de basiszorgverzekering. Gekoppeld aan leefstijlactiviteiten in de wijk worden scholen (zowel basis- als voortgezet onderwijs) gestimuleerd aandacht te besteden aan het voorkomen van roken, dan wel het stoppen met roken en een rookvrije omgeving. De focus ligt hierbij op het Vmbo en het speciaal onderwijs.

#### **4.8.4 Seksuele gezondheid bij jongeren**

In Zuid-Limburg neemt, in tegenstelling tot de rest van Nederland, het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) bij jongeren en andere risicogroepen toe. Zuid-Limburgse jongeren zijn in vergelijking met de rest van Nederland op jongere leeftijd

seksueel actief en hebben meer wisselende partners. Ze beschermen zich bovendien minder goed tegen soa (zoals chlamydia, gonorroe, AIDS) en onbedoelde (tiener) zwangerschappen. Onderzoek wijst uit dat juist de jonge starters (13- en 14-jarigen) en jongeren met een lage ses extra risico lopen op een onbedoelde zwangerschap of soa. Bovendien hebben zij vaker seks tegen hun zin en zijn slachtoffer van seksueel geweld, loverboys of misbruik via internet. Van de Zuid-Limburgse jongeren die seksueel actief zijn, vrijt 36% van de 13- en 14-jarigen en 47% van de 15- en 16-jarigen onveilig (geen condoom en/of anticonceptiemiddel).

De GGD Zuid-Limburg organiseert als een van de acht coördinerende GGD-en in Nederland in opdracht van en gefinancierd door het ministerie van VWS een Sense Centrum voor Seksuele Gezondheid in Limburg. Taak van dit Sense Centrum is om enerzijds gratis poliklinische consulten op het gebied van seksuele gezondheid aan te bieden aan jongeren onder de 25 jaar en anderzijds soatesten en -behandelingen voor risicogroepen van alle leeftijden uit te voeren. Preventie op het gebied van soa is een wettelijke taak van de gemeenten.

#### *Wat willen we bereiken?*

- Jongeren beschikken over de noodzakelijke kennis en (communicatieve/interactie) vaardigheden over seksualiteit en worden gestimuleerd tot gezond seksueel gedrag en seksuele weerbaarheid.
- Het aantal jongeren dat risico loopt op een soa en/of onbedoelde zwangerschap wordt gereduceerd.
- Het aantal jongeren dat slachtoffer is van seksueel geweld wordt gereduceerd.

#### *Wat gaan we doen?*

Jongeren zijn al vroeg seksueel actief waardoor het belangrijk is dat ze op jonge leeftijd (bij voorkeur vanaf het basisonderwijs) gedoseerd en passend bij de leeftijd seksuele voorlichting en interactievaardigheden krijgen aangeleerd. Dit is van belang voor alle Zuid-Limburgse jongeren, maar expliciet voor jongeren met een lage ses en jongeren in kwetsbare omstandigheden (bijvoorbeeld voortijdige schoolverlaters, jongeren in instellingen en slachtoffers van seksueel geweld). Het betreft hier een explicieter proactief handelen richting risicogroepen dan in het verleden heeft plaatsgevonden. Daarnaast wordt het accent gelegd op een betere afstemming van het preventie- en hulpverleningsaanbod op het gebied van seksuele gezondheid in de regio Zuid-Limburg. Het huidige aanbod is momenteel versnipperd en sluit onvoldoende aan op de problematiek in de regio.

### **4.8.5 Overgewicht**

Overgewicht is een complex gezondheidsprobleem. Een obesogene omgeving, een verstoorde balans tussen eten en bewegen en genetische factoren (in combinatie met leefstijl) zijn van invloed op het ontstaan van overgewicht. Mensen met een lage ses hebben vaker overgewicht dan mensen met een hoge sociaaleconomische status. Een groot probleem bij de preventie van overgewicht en obesitas bij kinderen is vaak de motivatie van ouders om te signaleren dat hun kind "at risk" is. Risicokinderen zijn kinderen uit gezinnen waarin een ongezonde leefstijl niet wordt gecorrigeerd. Vergeleken met jeugdigen in Nederland hebben Zuid-Limburgse leeftijdsgenoten beduidend vaker overgewicht (17% van de 15- en 16-jarigen). Van de volwassenen in Zuid-Limburg heeft bijna de helft overgewicht.

#### *Wat willen we bereiken?*

- Bevordering van een gezonde leefstijl: meer beweging en gezondere voeding.
- Betere vroegtijdige signalering en bespreking van beginnend overgewicht door professionals.

#### *Wat gaan we doen?*

Het stimuleren van mensen met een lage sociaaleconomische status om zelf een actieve bijdrage te leveren aan het reduceren van hun eigen overgewicht. Essentieel in dit kader

is het tijdig signaleren van overgewichtproblemen en het inzetten van interventies om mensen met een lage ses te stimuleren tot meer beweging en gezonder eten. Daarnaast is het bevorderen van de beschikbaarheid en betaalbaarheid van bewegingsmogelijkheden in de directe omgeving van mensen (zoals op school of in de buurt) belangrijk. Dit kan bijvoorbeeld via een (her)inrichting van een wijk. Tevens is het van belang dat huisartsen en professionals in de jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar) beginnend overgewicht bij kinderen en volwassenen vroegtijdig signaleren en adequaat bespreken met kinderen en hun ouders. Ter ondersteuning van deze vroegtijdige signalering hebben de GGD en de thuisorganisaties in samenwerking met de Universiteit Maastricht in de periode 2007-2011 gewerkt aan de ontwikkeling van een instrument voor vroegsignalering van overgewicht. Vanaf 2012 zal de inzet van dit instrument verder worden vormgegeven. Tevens wordt gekeken naar manieren om overgewicht adequaat te bespreken met mensen met een lage ses, omdat veel professionals dit lastig achten. Ook zal ingestoken worden op het bevorderen van de onderlinge samenhang en afstemming van de beschikbare expertise van professionals, omdat dit vaak ontbreekt. Uit ervaringen elders (bijvoorbeeld in Frankrijk via Epode en landelijk via Jongeren Op Gezond Gewicht) blijkt dat een integrale aanpak van overgewicht bij kinderen het meest effectief is: een gecoördineerde aanpak op de gebieden bewegen, eetgedrag, participeren, weerbaarheid, opvoeding en onderwijs. In de komende beleidsperiode zullen de principes van deze gecoördineerde aanpak ook in Zuid-Limburg worden toegepast.

#### **4.9 Ouderengezondheidszorg**

De ouderengezondheidszorg is een nieuw taakveld binnen de Wet publieke gezondheid. Analoot aan de Jeugdgezondheidszorg is aan gemeenten opgedragen om zorg te dragen voor:

- Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- Het ramen van de behoeften aan zorg;
- De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
- Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

In Zuid-Limburg is sprake van een dubbele vergrijzing. Het aantal eenpersoonshuishoudens, waarbij de categorie ouderen een grote groep vormen, zal toenemen. Daarmee neemt ook het aantal ouderen in een kwetsbare positie toe. Zuid-Limburg is de sterkst vergrijzende regio van Nederland. Door de veranderende bevolkingssamenstelling stijgt het zorggebruik in Zuid-Limburg. Het gebruik van ziekenhuiszorg, thuiszorg en mantelzorg neemt toe in de periode 2010-2020. Zuid-Limburg krijgt meer 75-plussers, waardoor ook de behoefte aan mantelzorg zal toenemen. Gelijktijdig neemt het aantal vitale volwassenen dat mantelzorg kan geven af, waardoor de vraag naar formele zorg stijgt. Deze toenemende zorgvraag heeft uiteraard ook invloed op de zorguitgaven.

*Wat willen we bereiken?*

- Het tijdig signaleren van kwetsbaarheid bij ouderen.
- Het bevorderen van het duurzaam zelfstandig blijven wonen van ouderen.
- Verbinden van ouderengezondheidsbeleid vanuit de Wpg met het Wmo-beleid.

*Wat gaan we doen?*

In 2008 heeft de GGD Zuid Limburg in haar (epidemiologisch) onderzoek en monitorsystemen voor het eerst aanvullend onderzoek gedaan naar de gezondheidssituatie en zorgbehoeften van ouderen (55-plussers). Het beeld is dat ook bij deze doelgroep relatief veel lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen zijn die voorkomen kunnen worden.

In 2013 zal de ouderenmonitor een vervolg krijgen. In 2012-2015 worden, in samenwerking met de Universiteit Maastricht en andere ketenpartners, de mogelijkheden



verkend om een instrument te ontwikkelen om kwetsbaarheid bij ouderen beter in kaart te brengen. Tevens zal gekeken worden naar de mogelijkheden om de ervaringen voortkomend uit de projecten '[G]OUD' en 'Voor elkaar in Parkstad' door te ontwikkelen en te vertalen in nieuwe interventies voor de doelgroep; zowel in de richting van tweede- en derdelijns gezondheidszorg, als richting zorg- en welzijnsnetwerken. Ter bevordering van het duurzaam zelfstandig blijven wonen van ouderen zal ook valpreventie extra aandacht krijgen.

Qua maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen voor ouderen (depressie en angststoornissen, overgewicht) kan gedacht worden aan buurtgerichte leefbaarheidsprojecten, vergroten van de mobiliteit en toegankelijkheid van voorzieningen, veiligheid, participatie, leeftijdsbestendig wonen, et cetera.

Voorop het vlak van de preventieve ouderengezondheidszorg is het belangrijk dat nadrukkelijk verbindingen worden gelegd met het Wmo-beleid van gemeenten. De uitwerking van de lokale uitvoeringsprogramma's in het najaar 2011 biedt kansen om dit verder te concretiseren.

#### **4.10 Voorwaarden voor succes**

Om het Zuid-Limburgse gezondheidsbeleid vorm te kunnen geven is het belangrijk dat alle samenwerkingspartners bereid zijn om actief mee te werken aan de realisatie van dit gezondheidsbeleid. Alleen met vereende krachten is het mogelijk om daadwerkelijk een bijdrage te leveren aan het bevorderen van de gezondheid van de Zuid-Limburg. Inzet vanuit alleen de GGD Zuid Limburg is niet voldoende. Om daadwerkelijk nieuw integraal gezondheidsbeleid te kunnen ontwikkelen zijn regionale bondgenoten belangrijk. Intersectorale samenwerking, zowel intern binnen een gemeenten als met externe organisaties, valt of staat met de bereidheid tot samenwerking en de bereidheid om te zoeken naar realistische oplossingen.

##### *Wat willen we bereiken?*

- Het bevorderen van de gezondheid van de inwoners van Zuid-Limburg en met name inwoners met een lage sociaaleconomische status in stadswijken of dorpskernen.

##### *Wat gaan we doen?*

Zuid-Limburg heeft duidelijke concentraties van woonwijken of dorpskernen met veel inwoners met een lage ses. Voor het bevorderen van de gezondheid van de inwoners van lage ses is het belangrijk dat in nauwe samenwerking met de inwoners, het welzijnswerk, de eerstelijnsgezondheidszorg, woningcorporaties en gemeentelijke afdelingen gezocht wordt naar mogelijkheden om de leefomgeving te verbeteren (veiligheid, groen, speelvoorzieningen) en mensen te stimuleren zelf een actieve bijdrage te leveren aan het bevorderen van de eigen gezondheid (meer bewegen, niet roken). Dit vereist een meerjaren gezondheidsbeleid van gemeenten en intersectorale samenwerking met betrekking tot de (her)inrichting van een wijk of dorpskern, het signaleren van gezondheidsproblemen en de inzet van welzijnsactiviteiten om mensen te betrekken en te motiveren. Belangrijk hierbij is:

- Het verkrijgen van inzicht in de leefstijl, leefomgeving, voorzieningenniveau, problematiek en prioriteiten in een wijk of dorpskern;
- Het gebruik maken van beschikbare, geanonimiseerde databestanden;
- Aandacht voor een of meerdere gezondheidsthema's bij sleutelfiguren, bewoners en organisaties in de wijk of dorpskern;
- Draagvlak voor een passende aanpak met betrokken partijen in de wijk of dorpskern;
- Ruimte voor innovatie;
- Ruimte voor evaluatie door continue registratie van "simpele" indicatoren en deze terug te geven aan betrokken organisaties zodat inzicht ontstaat in de mate van vooruitgang/verbetering;
- Meer duurzame samenwerking tussen betrokken organisaties en bewoners op het gebied van wonen, welzijn, zorg veiligheid en preventie.

Aan de GGD wordt de opdracht gegeven om vanuit haar reguliere gemeentelijke ondersteuningsmogelijkheden meer contextgerichte activiteiten te ontwikkelen en in toenemende mate een regionale of lokale netwerkpartner te zijn en aanwezig te zijn in buurten, dorpen en kernen.

Deze voorwaarden tot succes bepalen mede of de gezondheid van de Zuid-Limburgers in vergelijking met andere delen van Nederland op langere termijn daadwerkelijk kan verbeteren. Het belang van preventie wordt steeds nadrukkelijker benoemd en het bewijs groeit dat preventie werkt. Belangrijk hierbij om te realiseren is dat preventief gezondheidsbeleid vraagt om investeringen van publieke en private partijen, investeringen die op termijn kunnen leiden tot minder kosten op het vlak van curatie en care.

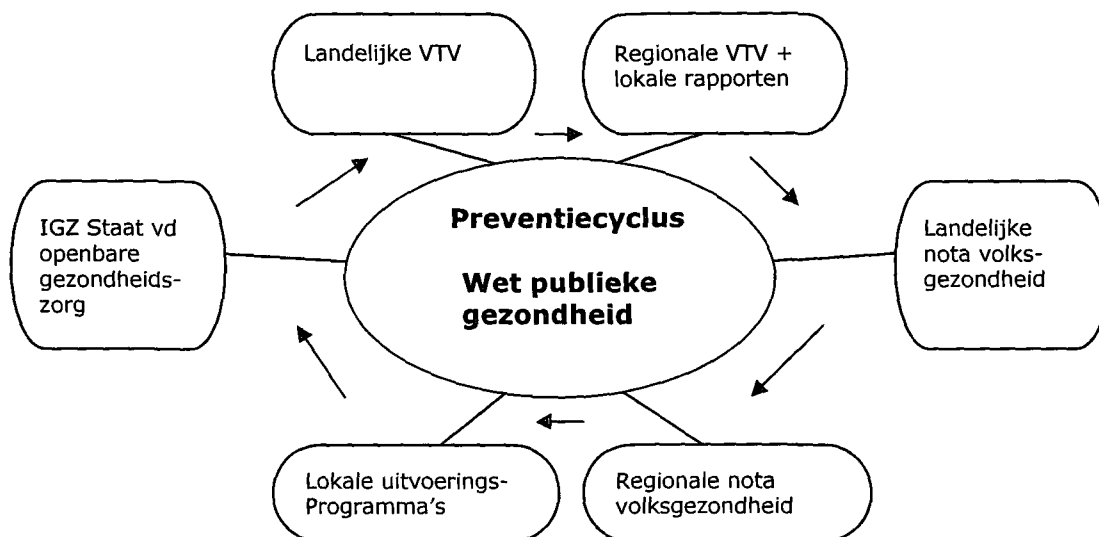
#### **4.11 Lokale concretisering van de ambities**

In dit hoofdstuk is per wettelijk taakveld aangegeven wat op hoofdlijnen de ambities en doelstellingen van de Zuid-Limburgse gemeenten zijn voor de beleidsperiode 2012 - 2015. Nadere concretisering vindt in de lokale uitvoeringsprogramma's die per gemeente voor eind 2011 worden uitgewerkt. Hierin geeft elke gemeente aan welke specifieke prioriteiten zij stelt op basis van de eigen lokale gezondheidssituatie. Daarnaast wordt zo concreet mogelijk aangegeven welke instrumenten er worden ingezet om de gezondheid van inwoners te bevorderen.

Deze uitvoeringsprogramma's zijn een belangrijke basis om voor de beleidsperiode 2012-2015 (nieuwe) afspraken te maken met de GGD Zuid Limburg en andere regionale en of lokale organisaties over de gewenste dienstverlening. Dit kan betekenen dat bestaande instrumenten worden ingezet, maar ook dat nieuwe instrumenten ontwikkeld dienen te worden gedurende deze beleidsperiode. Dit om beter aan te kunnen sluiten bij de regionaal en lokaal geformuleerde gezondheidsambities.

Via tussentijdse rapportages worden gemeenten geïnformeerd over de voortgang van de regionale en lokale implementatie van de Zuid-Limburgse gezondheidsambities en -doelstellingen.

## Bijlage 1: De Zuid-Limburgse preventiecyclus



Op basis van landelijk beschikbare epidemiologische gegevens brengt het RIVM elke vier jaar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit. Deze verkenning geeft een beeld van de staat van de volksgezondheid. In Zuid-Limburg wordt hierop aangehaakt met een regionale VTV 'Een gezonde koers op Zuid-Limburg' en de bijbehorende lokale rapportages.

Aan de hand van het landelijke beeld van de staat van de publieke gezondheid stelt de minister van VWS een landelijke nota gezondheidsbeleid vast, met de landelijke prioriteiten op het gebied van de publieke gezondheid. Deze landelijke prioriteiten bieden gemeenten aanknopingspunten voor regionaal en lokaal beleid, dat wordt verwoord in een regionale gezondheidsnota en de bijbehorende lokale uitvoeringsprogramma per gemeente. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de vormgeving van het gemeentelijke gezondheidsbeleid.

## **Bijlage 2: Hoe (on)gezond is Zuid-Limburg?**

Om de prioriteiten voor regionaal gezondheidsbeleid te kunnen ontwikkelen, is inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de Zuid-Limburgse bevolking. In de regionale VTV 2010 'Een gezonde kijk op Zuid-Limburg' wordt een integraal en gedetailleerd beeld gegeven van de gezondheidstoestand in Zuid-Limburg. Uit deze rapportage blijkt dat Zuid-Limburg op vele fronten een aparte positie inneemt binnen Nederland. Het is een regio die geconfronteerd wordt met bevolkingskrimp en waar sprake is van gezondheidsachterstand. De belangrijkste bevindingen uit de regionale VTV worden in deze bijlage samengevat, voor meer details wordt verwezen naar de regionale VTV.

### **2.1 Veranderingen in bevolkingssamenstelling**

#### *Zuid-Limburg vergrijst, ontgroent en loopt leeg*

In de provincie Limburg neemt momenteel het aantal ouderen toe en het aantal jongeren af. Deze trend zet zich de komende jaren voort. Dit geldt binnen de provincie voornamelijk voor de regio Zuid-Limburg. Over het algemeen is er in de provincie sprake van een bevolkingskrimp in combinatie met een veranderende samenstelling van de bevolking. Met ingang van 1997 is het aantal inwoners in de regio Zuid-Limburg aan het dalen. In de provincie Limburg als geheel gebeurde dit pas in 2002. Met een tot nu toe blijvende daling loopt Zuid-Limburg voorop in Nederland; landelijk zal volgens prognoses pas in 2035 de overgang van groei naar daling plaatsvinden (Provincie Limburg, 2008).

#### *Lage levensverwachting en hoge sterfte*

De levensverwachting in Zuid-Limburg is de laatste jaren fors toegenomen. Ten opzichte van Nederland is de levensverwachting echter nog steeds laag (79 versus 80 jaar). Zuid-Limburg behoort tot de regio's met de laagste levensverwachting. Ook voor wat de sterfte betreft scoort Zuid-Limburg slecht. De sterfte in Zuid-Limburg ligt hoger dan het landelijk gemiddelde (77 versus 72 sterfgevallen per 10.000 inwoners), waarbij de stedelijke gemeenten een hogere sterfte kennen dan de landelijke gemeenten.

### **2.2 Duidelijke gezondheidsverschillen**

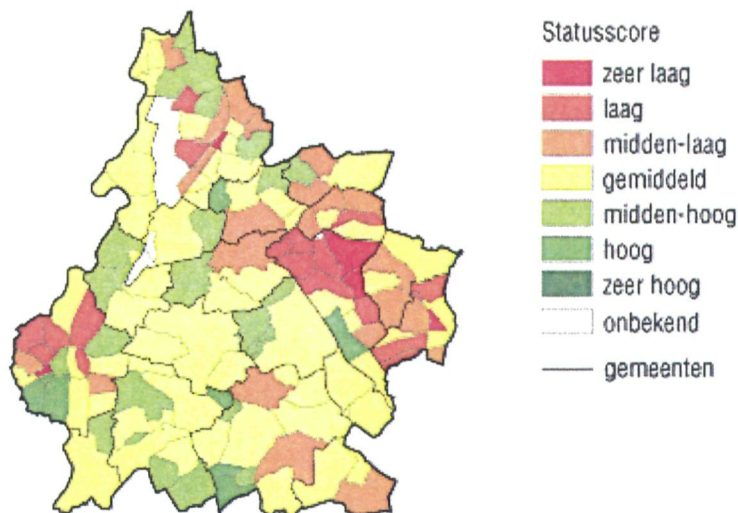
#### *Grote variatie in sociaaleconomische status*

In Zuid-Limburg bestaan duidelijke verschillen in sociaaleconomische status (ses). *Figuur 1.1* geeft de geografische spreiding van de ses in Zuid-Limburg per viercijferig postcodegebied weer. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) berekent de scores aan de hand van vier variabelen: het gemiddelde inkomen, het percentage huishoudens met een laag inkomen, het percentage inwoners zonder betaalde baan en het percentage huishoudens met gemiddeld een lage opleiding. De meeste viercijferige postcodegebieden hebben een gemiddelde score. Een aanzienlijk deel is echter oranje en rood gekeurd, wat aan geeft dat de gemiddelde bevolking in het gebied een middenlage tot zeer lage ses heeft. Dit is zichtbaar in en rondom de gemeenten Heerlen, Sittard-Geleen en Maastricht. De grootste concentratie bevindt zich in en bij de gemeenten Heerlen, Landgraaf, Brunssum en Kerkrade. Middenhoge en hoge ses-scores komen verspreid voor in Zuid-Limburg. Zeer hoge ses-scores komen niet voor. Vooral in de Zuid-Limburgse stedelijke gemeenten concentreert lage ses zich in bepaalde wijken, in landelijke gemeenten is lage ses ook aanwezig maar meer verspreid binnen een gemeente en minder zichtbaar.

#### *Duidelijke sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Zuid-Limburg*

Een aanhoudende bron van grote zorg blijft het verschil in gezondheid en levensverwachting tussen laag opgeleide en hoog opgeleide Zuid-Limburgers. Dit verschil is ondanks het gevoerde landelijke en regionale/lokale gezondheidsbeleid de afgelopen jaren niet kleiner geworden. Er is een groot verschil in levensverwachting en sterfte

tussen hoog- en laagopgeleiden. Laagopgeleide Zuid-Limburgers leven gemiddeld 14 jaar minder zonder beperkingen en leven gemiddeld 6 á 7 jaar korter dan hoog opgeleide Zuid-Limburgers. De lagere levensverwachting van laagopgeleiden komt voor een deel door een hogere blootstelling aan gezondheidsrisico's, zoals minder gunstige woon- en werkomstandigheden, maar is ook het gevolg van ongezondere leefgewoonten.



Figuur 1.1.: Socioeconomische status per viercijferig postcodegebied in Zuid-Limburg in 2006 (Bron: SCP)

#### *Veel ouderen in kwetsbare positie*

Kwetsbaarheid wordt ook wel omschreven als een hoge draaglast in combinatie met een lage draagkracht (De Klerk, 2004). Een hoge draaglast wil zeggen dat ouderen lichamelijke beperkingen of andere gezondheidsproblemen hebben en dat ze zichzelf als niet gezond, niet vitaal ervaren. Een lage draagkracht houdt in dat ouderen weinig hulpbronnen hebben zoals een goed inkomen, om bijvoorbeeld zorg in te huren. Onder de groep ouderen in kwetsbare positie vallen vooral vrouwen, alleenstaand (31,5%) in de leeftijdscategorie 65 plus met een lage opleiding (93%) en een laag inkomen (alleen AOW 51,1%). Zij hebben een matige tot slechte gezondheid met meer dan twee chronische aandoeningen (88,8%) die beperkingen geven in de dagelijkse levensverrichtingen. Er is sprake van een ongezonde manier van leven, doordat ze onvoldoende bewegen en vaker obesitas hebben, en er is een verhoogd risico op eenzaamheid en angst/depressie.

Door de toenemende vergrijzing en de hoge concentratie lage ses in Zuid-Limburg is kwetsbaarheid van ouderen een groot maatschappelijk gezondheidsprobleem voor Zuid-Limburgse gemeenten.

### **2.3 Zware maatschappelijke lasten**

#### *Hoogste individuele Wmo-lasten in Zuid-Limburg*

De begrote lasten van de individuele Wmo-voorzieningen zijn in 2009 het hoogst in de regio Zuid-Limburg. De gemeenten in deze regio hebben gemiddeld 137 euro per inwoner begroot (range is minimaal 62 - maximaal 137 euro). De verschillen tussen de regio's in begrote lasten hangen vooral samen met de leeftijdsopbouw in deze regio's. Vijf van de zes mensen die van de gemeente huishoudelijke hulp ontvangen is 65 jaar of ouder. Ter vergelijking: in Zuid-Limburg is 19% van de inwoners 65 jaar of ouder. In de regio Flevoland is maar 9,3% van de inwoners 65 jaar of ouder.

#### *Stijging van zorggebruik en zorguitgaven*

Door de veranderende bevolkingssamenstelling stijgt het zorggebruik in Zuid-Limburg. Het gebruik van ziekenhuiszorg, thuiszorg en mantelzorg neemt toe in de periode 2010-2020. Zuid-Limburg krijgt meer 75-plussers, waardoor ook de behoefte aan mantelzorg zal toenemen. Gelijktijdig neemt het aantal vitale volwassenen dat mantelzorg kan geven af, waardoor de vraag naar formele zorg stijgt. Deze toenemende zorgvraag heeft uiteraard ook invloed op de zorguitgaven.

#### **Bron:**

- Lamberts PHG, Steenbakkens M, Thijssen NHB, Backus-Mujakovic S, Vreede JJM de, Hajema KJ, Poos MJJC. Een gezonde kijk op Zuid-Limburg. Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Geleen: GGD Zuid Limburg, 2010.

### Bijlage 3: Een lokaal uitvoeringsprogramma

Het lokaal uitvoeringsprogramma is direct gekoppeld aan de voorliggende regionale nota. Dit uitvoeringsprogramma kan een gemeente voor de totale beleidsperiode vaststellen en/of tweejaarlijks of jaarlijks bijstellen, afhankelijk van lokale mogelijkheden en wensen.

De lokale rapportage als onderdeel van de regionale VTV biedt een gemeente inzicht in de specifieke gezondheidsproblemen die afwijken van de regionale gezondheidssituatie. Afhankelijk van het ambitieniveau van de gemeente en de lokale mogelijkheden kan, aanvullend op het regionale beleid, specifiek lokaal beleid geformuleerd worden.

Uitgangspunten bij de uitwerking van een lokaal uitvoeringsprogramma kunnen zijn:

- Een *korte terugblik* op het uitgevoerde lokale gezondheidsbeleid 2007-2011.
- Een samenvatting van de *inzichten in de lokale gezondheidssituatie* in de gemeente op basis van cijfers uit lokale rapportage van de regionale VTV 'Een gezonde kijk op Zuid-Limburg'.
- Een beschrijving van de *lokale gezondheidsprioriteiten* in de gemeente en de koppeling met de regionale prioriteiten zoals in deze nota staan beschreven.
- Per lokale prioriteit aangeven wat de huidige stand van zaken is, wat er beoogd wordt en bij welke doelgroepen. Daarbij is het van belang aan te geven welke *dienstverlening* (welke activiteiten en projecten), in samenwerking met *ketenpartners* en andere beleidsterreinen binnen de gemeente, hierop aan sluit.
- Bepalen vanuit welke middelen de dienstverlening *gefinancierd* wordt. Vaak kunnen doelstellingen ook vanuit bestaande middelen gerealiseerd worden, zonder dat hier extra financiën voor moeten worden vrijgemaakt. Door verbindingen te leggen met en aansluiting te zoeken bij andere beleidsterreinen binnen de gemeente kan efficiënter worden omgegaan met financiën.
- Bij de uitwerking van het lokale uitvoeringsprogramma kan gekozen worden voor een uitvoeringsperiode van vier jaar met mogelijkheid tot tussentijdse bijstelling van het gezondheidsbeleid op basis van tussenrapportages.

Deze uitvoeringsprogramma's zijn een belangrijke basis om voor de beleidsperiode 2012-2015 (nieuwe) afspraken te maken met de GGD Zuid Limburg en andere regionale en of lokale organisaties over de gewenste dienstverlening. Dit kan betekenen dat bestaande instrumenten worden ingezet, maar ook dat nieuwe instrumenten ontwikkeld dienen te worden gedurende deze beleidsperiode. Dit om beter aan te kunnen sluiten bij de regionaal en lokaal geformuleerde gezondheidsambities.

## **Bijlage 4: Samenvatting visienotie 'Naar een duurzaam gezonder Zuid-Limburg'**

Uit de regionale VTV blijkt dat Zuid-Limburg de ongezondste regio is van Nederland. De mensen hebben veel lichamelijke problemen en psychische klachten; daardoor leven zij minder lang in een goede gezondheid en gaan zij gemiddeld eerder dood. Als de gezondheid in deze regio omhoog moet, dan vraagt dat aandacht voor de gezondheidswinst bij mensen in kwetsbare posities (jongeren in kwetsbare posities, ouderen in kwetsbare posities, mensen met een lage ses). De problemen waar zij mee te maken hebben zijn echter complex en de preventieve gezondheidszorg in de huidige vorm (gezondheidsbevordering) is te smal en te beperkt om daar een effectieve aanpak te kunnen realiseren. Bovendien zijn de beschikbare middelen begrensd en dat vraagt de komende jaren om duidelijke strategische keuzes en een "slimme aanpak" in het verbeteren van de gezondheid in deze regio.

Een nieuwe benadering is noodzakelijk. Deze bestaat uit de volgende kernelementen:

- Mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid en de preventieve inspanningen zullen dan ook in dialoog met die mensen worden ingericht. Op die wijze ontstaat er een wederzijdse afhankelijkheid tussen burgers en hun zorgpartners. Deze samenwerking moet veelal op individueel niveau plaatsvinden.
- Het gaat niet (louter) om verandering van het gedrag van mensen, maar ook om verandering in structuren en processen om mensen heen (context van het gezin, het werk, de buurt, de school etc.).
- Inzicht in de gezondheidssituatie van mensen in de regio in een brede context en inzicht in het aanbod van de juiste mogelijkheden voor interventie (gericht op het verhogen van de 'quality of life' voor mensen) zijn essentieel. Dat vraagt van zorgprofessionals gezamenlijk leren, samen met burgers en onderzoekers.
- Samenwerking tussen organisaties en een ketengerichte aanpak zijn onontbeerlijk. Steeds opnieuw moet worden gezocht naar de meest geëigende partijen om méér maatschappelijke effecten te kunnen bereiken (flexibel ketengericht samenwerken).
- Een integrale aanpak is noodzakelijk omdat de gezondheid van mensen nu eenmaal door meerdere, met elkaar samenhangende, factoren wordt bepaald. Vanuit verschillende domeinen (veiligheid, ruimtelijke ordening, zorg, onderwijs, welzijn etc.) zal een bijdrage worden geleverd in de aanpak.

Vanuit haar eigen kracht is de GGD binnen de publieke gezondheid de belangrijkste partner<sup>1</sup>. De verbinding tussen medische kennis en de (sociale) context is hier reeds 'core business'. Ook is de GGD gewend samen te werken met partijen binnen en buiten de zorg. En tenslotte bestaat er een hechte relatie tussen de GGD en de lokale overheid. De GGD heeft hierdoor een belangrijke aanjaagfunctie in de brede aanpak van gezondheid. Vanuit die rol zal de bijdrage die de GGD kan leveren in dit netwerk van verschillende partners de komende jaren toenemen. Daarnaast ontwikkelt de GGD zich de komende jaren tot een gezaghebbend onderzoeks- en adviesorgaan voor alle partners op het gebied van publieke gezondheid. Er zal meer aandacht zijn voor het in kaart brengen van de problematiek in de regio (verbinden van individuele en collectieve data), het verbinden van partijen en het faciliteren van ontwikkeltrajecten c.q. vernieuwingen in de aanpak.

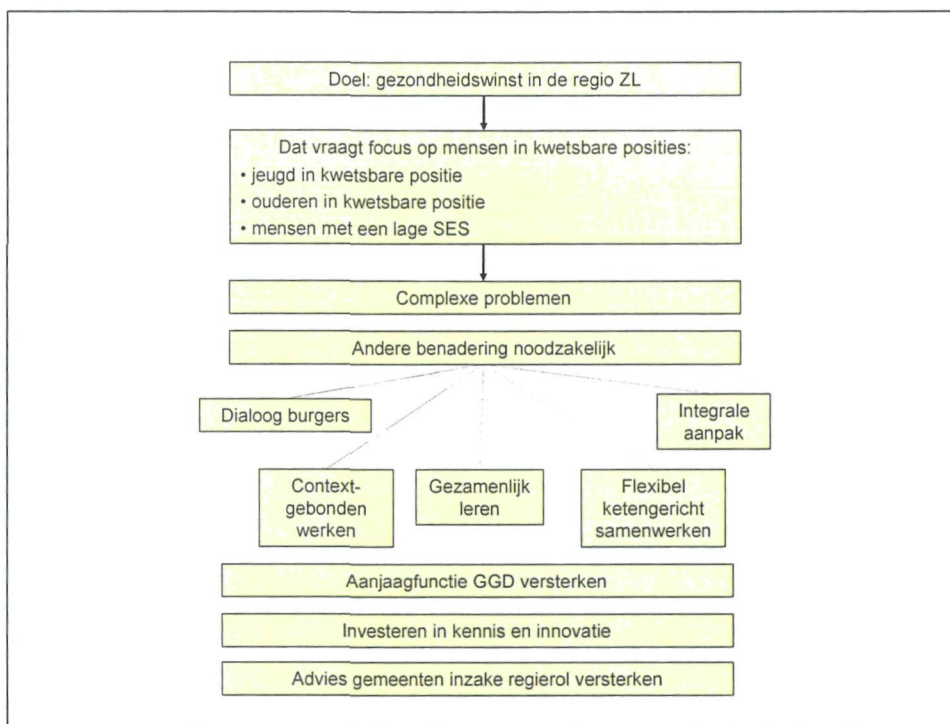
Een goede afstemming met de wensen en behoeften van burgers is daarbij een speerpunt. Vroegtijdige advisering en/of ondersteuning wordt immers pas mogelijk als deze aansluit op hun behoefte. Om deze aanpak te doen slagen zal de GGD gemeenten gericht ondersteunen bij het invullen van hun regierol. Dit is noodzakelijk om die brede aanpak te doen slagen. Praktijkvoorbeelden uit de regio die in deze notitie staan benoemd, geven aan dat deze rol geaccepteerd wordt en goed past binnen de nieuwe

---

<sup>1</sup> Zie ook 'Visiedocument PG', GGD Nederland, conceptversie 30 augustus 2010.

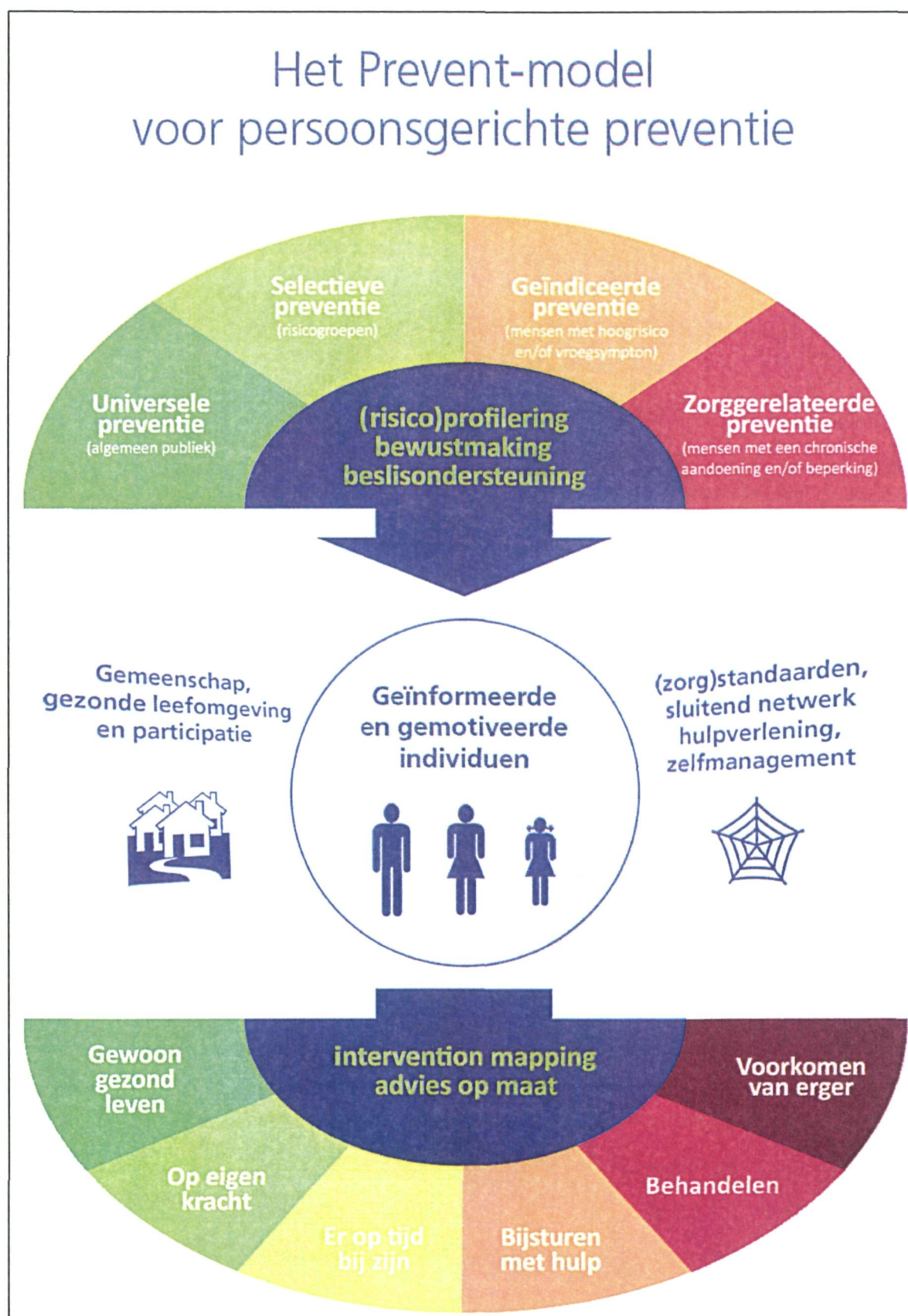


benadering van gezondheid. De GGD wil die rol verder ontwikkelen en de vertaling maken naar effecten voor de eigen organisatie; structuur, cultuur, kennis, competenties van mensen.



## Bijlage 5: Vele vormen van preventie: het Prevent-model

In het Prevent-model worden verschillende vormen van preventie met elkaar verbonden.



In het model wordt de volgende vierdeling van preventie gehanteerd:

- *Universele preventie* is gericht op de gehele bevolking of een deel ervan dat niet wordt gekenmerkt door het bestaan van een verhoogd risico op ziekte. Er is niet geselecteerd op individuele risicofactoren. Het doel van deze preventie is de kans op het ontstaan van ziekten of risicofactoren te verminderen.
- *Selectieve preventie* is (ongevraagd) gericht op groepen in de bevolking met een (hoog) gezondheidsrisico. Doel ervan is om de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke, lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.
- *Geïndiceerde preventie* is gericht op mensen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen vertonen. Doel van de preventie is hier het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie en/of behandeling.
- *Zorggerelateerde preventie* richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Doel ervan is het individu te ondersteunen bij zijn of haar zelfredzaamheid, de ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.

## **Bijlage 6: Proces van totstandkoming regionale nota gezondheidsbeleid 2012-2015**

*29 september 2010*

De Zuid-Limburgse portefeuillehouders van volksgezondheid spreken met elkaar af om te komen tot een regionale nota gezondheidsbeleid en stellen uitgangspunten, procedure en tijdspad vast.

*Oktober/november 2010*

Er wordt een werkgroep samengesteld uit gemeenteambtenaren, met ondersteuning van de GGD, die de nota gaat schrijven.

*25 november 2010*

De nieuwe visies op publieke gezondheid en de jeugdgezondheidszorg worden vastgesteld.

*December 2010*

Het eerste concept van de regionale nota gezondheidsbeleid wordt opgesteld. Er wordt ambtelijk en bestuurlijk reflectie gegeven op de opbouw van het concept.

*Januari 2011*

De regionale raadsconferentie 'Een gezonde koers voor Zuid-Limburg' op 24 januari levert input voor ambities die in de nota worden verwerkt (zie ook *bijlage 7*).

*Februari 2011*

Op basis van de ambtelijke en bestuurlijke reflecties en met input uit de regionale raadsconferentie is een tweede versie van de nota opgesteld.

*Maart 2011*

Er wordt ambtelijk en bestuurlijk reflectie gegeven op het tweede concept van de nota.

*April 2011*

Het besluitvormingstraject rondom het vaststellen van de nota wordt gestart.

*Juni/juli 2011*

De regionale nota gezondheidsbeleid 2012-2015 wordt vastgesteld door de Zuid-Limburgse gemeenteraden.

*Januari 2012*

Op 1 januari 2012 gaat de regionale nota gezondheidsbeleid 2012-2015 'Een gezonde koers voor Zuid-Limburg' in.

## **Bijlage 7: Samenvatting regionale raadsconferentie**

Gemeenten hebben een wettelijke taak op het gebied van gezondheid. Voor die taak bestaat in Zuid-Limburg een grote politieke en bestuurlijke betrokkenheid, dat bewijst de zeer grote opkomst tijdens de eerste regionale raadsconferentie 'Een gezonde koers voor Zuid-Limburg'. In de Rodahal in Kerkrade gingen op maandag 24 januari zo'n 240 deelnemers -waaronder veel raadsleden, commissieleden, fractievoorzitters, beleidsmedewerkers, Wmo-raden, seniorenraden en bestuurders- de discussie met elkaar aan over het dierbaarste bezit van mensen: hun gezondheid!

Tijdens het eerste deel van de conferentie werden de toehoorders meegenomen in boeiende betogen van inhoudsdeskundigen op het vlak van de publieke gezondheid.

### **Van miraculeuze naar gefundeerde keuzes**

Informatie over gezondheid wordt door verschillende organisaties verzameld. Het RIVM heeft de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) ontwikkeld om deze informatie te bundelen en er betekenis aan te geven. Op deze manier kunnen sinds 1993 steeds beter gefundeerde beleidskeuzes gemaakt worden op landelijk niveau. Maar een beeld van de landelijke gezondheid is nog geen beeld van de Zuid-Limburgse gezondheid. En gefundeerde keuzes in het landelijk beleid leiden niet automatisch tot gefundeerde keuzes in de Zuid-Limburgse gemeenten. Niet vreemd dus, dat veel gemeenten worstelen met de invulling van het gezondheidsbeleid. Informatie op regionale en lokale schaal is vaak nog onvoldoende toegankelijk en gefragmenteerd beschikbaar voor beleidsmakers, zo vertelde Hans van Oers hoofd van het centrum VTV van het RIVM. Om in deze behoefte te voorzien en 'miraculeuze keuzes' te vervangen door gefundeerde keuzes, hebben het RIVM en de GGD Zuid Limburg in 2010 een regionale VTV voor Zuid-Limburg gemaakt.

### **Een gezonde kijk op Zuid-Limburg**

Directeur Fons Bovens van de GGD Zuid Limburg gaf de toehoorders vervolgens een gezonde kijk op de regio. Een gezonde kijk vanuit verschillende referentiepunten. Met het verleden als referentiepunt gaat het goed met de gezondheid in Zuid-Limburg. We leven steeds langer en we leven steeds langer in goede gezondheid. We roken minder, bewegen meer en het aantal te dikke Zuid-Limburgers neemt niet verder toe. Vergeleken met andere delen van Nederland doen we het minder goed. Zuid-Limburg is een regio met veel gezondheidsproblemen. We scoren niet goed op bijvoorbeeld leefbaarheid, veiligheid, roken en overgewicht. Misschien denkt u: 'wat maakt het uit dat mensen in Zuid-Limburg vaker roken, of meer overgewicht hebben?' Heel veel! Want deze mensen zijn vaker ziek, hebben een hoger verzuim, doen een groter beroep op de zorg en hebben een lagere maatschappelijke participatie. En daar ondervinden ook de gemeenten in Zuid-Limburg de consequenties van. Denk alleen al aan een grotere vraag naar gemeentelijke voorzieningen, zoals huishoudelijke hulp of vervoersvoorzieningen.

### **Vertrouwen is noodzakelijk voor een maatschappelijke verandering**

Als roken ongezond is, waarom doen we het dan toch? De boodschap is toch duidelijk? En ondanks het advies voor een vaccinatie, laten veel Nederlanders zich toch niet inenten. Hoe kan dat? Er is veel wantrouwen tussen wetenschap, politiek, beleid en burgers, zo verklaarde bijzonder hoogleraar Klasien Horstman van de Universiteit Maastricht dit fenomeen. Gezondheidsrisico's zijn complex en veranderen is taai. Het leven anno 2011 is ingewikkeld. Om een maatschappelijke verandering te realiseren is vertrouwen nodig. Vertrouwen dat gerealiseerd kan worden door interactief te werk te gaan, actief de dialoog met de burgers te voeren, zichtbaar en herkenbaar te zijn en de vrije ruimte op te zoeken.

### **Input voor de gezondheidsnota**

Tijdens de raadsconferentie werd meteen de daad bij het woord gevoegd. In tien verschillende workshops gingen de deelnemers onder leiding van een Zuid-Limburgse bestuurder in dialoog over belangrijke gezondheidsonderwerpen. Kennis en ervaringen werden uitgewisseld en gezamenlijk een antwoord gezocht op de vraag: wat is voor uw onderwerp belangrijk om mee te nemen in het gezondheidsbeleid? De workshops leverden zeer bruikbare resultaten op die verwoord werden in 12 gezonde boodschappen. Deze krijgen een plek in de regionale gezondheidsnota.

De 12 boodschappen:

- Inzetten op gedragsverandering voor een gezond binnenklimaat.
- Alcoholgebruik bij 16-minners: strenge handhaving is een duidelijke taak voor gemeenten en politie.
- Zorg voor onderlinge solidariteit en zorg voor differentiatie van de doelgroep.
- Neem als buurt de verantwoordelijkheid en organiseer het dichtbij: dat bevordert de eigen verantwoordelijkheid.
- De GGD niet opheffen maar de wijk insturen.
- De GGD moet de moderne pastoor in de wijk zijn.
- In Zuid-Limburg zijn de jongeren onder de 25 jaar (in vergelijking met de rest van Nederland) vroeg seksueel actief, met negatieve gevolgen zoals SOA en tienermoeders.
- Maak duidelijk wat elke euro die we in preventie stoppen daadwerkelijk oplevert.
- Gemeenten hebben een belangrijke preventieve taak in de bemoeizorg.
- Elk kwetsbaar kind heeft recht op een gedegen probleeminventarisatie en een integrale aanpak op maat.
- Burgers moeten bepalen wat binnen het gezondheidsbeleid gebeurt.
- Gezondheid centraal stellen door verbindingen te maken met andere beleidsterreinen/

### **GGD zoekt bondgenoten**

Alle workshopleiders verdedigden vervolgens - binnen 60 seconden - hun stelling met verve, waarna Frank Klaassen (voorzitter directie GGD Zuid Limburg) een reflectie gaf op de uitkomsten van de workshops. Daarin stonden drie elementen centraal

1. In de eerste plaats werd het belang van een gezamenlijke aanpak onderstreept. Gezondheidsproblemen houden zich niet aan gemeentegrenzen. Veel gezondheidsproblemen komen in de hele regio voor. Met samenwerking kan meer bereikt worden en is het bovendien kosteneffectiever.
2. Het aanpakken van gezondheidsproblemen is niet eenvoudig. Om succes te boeken heeft Zuid-Limburg bondgenoten nodig die samen met de GGD willen koersen op gezondheid. Het gaat hier om drie soorten bondgenoten: de burgers, zorgpartners en bondgenoten van buiten de zorg.
3. De uitkomsten van de workshops leiden tot het inzicht dat er voor de GGD een nieuwe rol ligt: de GGD brengt partijen samen en bundelt kennis en ervaringen.

Met het bundelen van de kennis in de regionale VTV heeft de GGD al laten zien dat zij deze nieuwe rol wil en kan waarmaken.

Tijdens de conferentie hebben alle deelnemers een exemplaar van 'Een gezonde kijk op gemeente X' ontvangen (een eigen exemplaar voor iedere Zuid-Limburgse gemeente). Een bijzonder moment was de lancering van de website [www.regionaalkompas.nl](http://www.regionaalkompas.nl), waarop actuele gezondheidsinformatie wordt gepresenteerd.

## **Conclusies**

Nadat hij alle deelnemers had bedankt voor hun komst en actieve inbreng, sloot de bestuursvoorzitter van de GGD, Bas van den Tillaar, de conferentie af met enkele samenvattende conclusies:

### *Zuid-Limburg gaat krachten bundelen*

Gezondheidsproblemen zijn vaak universeel en gemeentegrensoverstijgend. Met samenwerking op Zuid-Limburgse schaal kan meer bereikt worden. Het is dan ook noodzakelijk dat alle gemeenten op dit terrein de krachten bundelen. De eerste stap op weg naar meer regionale samenwerking op gezondheidsgebied hebben we al gezet: er komt één regionale nota gezondheidsbeleid die dit voorjaar wordt gepresenteerd.

### *Samenwerken noodzakelijk*

De gezondheid van de Zuid-Limburgers gaat weliswaar langzaam vooruit, maar zij zijn nog steeds ongezonder dan de rest van Nederland. Het tijd nemen is niet eenvoudig. Het vraagt om een nieuwe invulling van de relatie tussen politiek, professionals en burgers. In dat samenspel heeft elke partij een eigen verantwoordelijkheid in het bereiken van het gezamenlijk doel: een gezonder Zuid-Limburg. Het is belangrijk dat burgers, lokale overheden en het zorgveld daarin samen optrekken en de ruimte benutten die zij krijgen om met eigen oplossingen en vernieuwingen te komen.

### *De juiste keuzes maken*

De gezondheid van de burgers helpen te verbeteren is niet eenvoudig, maar is wel degelijk mogelijk. De juiste keuzes maken en elkaar de ruimte en het vertrouwen geven om een nieuwe aanpak van publieke gezondheid in de praktijk te brengen zijn hierbij belangrijke elementen.

*Tijdens de raadsconferentie zijn de eerste bondgenoten voor een gezonder Zuid-Limburg al gevonden: alle deelnemers aan deze conferentie!*

## **Bijlage 8 Samenvatting "De jeugd dichtbij"**

In november 2010 hebben GGD Zuid Limburg, GroenekruisDomicura, Meandergroep Zuid-Limburg en Orbis JGZ gezamenlijk een notitie opgesteld, namelijk "De jeugd dichtbij". Deze notitie betreft een visie op de uitvoeringspraktijk van de JGZ voor de komende jaren, een visie en toekomstverkenning van een effectievere uitvoering van het jeugdgezondheidszorgbeleid in Zuid-Limburg door de vier genoemde organisaties. Hieronder treft u een samenvatting aan van deze notitie.

### **Algemeen**

De jeugdgezondheidszorg is in ontwikkeling. Er zijn maatschappelijke ontwikkelingen, beleidsmatige ontwikkelingen en demografische ontwikkelingen die ertoe nopen anders te kijken naar de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Er is sprake van een veranderende vraag en het huidige aanbod van de JGZ sluit hierop onvoldoende aan. In de notitie 'De jeugd dichtbij' wordt omschreven op welke wijze de JGZ beter kan aansluiten op die veranderde omgeving. Het betreft een gezamenlijke toekomstvisie van de GGD Zuid Limburg en de drie thuiszorgorganisaties Meandergroep Zuid-Limburg, Orbis Jeugdgezondheidszorg en GroeneKruisDomicura. Ook is beschreven wat die visie globaal betekent voor de betrokken organisaties en de samenwerking met andere partners. Daarbij staat niet het organisatieperspectief centraal, maar de inhoudelijke opgave. In deze samenvatting worden de kernboodschappen uit die notitie weergegeven.

### **Rol van de JGZ**

Doel van de JGZ is de gezondheidswinst van kinderen te verhogen door monitoring van de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van kinderen en het signaleren van verstoringen daarin, gericht op het tijdig aanbrengen van interventies door de JGZ of, veelal, door andere partners. Het zien van de juiste signalen op het gebied van de gezondheid van de jeugd en het maken van de juiste probleeminventarisatie is ingewikkeld. Hierin heeft de JGZ een belangrijke rol. Kracht van de JGZ is dat zij niet afwacht, maar alle kinderen in beeld heeft en vervolgens gericht op zoek gaat naar kinderen waarvan de gezondheid mogelijk wordt bedreigd. Deze rol die JGZ vervult is één van de meest wezenlijke elementen in het bestaansrecht van de JGZ. De doelgroep van de JGZ bestaat immers uit jonge en zeer jonge individuen die, op basis van hun leeftijd of ontwikkelingsfase, een hulpvraag niet zelf kunnen, durven of willen formuleren. Met name in contexten waarbij de verantwoordelijke opvoeders ook niet tot een hulpvraag kunnen of willen komen<sup>2</sup>, heeft JGZ een hoofdrol in het signaleren en vaststellen van de individuele zorgbehoefte van een kind.

### **Inhoudelijke focus voor de komende jaren**

De JGZ werkt aan preventie en richt zich op het voorkomen van bedreigingen en het verminderen van het effect ervan voor de groei en ontwikkeling van kinderen. Bij elke bedreiging wordt geïnventariseerd of er sprake is (of later kan zijn) van lijdensdruk of stagnerende ontwikkeling bij kinderen. Geconstateerd is dat er een focus moet worden aangebracht op die domeinen binnen de huidige maatschappelijke context waar de belangrijkste bedreigingen voor de ontwikkeling van kinderen bestaan (of te verwachten zijn). De komende jaren zal de aandacht daarom met name moeten worden besteed aan<sup>3</sup>:

- psychosociale problematiek
- overgewicht/obesitas
- middelengebruik

<sup>2</sup> Dat kan zijn omdat een 'klinisch oog' noodzakelijk is of vanwege het gebrek aan awareness (bijvoorbeeld bij opvoeders die psychosociale problemen hebben of door culturele verschillen) of vanwege de 'need to hide' (bijvoorbeeld in het geval van kindermishandeling).

<sup>3</sup> In de notitie 'De jeugd dichtbij' wordt de achtergrond van deze inhoudelijke focus verder beschreven.



- kindermishandeling
- chronische ziekten.

Vooralsnog is voor deze focus gekozen op basis van de huidige maatschappelijke context<sup>4</sup>. De verwachting is dat deze bedreigingen ook de komende jaren (in ieder geval tot 2015) bestaan. Door onderzoek te blijven doen naar de ontwikkeling van de jeugd in deze regio, kan het zijn dat er op termijn andere bedreigingen meer aandacht zullen vragen. Daarop zal de JGZ dan moeten inspelen.

### **Andere vraag, betekent ander aanbod JGZ**

Voorgaande problemen zijn vaak complex en kunnen ook met elkaar of met andere problemen samenhangen. De oorzaak van deze problemen is vaak diffuus en ook oorzaak-gevolg is niet eenduidig lineair. Dat wil zeggen dat sommige problemen ook weer andere problemen tot gevolg kunnen hebben (die bijvoorbeeld pas later in de ontwikkeling van een kind zichtbaar worden). Daarnaast is de zorgvraag rond deze problemen groter dan voorgaande jaren. Om effectief te kunnen blijven optreden, heeft de JGZ daarom scherp gekeken naar haar eigen dienstverlening. Geconstateerd is dat een fundamenteel andere kijk op de dienstverlening van de JGZ noodzakelijk is. Dat zou kunnen leiden tot een ander aanbod van producten en diensten en mogelijk andere organisatievormen, maar in deze notitie wordt allereerst beschreven hoe die andere kijk eruit ziet. De kernelementen daaruit worden hierna toegelicht.

### **Vroegsignalering**

Het is belangrijk 'vroeg' en dus tijdig mogelijke bedreigingen voor de groei en ontwikkeling van kinderen te signaleren. Dat betekent vroeg in de levensloop van een kind, maar bovenal ook vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf. Daarom worden alle kinderen vanaf hun geboorte gevolgd. De kinderen worden gescreend op bedreigingen voor hun groei en ontwikkeling en hierin longitudinaal gevolgd. Dossiers worden steeds geactualiseerd. Alle nieuwe informatie over een kind moet snel inzichtelijk zijn. Bij nieuwe informatie maakt de JGZ-professional de afweging of er sprake is (nu of op een later moment) van lijdensdruk of stagnerende ontwikkeling. Bij die afweging wordt steeds gekeken naar de aanwezigheid van risicofactoren en/of beschermende factoren. Bij het uitvoeren van deze vroegsignalering zal de JGZ mee bewegen met de ontwikkeling van een kind. In de eerste leeftijdsfasen is de intensiteit van het 'reguliere' contact met de JGZ (monitoring)<sup>5</sup> groot en die neemt (in principe) in de jaren erna steeds verder af. In de leeftijdsfase 0-2 jaar verlopen de groei en ontwikkeling van kinderen immers in een hoog tempo, waardoor er in die periode een extra risico bestaat op het ontstaan van verstoringen daarin. Ook is het vroeg inzichtelijk hebben van signalen in die leeftijdsfase complex omdat er vanuit een heel integrale bril zal moeten worden gekeken (niet alleen gedragsverandering, maar ook fysieke ontwikkeling die bij jonge kinderen vaak 'aan de buitenkant' niet te zien is). In die eerste leeftijdsfase heeft de JGZ dus een grote rol in de vroegsignalering.

### **Signaalfunctie omgeving beter benutten**

Ouders, verzorgers, verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgers, huisartsen, kinderartsen, welzijnswerkers, thuiszorgmedewerkers, medewerkers van de GGZ, medewerkers van peuterspeelzalen en kinderopvang, medewerkers van scholen en sportverenigingen, medewerkers van andere organisaties die veel met kinderen en jongeren werken, zijn belangrijke partners voor de JGZ. Deze 'opvoeders en medewerkers van (pedagogische) basisvoorzieningen' hebben veelal de eerste

<sup>4</sup> Zoals beschreven in wetenschappelijk onderzoek, landelijke beleidsnotities en de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV).

<sup>5</sup> Bij risicokinderen is geen sprake meer van 'regulier contact' ten behoeve van monitoring. Zie hiervoor ook 'gerichte aanpak risicokinderen'.

signaalfunctie (zij hebben immers direct contact met de jeugd). Deze signalen kunnen beter worden benut. De JGZ wil hen beter gaan ondersteunen bij het herkennen van zorgsignalen. De waarde van signalen uit de directe omgeving overstijgen soms de eigen waarneming in het individuele contact tussen de JGZ en het kind. Daarbij is het belangrijk te constateren dat de waarde van deze signalen toeneemt wanneer het (sociale) netwerk rondom het kind ook groter is. In de eerste paar jaar is die directe omgeving van kinderen vrij klein (vaak alleen opvoeders) en is intensief contact met de JGZ dus noodzakelijk. Naarmate het netwerk rondom een kind groter wordt en signalen over risico's door meerdere mensen (meer "meekijkende" professionals) kunnen worden gezien, zal ook het contact met de JGZ anders kunnen worden. Met andere woorden; dan wordt de vroegsignalering (zie voorgaande alinea) verder verbreed naar andere partners van de JGZ. De JGZ zal daarvoor wel (verder) moeten investeren in de samenwerking met deze 'contactfunctionarissen'. Onder andere door aanwezig te zijn in de buurt van ouders (CJG en buurthuizen) en op scholen (zorgadviesteams), maar ook door overdracht van kennis en vaardigheden: voorlichting en empowerment van ouders en van medewerkers van voor- en vroegschoolse voorzieningen, scholen etc.

### **Gerichte aanpak van risicokinderen**

De JGZ blijft elk kind in beeld houden (zie ook vorige alinea's), maar de aandacht zal meer gericht zijn op kinderen met een verhoogd risico om geconfronteerd te worden met bedreigingen, zoals benoemd bij de inhoudelijke focus. Meer dan voorheen zal de JGZ proactief inspelen op (mogelijke) risico's om gezondheidsproblemen vóór te zijn en ook zullen interventies proactief worden ingezet om bedreigingen te voorkomen. De JGZ beschikt over gedegen kennis van mogelijke risicofactoren voor kinderen en weet bij welke beschermende factoren kinderen baat kunnen hebben. Die kennis wordt opgebouwd door praktijkgericht onderzoek naar de risicofactoren (op basis van (wetenschappelijk) onderzoek) en op basis van praktijkervaring uit de eigen regio (zie ook alinea 'praktijkgericht onderzoek van groot belang').

### **Maatwerk per kind en gezin**

Daarnaast draagt de JGZ zorg voor een gedegen probleeminventarisatie bij daadwerkelijke signalen en adviseert (gevraagd en ongevraagd) over mogelijkheden in de aanpak en de 'bewezen' effectiviteit ervan. Daarbij geldt dat goed moet kunnen worden ingespeeld op de behoeften van kinderen en hun directe omgeving (veelal gezin). Steeds opnieuw zal daarbij gezocht worden naar een effectieve mix van interventies door de JGZ én ketenpartners. Het gaat dus om een meer pragmatische en flexibele aanpak, gericht op het verhogen van de gezondheidswinst ('outcome'). Het moet in de toekomst mogelijk zijn om de ondersteuning meer of minder te laten zijn, of op een andere wijze in te vullen. Dat betekent ook meer professionele ruimte creëren in het werk van de arts en verpleegkundige om risicozorg sneller en beter op te kunnen pakken.

### **Ketengericht netwerken**

Gezamenlijk met partners zal steeds worden gezocht naar een effectieve mix van interventies (zie 'maatwerk per kind en gezin'). Deze werkwijze vraagt veel van de samenwerking tussen verschillende ketenpartners binnen én buiten de zorg. De samenwerking in de keten is belangrijk voor de overdracht van informatie over kinderen en voor (toekomstige) zorg waaraan een kind en/of gezin behoefte kan hebben. De ketensamenwerking gaat dus breder dan alleen het uitwisselen van 'dossiers en kennis'. Door breed te kijken vanuit het totale systeem (netwerk) wordt inzichtelijk wie de meest geëigende partij is om de aanpak uit te voeren. De JGZ zal daarbij veel meer een intermediaire rol vervullen tussen de directe omgeving van het kind en verschillende ketenpartners in de zorg (en daarbuiten)<sup>6</sup>. Dat vraagt goed zicht op alle partners, de bijdrage die zij kunnen leveren in de aanpak en een nadrukkelijker profiel van de JGZ als intermediair in ketenprocessen.

<sup>6</sup> De verbinding met de Centra voor Jeugd en Gezin en de (Zorg- en) Veiligheidshuizen is mede daarom van belang.

### **Praktijkgericht onderzoek van groot belang**

Voorgaande kernelementen betreffen voornamelijk het primaire proces van de JGZ. Ter ondersteuning van dit proces zal de JGZ ook investeren in onderzoek naar

1. de problematiek van de jeugd in de eigen regio;
2. effectieve interventies.

Kennis van de problematiek (risico's) is noodzakelijk om de frontlinie van de JGZ te kunnen faciliteren met de juiste vaardigheden, tools en inventarisatiemodellen om de inschatting van de kinderen 'at risk' te kunnen maken en opvoeders c.q. medewerkers van (pedagogische) basisvoorzieningen hierin bij te staan. Ook voor toekomstig beleid is onderzoek naar de problematiek noodzakelijk. De JGZ heeft een belangrijke rol als beleidsadviseur richting gemeenten. De ontwikkeling van de gezondheid van kinderen zal steeds goed gemonitord moeten worden (niet alleen op individueel niveau, maar ook op collectief niveau) om te bezien of de huidige inhoudelijke focus aanscherping behoeft. Daarnaast zal de JGZ de gemeenten bijstaan met haar kennis van effectieve interventies. Ook als intermediair richting ketenpartners zal de JGZ moeten beschikken over gedegen kennis over de effectiviteit van verschillende interventies.

### **Veranderingen nog nader uit te werken**

De hier geschetste toekomstvisie voor de jeugdgezondheidszorg in Zuid-Limburg geeft een ontwikkelperspectief ('stip op de horizon') voor de GGD en de betrokken thuiszorgorganisaties. Hopelijk biedt dit ook een toekomstbeeld voor andere partners waarmee de JGZ samenwerkt. In deze notitie zijn de belangrijkste veranderingen voor de JGZ globaal weergegeven. Sommige veranderingen zijn beperkt en betreffen meer een voortzetting van de reeds ingezette werkwijze. Andere veranderingen zullen van meer fundamentele aard zijn voor de betrokken organisaties. Ook zijn de genoemde veranderingen niet alomvattend en specifiek uitgewerkt. De specifieke implicaties voor de organisaties (meetbare doelstellingen, producten, diensten, organisatiewijze en samenwerking met partners) zullen in een gezamenlijk vervolgproces met medewerkers van betrokken organisaties en van partnerorganisaties worden uitgewerkt. Daarbij zullen de lopende ontwikkelingen, zoals ook geschetst in de notitie, worden betrokken.

## **Bijlage 9: Gezamenlijk resultaat**

Aan de ontwikkeling van deze regionale nota gezondheidsbeleid is een actieve bijdrage geleverd door de volgende gemeentelijke beleidsmedewerkers Volksgezondheid:

Dhr. H. Reiters,  
*Gemeente Maastricht, programmamanager*

Mw. J.A.J. Laven  
*Gemeente Heerlen, beleidsmedewerker Wmo en Gezondheid*

Dhr. M.J.M.G. Renkens,  
*Gemeente Sittard-Geleen, beleidsmedewerker*

Mw. M.A.H. Wassenberg,  
*Gemeente Vaals, beleidsadviseur*

Dhr. R.W.M.A. van Kesteren  
*Gemeente Brunssum, beleidsmedewerker Dienst Beleid & Strategie*

Mw. P.H.M. Evers,  
*Gemeente Meerssen, beleidsmedewerker*

Dhr. J. den Hartog,  
*Gemeente Landgraaf, beleidsmedewerker Welzijn*

Dhr. J.H.J. Janssen,  
*Gemeente Schinnen, beleidsmedewerker Wmo/gezondheidszorg, sector ontwikkeling en beheer*

Dhr. F. Raeven,  
*Gemeente Onderbanken, medewerker Welzijn/Volksgezondheid*

### **Beleidsadvisering vanuit de GGD Zuid Limburg:**

Mw. Drs. M. Steenbakkers  
*GGD Zuid Limburg, stafmedewerker beleid,  
promovenda Academische Werkplaats Publieke Gezondheid*

Mw. Drs. P.H.G. Lamberts  
*GGD Zuid Limburg, bestuurs- en directiesecretaris*

Mw. N.H.B. Thijssen, MSc  
*GGD Zuid Limburg, stafmedewerker beleid*