

SAMEN GEZOND!



Regionale prioriteiten
volksgezondheidsbeleid
Zuid-Limburg
2007–2011

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting		3
Inleiding		4
Hoofdstuk 1	Wijze van aanpak	6
	1.1 Doel nota 'Samen Gezond!'	6
	1.2 Visie op lokaal volksgezondheidsbeleid	6
	1.3 Wettelijke taken: Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	7
Hoofdstuk 2	Volksgezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2003-2007	8
Hoofdstuk 3	Volksgezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2007-2011	9
	3.1 Het belang van preventie	9
	3.2 Gezondheidssituatie in Zuid-Limburg	9
	3.3 Prioriteiten	10
	3.3.1 Roken	10
	3.3.2 Overgewicht	11
	3.3.3 Schadelijk alcoholgebruik	13
	3.3.4 Depressie	14
	3.3.5 Diabetes	14
	3.4 Aanpak prioriteiten	15
	3.5 Ambities en beleidslijnen volksgezondheid 2007-2011	16
Hoofdstuk 4	Jeugdgezondheidszorg	17
	4.1 Ontwikkelingen jeugdgezondheidszorg 2008-2011	18
Hoofdstuk 5	Relatie gemeenten – GGD Zuid Limburg	19
	5.1 De rollen	19
	5.2 De wijze van samenwerken	19
Bijlage 1	Overzicht beleidsdoelstellingen en regionale activiteiten	21

Samenvatting

Door een ongezonde levensstijl zakt de gezondheid van de Nederlander af naar de middenmoot van Europa. Met name is de regio Zuid-Limburg een van de regio's in Nederland met een relatief ongunstige score op gezondheid (zie hoofdstuk 3.2).

Op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn alle gemeenten sinds 2003 verplicht om één keer in de vier jaar een lokale nota volksgezondheidsbeleid op te stellen. Voor het eerst stellen de negentien Zuid-Limburgse gemeenten in 2007 samen de regionale prioriteiten van het lokaal volksgezondheidsbeleid vast. Dit past geheel binnen de afspraken die zijn gemaakt bij de fusie van de drie GGD-en en het GHOR. Bij het tot stand komen van deze nota is de GGD Zuid Limburg betrokken geweest als belangrijkste adviseur van gemeenten ten behoeve van het volksgezondheidsbeleid.

Door de Zuid-Limburgse gemeenten worden de prioriteiten ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid voor de periode 2007–2011 geformuleerd en vastgesteld. Vervolgens dienen deze prioriteiten door iedere gemeente afzonderlijk vertaald en geconcretiseerd te worden naar de lokale situatie en kunnen gemeenten deze prioriteiten aanvullen met lokale prioriteiten. Dit kan door middel van een eigen vierjarenbeleidsplan en/of een jaarlijks uitvoeringsprogramma.

In oktober 2006 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn tweede preventienota “Kiezen voor gezond leven” uitgebracht, met daarin de centrale thema's roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes. Ook in het volksgezondheidsbeleid van de regio Zuid-Limburg zullen deze vijf thema's als prioriteiten worden benoemd.

Alle genoemde prioriteiten kunnen worden opgepakt door middel van voorlichting en activiteiten om zo het gedrag van burgers positief te beïnvloeden. Echter het beste resultaat wordt bereikt met een integrale aanpak van volksgezondheidsbeleid.

Overgewicht is een steeds groter wordend probleem in Nederland en ook in Zuid-Limburg. Daarom wordt voorgesteld om juist deze prioriteit gezamenlijk, met 19 gemeenten, op te pakken, waarbij specifiek aandacht is voor de integrale aanpak met ook andere partners dan de GGD Zuid Limburg en met andere gemeentelijke diensten.

Voor het onderdeel jeugdgezondheidszorg is in het verleden een aparte beleidsnota geschreven. Omdat de jeugdgezondheidszorg onderdeel uit maakt van de WCPV, waarvoor elke vier jaar een lokale volksgezondheidsnota moet worden vastgesteld, zijn de ontwikkelingen van de jeugdgezondheidszorg opgenomen in deze nota en worden deze ontwikkelingen door elke gemeente geconcretiseerd naar de lokale situatie.

De gemeenten bepalen in nauwe samenwerking met de GGD Zuid Limburg het lokale volksgezondheidsbeleid en spreken de GGD Zuid Limburg aan op haar deskundigheid. De GGD Zuid Limburg vervult afhankelijk van de wettelijke taakstelling en lokale behoeften van gemeenten verschillende rollen in de openbare volksgezondheid. Het betreft hier uitvoerende, coördinerende en beleidsadviserende taken.

Gezien de fusie en de nieuwe organisatie is in deze nota de wijze waarop gemeenten en GGD Zuid Limburg gaan samenwerken nader beschreven.

In de bijlage is een overzicht opgenomen van de beleidsdoelstellingen en de regionale activiteiten die hieraan gekoppeld worden. De verdere uitwerking hiervan vindt plaats in beleidsnota's en jaarprogramma's per gemeente.

Inleiding

In vergelijking met andere Europese landen is de Nederlandse gezondheidszorg jarenlang koploper geweest. In de “Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006” van het RIVM¹ komt het beeld naar voren dat het met de gezondheid van de Nederlander wel goed gaat: “de Nederlander leeft langer en leeft langer in goede gezondheid”. Toch is er reden tot zorg. Door een ongezonde levensstijl zakt de gezondheid van de Nederlander af naar de middenmoot van Europa (Kabinetsnota: “Kiezen voor gezond leven” uit 2006). Gevolg: hogere ziektekosten, afname van de arbeidsproductiviteit en maatschappelijke participatie en een afname van een gezonde levensverwachting.

Er zijn aanzienlijke gezondheidsverschillen te constateren tussen de regio's in Nederland en tussen groepen burgers onderling. De regio Zuid-Limburg is een van de regio's met een ongunstige score op gezondheid. Wat vooral duidelijk wordt is dat het huidige gedrag van mensen, het aanwezige overgewicht en de vaak slechte start van de jeugd een grote zorg is voor de toekomstige volksgezondheid. Vooral mensen met een lage sociaal-economische status lopen meer en grotere gezondheidsrisico's dan mensen met een hoge sociaal-economische status. De toenemende tweedeling in de maatschappij versterkt de gevolgen van gezondheidsverschillen nog eens.

Op grond van Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zijn alle gemeenten sinds 2003 verplicht om één keer in de vier jaar een lokale nota volksgezondheidsbeleid op te stellen. Begin 2006 is door alle 19 gemeenten in Zuid-Limburg besloten om gezamenlijk een nota op te stellen over de prioriteiten die gesteld moeten worden in het toekomstig volksgezondheidsbeleid. Deze gezamenlijke nota past geheel in de lijn van de afspraken die gemaakt zijn bij de fusie van de drie GGD-en en het GHOR en die door elke gemeenteraad zijn onderschreven. De geografisch ligging van Zuid-Limburg en dezelfde soort gezondheidsproblematiek vraagt om meer samen op te trekken in het volksgezondheidsbeleid. Door samen op te trekken en meer uniform te werken is het mogelijk efficiencywinst en kwaliteitsverbeteringen te realiseren.

Er is voor gekozen om in de regionale nota aandacht te besteden aan de vijf prioriteiten, zoals die in 2006 door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn benoemd in de preventie-nota ‘Kiezen voor gezond leven’. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de ontwikkelingen op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Ook wordt de samenwerking tussen de 19 gemeenten en de nieuwe GGD Zuid Limburg beschreven. De GGD Zuid Limburg is ontstaan op 1 januari 2006 uit de drie GGD-en (Westelijke Mijnstreek, Zuidelijk Zuid-Limburg en Oostelijk Zuid-Limburg) en het GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen).

Lokaal volksgezondheidsbeleid is echter veel breder dan de in deze nota genoemde vijf prioriteiten en de samenwerking met de GGD Zuid Limburg. Andere onderwerpen zijn onder andere het gebruik van drugs, binnenmilieu, psychische gezondheid, eenzaamheid, etc. Behalve met de GGD Zuid Limburg zal er ook samengewerkt worden met andere partners zoals de eerstelijnsgezondheidszorg en andere gemeentelijke beleidsterreinen. Aanvullend aan deze nota zullen dan ook alle gemeenten afzonderlijk een verdere uitwerking van het volksgezondheidsbeleid op lokaal niveau aanbieden.

De nota Samen Gezond! is in samenspraak met de GGD Zuid Limburg opgesteld en vormt het gemeenschappelijk vertrekpunt voor de uitvoering van het lokale volksgezondheidsbeleid.

Ten opzichte van de vorige volksgezondheidsnota zal het onderdeel Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) niet meer worden opgenomen in deze nota omdat de OGGZ per 1 januari 2007 als zodanig een prestatieveld is binnen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Voor 1 januari 2008 zal elke gemeente een beleidsnota over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning vaststellen. Gezien de tijdsplanning van deze nota is het niet mogelijk geweest om op regionaal niveau aandacht te geven aan de samenhang tussen WCPV en WMO.

¹ RIVM: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

In deze nota zal allereerst de aanpak van deze nota worden beschreven waarna de visie op volksgezondheid en de wettelijke taken aan de orde komen. In hoofdstuk 2 zal het volksgezondheidsbeleid in de afgelopen periode 2003-2007 worden toegelicht. In hoofdstuk 3 zal kort de gezondheids situatie in Zuid-Limburg aan de orde komen waarna aan de hand van landelijk gestelde prioriteiten het volksgezondheidsbeleid voor de periode 2007-2011 aan bod komt. Dit wordt afgesloten met de vertaling van deze prioriteiten naar ambities en beleidslijnen voor Zuid-Limburg en een integrale aanpak. In hoofdstuk 4 wordt de jeugdgezondheidszorg belicht. De werkwijze tussen de 19 gemeenten en de GGD Zuid Limburg komt tenslotte in hoofdstuk 5 nader aan de orde.

1. Wijze van aanpak

1.1 Doel 'nota Samen Gezond!'

Het doel van de nota Samen Gezond!, regionale prioriteiten volksgezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2007-2011 is:

1. het aan de hand van cijfers en landelijk beleid formuleren van gezamenlijk prioriteiten volksgezondheidsbeleid in Zuid-Limburg voor de periode 1 juli 2007– 30 juni 2011, waaraan elke gemeente in Zuid-Limburg op enige wijze aandacht gaat besteden;
2. het stimuleren van een gezamenlijke integrale aanpak op het gebied van volksgezondheid, waarbij aandacht is voor mogelijkheden op andere beleidsterreinen en bij andere partners;
3. het optimaliseren en uniformeren van een heldere en zakelijke relatie tussen de afzonderlijke gemeenten als opdrachtgever en de GGD Zuid Limburg als opdrachtnemer in een proces van realisatie van maatschappelijke doelen via het systeem van Beleidsgestuurde Contract Financiering (BCF).

Hoe wordt dit gerealiseerd:

Door alle Zuid-Limburgse gemeenten wordt, in dialoog met de GGD Zuid Limburg, waarbij gebruik gemaakt wordt van haar deskundigheid en epidemiologische gegevens, een nota regionale prioriteiten volksgezondheidsbeleid voor de periode 2007–2011 geformuleerd en vastgesteld. In deze nota worden de gezamenlijke prioriteiten benoemd en gemotiveerd. Vervolgens zal door iedere gemeente afzonderlijk de lokale situatie, ontwikkelingen en wensen op het totale terrein van volksgezondheid worden beschreven. De vorm waarin dit gebeurt, vierjarennota, jaarprogramma of beide, is aan de gemeente. Gezien de in deze nota voorgestelde manier van werken van Beleidsgestuurde Contract Financiering met de GGD Zuid Limburg (nader uitgewerkt in hoofdstuk 5), heeft het de voorkeur om met jaarprogramma's te werken. Door het benoemen van de concrete actiepunten, met resultaatverwachtingen, is een betere evaluatie van activiteiten en een betere sturing op beleid mogelijk. In het hanteren van de BCF-systematiek en het opstellen van jaarprogramma's wordt de GGD Zuid Limburg intensief betrokken, zodat zij in staat is, bijvoorbeeld door middel van aanpassing van de aangeboden producten, adequaat in te spelen op de wensen van de gemeenten. Op deze wijze ontstaat een dynamisch proces met als uiteindelijk doel het verhogen van de gezondheid en het verlagen van de gezondheidsverschillen.

1.2 Visie op lokaal volksgezondheidsbeleid

Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. De gedachte dat de gezondheid van een persoon voor een groot gedeelte bepaald wordt door de factoren omgeving en leefstijl wordt onderstreept. Het lokale volksgezondheidsbeleid richt zich in deze nota op de openbare gezondheidszorg. Het stimuleringsfonds OGZ hanteert de volgende definitie *“Openbare gezondheidszorg bevat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking. Openbare gezondheidszorg richt zich op de gezondheid van de gehele bevolking of groepen daarin, vindt veelal plaats zonder dat er een individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt en komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur”*.

Het algemene doel van lokaal volksgezondheidsbeleid is het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid voor iedereen. Het beleid richt zich dus niet op het bevorderen van de gezondheidssituatie van het individu, maar op de kansen op gezondheid voor een populatie als geheel. Met andere woorden: “voorkomen is beter dan genezen”.

1.3 Wettelijke taken: Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Naast de bovengenoemde visie op lokaal gezondheidsbeleid hebben gemeenten op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) ook de volgende wettelijke taken:

- A
 - de totstandkoming en de continuïteit van collectieve preventie te bevorderen;
 - de samenhang binnen de collectieve preventie te bevorderen;
 - de onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg te bevorderen;
- B de jeugdgezondheidszorg uit te voeren;
- C alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie advies te vragen aan de GGD;
- D bij bestuurlijke beslissingen de gezondheidsaspecten bewaken;
- E de infectieziektebestrijding uit te voeren;
- F de medische milieukundige zorg bevorderen;
- G ter uitvoering van de bij of krachtens de wet opgedragen taken zorg te dragen voor de instelling en instandhouding van een GGD.

Voor de complete tekst van de wet zie www.overheid.nl onderdeel wet- en regelgeving.

2. Volksgezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2003-2007

De lokale volksgezondheidsnota 2003-2007 was de eerste nota waarin gemeenten moesten vaststellen wat hun beleidsvoornemens zijn voor een periode van vier jaar. In de regio's zijn er verschillende regionale en lokale nota's volksgezondheidsbeleid geschreven, waardoor er een pallet aan activiteiten is geweest. De colleges, commissies en raden zijn periodiek geïnformeerd over de stand van zaken ten aanzien van het gezondheidsbeleid in hun gemeente. Een overall evaluatie was door de diversiteit van activiteiten niet mogelijk. Met het gezamenlijk vaststellen van prioriteiten zal dat vanaf nu beter mogelijk zijn. In het algemeen kan gezegd worden dat de afgelopen jaren er op verschillende punten vooruitgang is geboekt. De nota's richtten zich vooral op ziekten die met leefstijl te maken hebben en op risicofactoren die leiden tot een grote ziektelast. De nota's bepleitten maatregelen, in de wijk, op het werk, in de zorg en op school, voor drie prioriteiten: roken, diabetes en overgewicht. Zo is in heel Zuid-Limburg met een samenhangend pakket maatregelen voortgang geboekt bij het ontmoedigen van roken. De meeste aangekondigde beleidsvoornemens zijn uitgevoerd. Daarnaast is er aandacht geweest op voor andere terreinen van de volksgezondheid, zoals OGGZ en medische milieukunde.

De ernst van het overgewichtprobleem heeft inmiddels bij bijna alle gemeenten tot het inzicht geleid dat gerichte acties onderdeel moeten gaan uitmaken van het lokaal volksgezondheidsbeleid 2007-2011. Op de prioriteiten overgewicht en roken is echter nog steeds gezondheidswinst mogelijk en nodig. In deze nieuwe nota zullen daarom de prioriteiten die te maken hebben met leefstijl en risicofactoren die leiden tot een grote ziektelast, weer terugkomen. Er is echter gekozen voor een andere opzet waarbij zowel de doelen als de resultaten concreter worden benoemd.

3. Volksgezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2007-2011

3.1 Het belang van preventie

Preventiebeleid is er op gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Het doel van preventiebeleid is:

- het ouder worden van mensen (toename levensverwachting);
- langer gezond leven (toename aantal gezonde levensjaren);
- minder verschil in gezondheid tussen mensen (verkleining verschil in achterstand bij mensen met een lage sociaal-economische status).

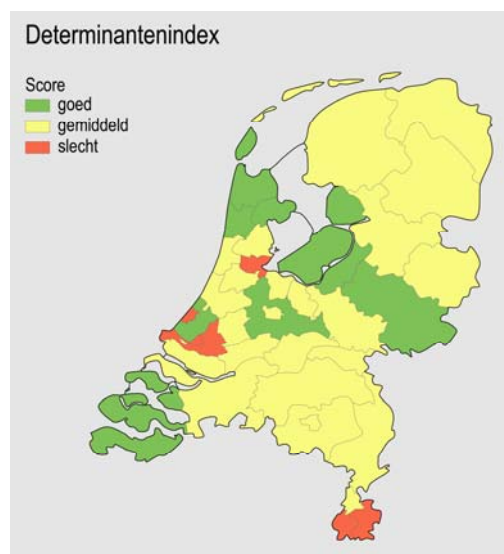
Deze doelen zijn ook de uitgangspunten in de nota “Kiezen voor Gezond leven” van het Rijk en voor het totale volksgezondheidsbeleid in Zuid-Limburg. Preventie kan zich richten op de totale bevolking, maar kan ook heel gericht zijn op bepaalde doelgroepen, zoals jeugd, ouderen, mensen met een lage sociaal-economische status.

Mensen profiteren zelf het meest van langer gezond leven. Zo kunnen zij zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Ze hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg, en daarmee dus in een gezond leven voor iedereen, heeft overduidelijk ook een maatschappelijk belang. Er is vooral gezondheidswinst te behalen op het bevorderen van een gezonde levensstijl.

Iedereen vindt zijn eigen gezondheid belangrijk, maar lang niet iedereen leeft gezond. Een gezonde levensstijl heeft vaak te maken met keuzes die worden gemaakt; roken of niet roken, een half uur per dag bewegen of minder bewegen. Volwassenen moeten dit beseffen en bewust zijn van de keuze die zij daarin (kunnen) maken en van hun voorbeeldfunctie naar kinderen. Door de samenleving zo in te richten dat “de gezonde en bewuste keuze” een makkelijke keuze wordt, ondersteunt de overheid de burger.

3.2 Gezondheidssituatie in Zuid-Limburg

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 “Zorg voor Gezondheid” uitgevoerd door het RIVM wordt gemeld dat er aanzienlijke verschillen in gezondheid bestaan tussen de 39 GGD regio's in het land. Uit onderstaande afbeelding blijkt dat naast de grote steden Rotterdam en Amsterdam, Zuid-Limburg een van die regio's is met een ongunstige score op gezondheid als gekeken wordt naar een aantal indicatoren samen (o.a. % rokers, % drinkers, % gezond bewegens en % obesitas).



De slechtere gezondheid van Zuid-Limburg wordt ook bepaald door een aantal andere gezondheidsindicatoren. Zo kent de regio een hoger sterftecijfer dan landelijk. Deze wordt op de eerste plaats veroorzaakt door sterfte aan hart- en vaatziekten en op de tweede plaats door sterfte aan longziekten. Verder is het % mensen met chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, diabetes, reuma, artrose en rugaandoeningen, COPD of astma, psoriasis en migraine hoger dan in andere regio's.

In de verdere nota wordt alleen aandacht gegeven aan de vijf prioriteiten die door het ministerie van VWS zijn vastgesteld. Als alleen gekeken wordt naar de cijfers die bij deze afzonderlijke prioriteiten staan vermeld en er geen rekening wordt gehouden met bovenstaande dan zou er een verkeerd en een te positief beeld van de gezondheidssituatie in Zuid-Limburg kunnen worden verkregen.

3.3 Prioriteiten

In oktober 2006 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn tweede preventienota "Kiezen voor gezond leven" uitgebracht, met daarin de centrale thema's roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes. Ook in het volksgezondheidsbeleid van de regio Zuid-Limburg zullen deze vijf thema's als prioriteiten worden benoemd.

De prioriteiten zijn gekozen op basis van zes criteria: (1) het gaat om een omvangrijk gezondheidsprobleem met (2) grote maatschappelijke gevolgen, dat (3) te beïnvloeden is door het stimuleren van gezond gedrag en (4) waarvoor geschikte (kosten) effectieve interventies bestaan die (5) nog niet op grote schaal worden uitgevoerd en (6) bij de aanpak van het gezondheidsprobleem is er een rol voor de overheid weggelegd.

Specifieke aandacht in het lokale volksgezondheidsbeleid zal er moeten zijn voor mensen met een lage sociaal-economische status, omdat de gezondheid van deze mensen op bijna alle fronten slechter is dan die van de Nederlander met een hoge sociaal-economische status. Ook allochtonen vormen een kwetsbare groep. Gezondheidsachterstanden (-verschillen) zijn sterk verweven met achterstanden op andere terreinen: weinig scholing, laag inkomen, goedkope buurt met kwalitatief slechte woningen, minder gunstige omgeving (lawaai, luchtverontreiniging), gebrekkige voorzieningen. Bovendien kunnen heersende sociale normen ten aanzien van gezond gedrag en maatschappelijk verkeer ongunstig uitpakken voor de gezondheid in de buurt, wat een en ander vervolgens weer kan versterken.

Per prioriteit wordt hieronder kort het probleem geschetst en de situatie op Zuid-Limburgs niveau ten opzichte van Nederland aangegeven. Op gemeentelijk niveau kunnen er afwijkende cijfers zijn. De specifieke gemeentelijke situatie komt in de afzonderlijke lokale nota's /jaarprogramma's aan de orde.

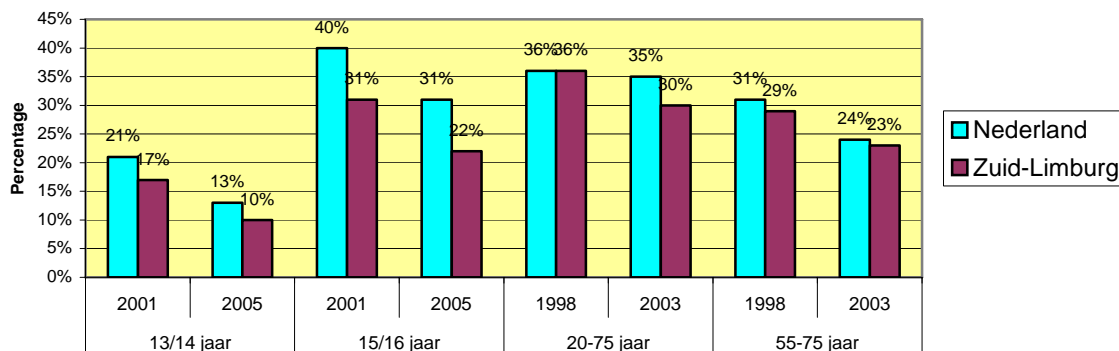
3.3.1 Roken

Ondanks het feit dat het percentage rokers sterk is gedaald (zie grafiek 1) blijft roken verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfte aan (long-) kanker, astma en COPD². Verder is ongeveer 30% van de sterfte aan coronaire hartziekten en ongeveer 14% van de sterfte aan beroerte te wijten aan roken. Roken schaadt bovendien niet alleen de gezondheid van de roker zelf, maar ook die van anderen in zijn omgeving. Meeroken (passief roken) leidt in Nederland jaarlijks naar schatting tot tien gevallen van wiegendood, enkele honderden doden door longkanker, enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen en vele tienduizenden (meer of minder ernstige) lucht-

² COPD: Chronische vernauwing van de luchtwegen

wegaandoeningen bij kinderen³. Stoppen met roken geeft direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven.

Grafiek 1: Roken



Ambitie

In de nieuwe preventienota “Kiezen voor gezond leven” stelt het rijk als doel dat er in 2010 nog maar 20% rokers zijn in plaats van 28%. Ook in de regio Zuid-Limburg wordt gestreefd naar een daling van het aantal rokers.

Doelgroep en maatregelen

Jongeren zijn de belangrijkste doelgroep. Niet beginnen met roken is nog altijd de beste remedie tegen roken. Een andere doelgroep waar veel gezondheidswinst is te behalen, is de groep mensen met een lage sociaal-economische status. Maatregelen voor het stoppen met roken en het voorkomen van beginnen met roken, starten vooral met voorlichting en educatie. Zo kan bijvoorbeeld roken als thema worden opgenomen in het onderwijs. Ook kennis en houding (mate van sociaal geaccepteerd gedrag) ten opzichte van roken hebben invloed op het uiteindelijke gedrag. Verder kunnen er afspraken worden gemaakt met zorgverleners (huisartsen, verloskundigen, thuiszorginstellingen) over advisering en ondersteuning ten aanzien van stoppen met roken. Naast persoonsgebonden factoren is ook de fysieke en sociale omgeving belangrijk (wet en regelgeving, voorzieningen), bijvoorbeeld een rookverbod of het beperken van het aantal verkooppunten, maar ook een betere bescherming van de niet-roker.

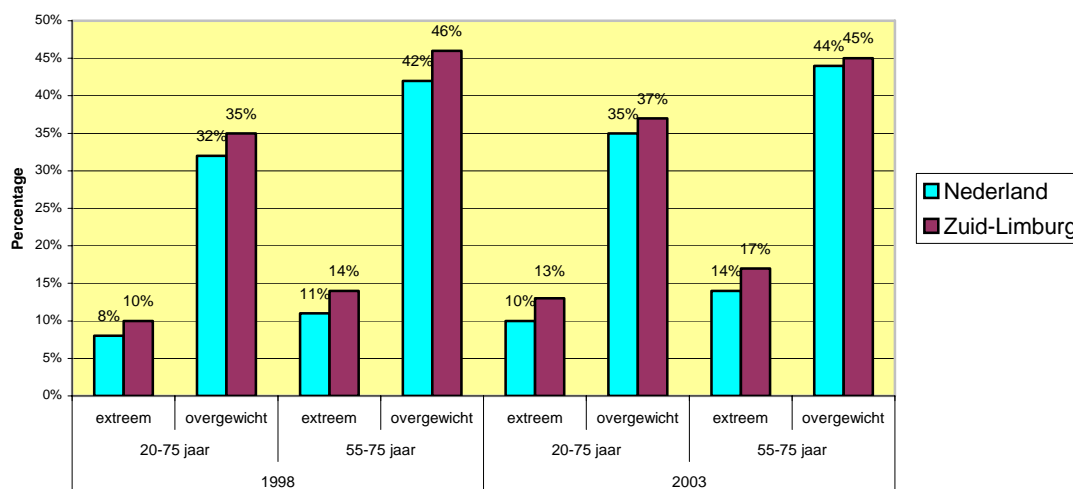
3.3.2 Overgewicht

Overgewicht en obesitas (extreem overgewicht) vormen een snel groeiend probleem voor de gezondheid in Nederland. Uit grafiek 2 is dit duidelijk af te lezen voor zowel Nederland als Zuid-Limburg. Er is een directe relatie tussen overgewicht en tal van chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, suikerziekte, kanker en gewrichtsproblemen.

Ook psychosociale consequenties van overgewicht en obesitas hebben grote invloed op de kwaliteit van leven van veel mensen.

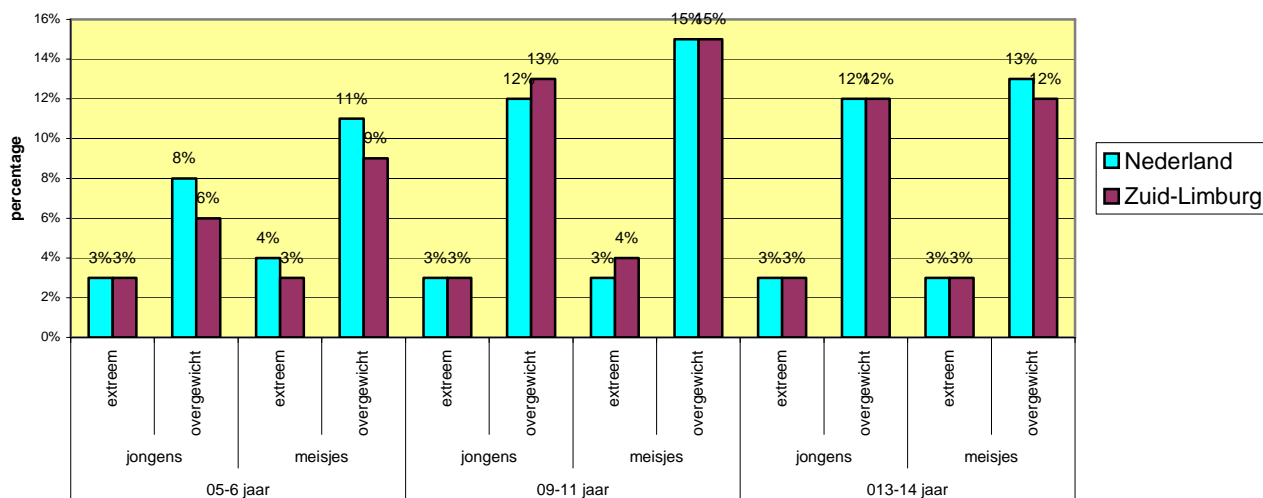
³ Preventienota Kiezen voor gezond leven, ministerie van VWS, 2006

Grafiek 1: Overgewicht volwassen en ouderen



Een belangrijk aandachtspunt bij het groeiende probleem van overgewicht is de toename van kinderen met overgewicht, soms al op hele jonge leeftijd. Vooral in de leeftijdscategorie 9-11 jaar neemt het aantal kinderen met overgewicht toe. Uit grafiek 2 blijkt dat de regio Zuid-Limburg niet afwijkt van het landelijk gemiddelde.

Grafiek 2: Overgewicht jeugd 2005/2006



Ambitie

De landelijke doelstelling voor de komende jaren is om het aantal volwassenen met overgewicht niet te laten stijgen en het aantal jeugdigen met overgewicht af te laten nemen. Ook in Zuid-Limburg zal dit het streven zijn voor de komende jaren.

Doelgroep en maatregelen

Het bestrijden van overgewicht hangt sterk samen met een gezonde levensstijl. Wanneer op jonge leeftijd een gezonde levensstijl wordt aangeleerd, levert dit op latere leeftijd veel gezondheidswinst op. Daarom is het heel belangrijk dat alle kinderen in Zuid-Limburg een gezonde levensstijl aanleren. Kinderen met overgewicht hebben extra begeleiding nodig. Belangrijk is om de ouders

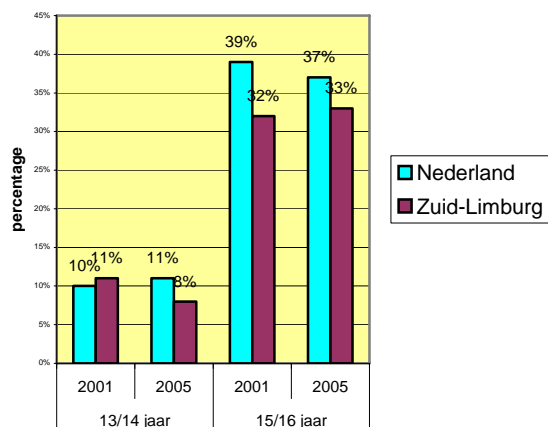
erbij te betrekken, zij hebben een grote invloed op de leefstijl van de kinderen en hebben een voorbeeldfunctie. Maatregelen liggen vooral in de lijn van het verhogen van de lichamelijke activiteit en het bevorderen van gezond eten, vooral voedsel met een lage energiedichtheid. Door middel van voorlichting en educatie kan het individu hierop worden gewezen. Echter ook een omgeving waarin gezond gedrag wordt gestimuleerd en voor de hand ligt, kan een bijdrage leveren aan het tegengaan van overgewicht. Bijvoorbeeld een omgeving waar ruimte is om te spelen of waar lopen en fietsen prettig en veilig is. De makkelijkste keuze dient een gezonde keuze te zijn. Belangrijk bij de aanpak van overgewicht is een gezamenlijke aanpak. Op landelijk niveau heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met diverse partijen (scholen, bedrijfsleven, werkgevers, zorgsector, levensmiddelenindustrie, sport) afspraken gemaakt over het stimuleren van bewegen en gezonde voeding. Ook in de regio Zuid-Limburg zal extra aandacht zijn voor een gezamenlijke integrale aanpak met diverse partners (zie paragraaf 3.4).

3.3.3 Schadelijk alcoholgebruik

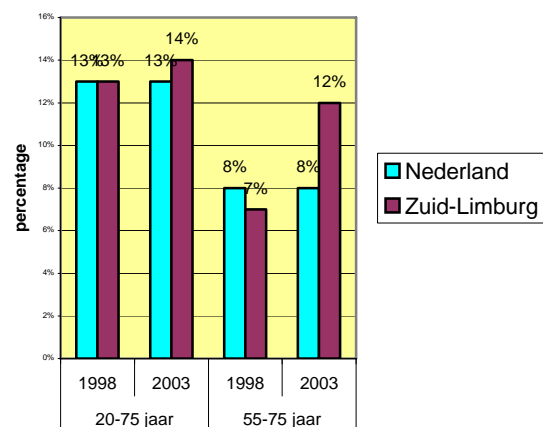
Teveel alcohol drinken heeft negatieve effecten op lever, nieren, hart- en bloedvaten, zenuwstelsel en immuunsysteem, en hangt tevens samen met agressie, criminaliteit, openbare orde, verkeersveiligheid en problemen op het werk (verzuim, onvoldoende functioneren). Hoewel het alcoholgebruik in Nederland niet toeneemt is er een grote groep waarbij sprake is van overmatig alcoholgebruik, soms al op jonge leeftijd (zie grafiek 3 en 4). Onderzoek in Limburg wijst uit dat het percentage 13/14-jarigen dat wel eens alcohol drinkt licht is gedaald. Echter, degenen die wel drinken beginnen daarmee op steeds jongere leeftijd. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid.

Fors alcoholgebruik op jonge leeftijd kan leiden tot acute alcoholvergiftiging en op langere termijn schade aan de hersenen. Wie jong begint met het drinken van alcohol blijkt op latere leeftijd een verhoogd risico op alcoholproblemen te hebben.

Grafiek 3: Alcoholgebruik (dronken afgelopen 4 weken)



Grafiek 4: Alcoholgebruik (1x per week zwaar drinken)



Ambitie

Het rijk heeft twee belangrijke doelstellingen voor 2010: bij de groep onder de 16 jaar het gebruik van alcohol terugdringen naar het niveau van 1992 en bij volwassenen het percentage probleemdrinkers terugdringen van 10,3 % naar 7,5 %. In Zuid-Limburg dronk 42% van de leerlingen uit klas 2 maandelijks alcohol, het streven is om dat voor de Limburgse Jeugdmonitor in 2010 te hebben teruggebracht naar 35%. Onder volwassenen in Zuid-Limburg kan 9% worden beschouwd als probleemdrinker, het streven is om dit terug te brengen naar 7% voor de volwassenen monitor in 2013.

Doelgroep en maatregelen

Het veel drinken per keer en het niet kunnen overzien van de gevolgen van alcoholgebruik maakt dat jongeren specifieke aandacht nodig hebben. Voorlichting over de gevolgen van alcohol is daarbij een belangrijk onderdeel. Ook de ouders moeten hiervan worden doordrongen. Er dienen echter ook maatregelen te worden genomen om de kans dat jongeren in aanraking komen met alcohol te verkleinen. Gedacht kan worden aan strenge controle bij drankverkoop, uitgaansgelegenheden en het verbieden van alcoholverkoop bij bepaalde (jeugd)evenementen.

3.3.4 Depressie

Mensen met een depressie⁴ hebben een grotere kans om vroegtijdig te overlijden. Zij leven ongezonder, nemen meer risico's met hun gezondheid, hebben minder weerstand, worden sneller ziek, genezen slechter, en plegen vaker suïcide. Per jaar lijden 738.000 mensen in Nederland aan een depressie. Jaarlijks ontstaan er 359.000 nieuwe gevallen van depressie bij volwassenen, meer cijfers zijn landelijk niet bekend. In Zuid-Limburg geeft 35% van de volwassenen aan last te hebben van matige depressieve klachten en 11% geeft aan last te hebben van depressieve klachten. Depressieve klachten onder ouderen (leeftijd 55-75) geeft eenzelfde soort beeld. Depressie veroorzaakt omvangrijke economische kosten, niet alleen door de uitgaven in de zorg maar ook door het hogere arbeidsverzuim. Specifieke gegevens over jeugd en depressie zijn niet bekend. Wat wel een belangrijke factor is bij de gemoedstoestand van jongeren is of zij wel of niet worden gepest op school. Op Zuid-Limburgs niveau geeft 6% van de 13/14-jarigen aan wekelijks te worden gepest en 3% van de 15/16-jarigen.

Ambitie

Op dit moment is het jaarlijks bereik van mensen die hulp bij depressies ontvangen zeer beperkt, slechts 1% van de nieuwe gevallen. Belangrijkste doelstelling voor de komende jaren is dan ook het realiseren van een groter bereik van de bewezen effectieve interventies tegen depressie.

Doelgroep en maatregelen

Depressiviteit kan verschillende oorzaken hebben waardoor duidelijke maatregelen moeilijk zijn aan te geven. Depressiviteit kan bijvoorbeeld te maken hebben met de prioriteiten alcohol of overgewicht. Depressiviteit hangt samen met persoonlijke kenmerken maar ook met de omgeving van de persoon. Een gemeente dient ernaar te streven om voor burgers een gezonde en veilige leefomgeving te creëren waarin zij volop kunnen participeren door middel van werk, sport en sociale activiteiten. Het op tijd signaleren van depressieve klachten is daarbij belangrijk zodat tijdig maatregelen kunnen worden genomen. Daarbij zal samenwerking worden gezocht met de eerste lijnsgezondheidszorg. Via de scholen zal aandacht worden besteed aan pesten op school en de gevolgen daarvan voor de jongeren.

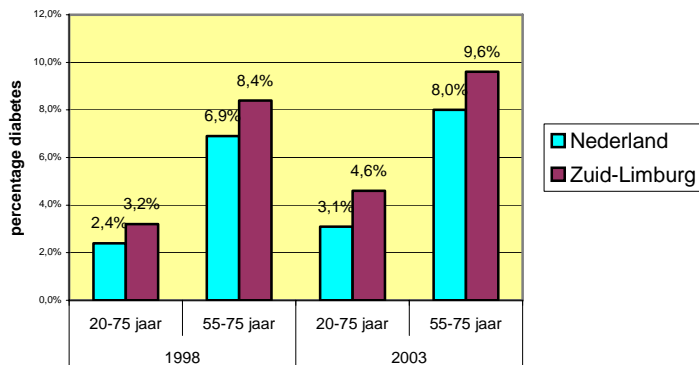
3.3.5 Diabetes

Diabetes is een ernstige chronische ziekte die schade toebrengt aan de bloedvaten en het zenuwstelsel. Mensen met diabetes lopen hierdoor een verhoogd risico op: hart- en vaatziekten, blindheid, nierziekten, gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen. Type 1 diabetes ontstaat op jonge leeftijd, terwijl type 2 diabetes geleidelijk ontstaat en sterk gerelateerd is aan het leefpatroon. Zo heeft 80-90% van de type 2 diabetes patiënten overgewicht. Verontrustend is dat type 2 diabetes stijgt onder jongeren⁵. Deze stijging loopt parallel met de stijging van overgewicht onder kinderen en jong volwassenen. In grafiek 5 is te zien dat het percentage diabetes in Zuid-Limburg duidelijk hoger is dan in Nederland.

⁴ Een depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste gedeelte van de dag, gedurende minimaal twee weken. Een depressie duurt gemiddeld zes maanden.

⁵ Preventienota Kiezen voor gezond leven, ministerie VWS, 2006

Grafiek 5: Diabetes type 1 en type 2



Ambitie

In de preventienota “Kiezen voor gezond leven” wordt landelijk als doel gesteld dat het aantal patiënten met diabetes tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% mag stijgen. Daarbij dient 65% van de diabetespatiënten geen complicaties te hebben. In Zuid-Limburg is het percentage diabetes duidelijk hoger dan in Nederland. Naast het landelijke doel zal het streven moeten zijn om in de pas te lopen met de landelijke cijfers.

Doelgroep en maatregelen

De belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van type 2 diabetes bij volwassenen zijn overgewicht, inactiviteit, ongezonde voeding en roken. Bij kinderen is ernstig overgewicht de belangrijkste risicofactor. Het tegengaan van de groei van mensen met diabetes ligt vooral bij het voorkomen van type 2 diabetes, aangezien type 1 diabetes voortkomt uit een aangeboren afwijking. De maatregelen om type 2 diabetes te voorkomen zijn dezelfde als de maatregelen voor prioriteit overgewicht, namelijk het verhogen van de lichamelijke activiteit en gezonde voeding. Naast het voorkomen van diabetes is het tevens van belang diabetes vroeg te signaleren om zo complicaties te verminderen. Daarbij moet vooral aandacht zijn voor doelgroepen met een hoog risico. Dat zijn mensen boven de 45 jaar met overgewicht, mensen met een lage sociaal-economische status en mensen van Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse afkomst.

3.4 Aanpak prioriteiten

Het vaststellen van regionale prioriteiten voor het lokale volksgezondheidsbeleid biedt ook de mogelijkheden om meer op regionaal niveau te werken. In bijlage 1 van deze nota zijn de beleidsdoelstelling per prioriteit benoemd en is aangegeven welke acties de komende vier jaar op regionale niveau worden opgepakt. Met dit regionale programma wordt toegewerkt naar meer sturen op maatschappelijke effect en concretere beleidsdoelstellingen. Om het maatschappelijke effect en de beleidsdoelstelling goed te kunnen bepalen, is er ook behoefte aan meer informatie over de effecten van een interventies. Op dit moment is deze informatie beperkt, waardoor er nu uitgegaan wordt van de algemene landelijke doelstellingen zoals deze zijn verwoord in de landelijke preventienota. Naar de toekomst toe zullen zowel gemeenten als de GGD Zuid Limburg extra aandacht geven aan de effecten (effectiviteit) van de uitgevoerde interventies.

Alle genoemde prioriteiten kunnen worden opgepakt door middel van voorlichting en activiteiten om zo het gedrag van burgers positief te beïnvloeden. Echter het beste resultaat wordt bereikt met een integrale aanpak van volksgezondheidsbeleid. Een integrale aanpak betekent dat op meerdere beleidsterreinen aandacht wordt besteed aan gezondheid met als doel de volksgezondheid te bevorderen en/of gezondheidsschade te voorkomen en het gedrag van burgers positief te beïnvloeden. Gedacht kan worden aan sportbeleid, onderwijs, inrichting van de openbare ruimte en verkeersmaatregelen. Door preventieve activiteiten en maatregelen op elkaar af te stemmen, kunnen ze elkaar ondersteunen. Naast aandacht voor een integrale aanpak binnen de gemeentelijke beleidsterreinen kunnen ook diverse partners (scholen, welzijnsinstellingen, corpo-

raties) in de gemeente worden gestimuleerd om aandacht te hebben voor gezondheid bij hun activiteiten.

Daarom wordt voorgesteld om één van de prioriteiten gezamenlijk, met 19 gemeenten, op te pakken, waarbij ook specifiek aandacht is voor een integrale aanpak. De prioriteit overgewicht leent zich daar uitstekend voor. Overgewicht is een steeds groter wordend probleem in Nederland en in Zuid-Limburg. Overgewicht kan bestreden worden door:

- het bevorderen van een gezonde leefstijl (meer te bewegen, gezonde voeding);
- het positief beïnvloeden van de sociale omgeving (thuis, werk, school en buurt); en,
- het positief beïnvloeden van de fysieke omgeving (woonomgeving, groenvoorzieningen, aanbod voorzieningen).

Op regionaal niveau wordt ten aanzien van de prioriteit overgewicht het accent gelegd op de doelgroep jeugd.

Een integrale aanpak met ruimtelijke ordening, sport en verkeer is heel goed mogelijk. Daarnaast kunnen ook partners zoals welzijnsinstellingen, scholen, huisartsen, sociale dienst, corporaties en verenigingen een bijdrage leveren aan het bevorderen van de volksgezondheid.

Een eerste start met de regionale aanpak van overgewicht is al gemaakt. Diverse gemeenten hebben deelgenomen aan de masterclass integraal gezondheidsbeleid. Deze masterclass is mogelijk gemaakt door de samenwerking tussen NIGZ⁶, GGD Zuid-Limburg en de 19 gemeenten. Het NIGZ zal ook betrokken zijn bij de eerste stappen naar een integrale aanpak in een aantal gemeenten.

3.5 Ambities en beleidslijnen volksgezondheid 2007-2011

- In de periode 2007-2011 de landelijke prioriteiten roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes over te nemen in het regionaal volksgezondheidsbeleid.
- Voor de prioriteit roken te streven naar een daling van het aantal rokers in 2010.
- Voor de prioriteit overgewicht te streven naar een daling van het aantal jeugdigen met overgewicht en een stabilisatie van het aantal volwassenen met overgewicht.
- Voor de prioriteit schadelijk alcoholgebruik streven naar een daling van het alcoholgebruik onder de 16 jaar in 2010 naar het niveau van 1992 en een daling van het aantal volwassen probleemdrinkers naar 7,5% in 2013.
- Voor de prioriteit depressie te streven naar een groter bereik en gebruik van preventieve hulp voor mensen met depressieve klachten.
- Voor de prioriteit diabetes te streven om op Zuid-Limburgs niveau in de pas te lopen met de landelijke cijfers.
- Het verkleinen van de gezondheidsverschillen door specifiek aandacht te hebben voor mensen met een lage sociaal-economische status.
- Het oppakken van een integrale aanpak van het volksgezondheidsbeleid, waarbij op regionaal niveau specifiek aandacht is voor de prioriteit overgewicht.
- In 2010 van het opstellen van een regionale nota en de regionale aanpak overgewicht voor jeugd evalueren, waarbij de afzonderlijke nota's/ jaarprogramma's van de gemeenten worden meegenomen.

⁶ NIGZ: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

4. Jeugdgezondheidszorg

Vanaf 2003 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de integrale jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19 jaar. Vanaf dat moment is het ook wettelijk verplicht om te werken volgens het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Het Basistakenpakket is verdeeld in een uniform gedeelte en een maatwerk gedeelte. Het uniforme gedeelte houdt in dat elk kind woonachtig in Nederland dezelfde basale preventieve zorg aangeboden krijgt. Het maatwerk gedeelte geeft de gemeenten de beleidsvrijheid om activiteiten ten aanzien van preventie en zorg toe te snijden op de specifieke behoeften van de eigen jeugdpopulatie.

Het algemene doel van de jeugdgezondheidszorg is het bevorderen, beschermen en bewaken van de lichamelijke, en psychosociale ontwikkeling van alle jeugdigen, zowel op individueel als populatieniveau. Het streven is verschillen in gezondheid te verkleinen en iedereen gelijke kansen op gezondheid te bieden. Informatieverstrekking, vroegsignalering, opvoedondersteuning, toeleiding naar professionele hulpverlening en voorzieningen, preventieve activiteiten gericht op specifieke risicogroepen en thematische preventie over leefstijlen staan voorop. Het beoogde effect van de jeugdgezondheidszorg is een zo gezond mogelijke jeugd en het voorkomen van uitval van jeugdigen.

In 2003 waren er drie jeugdgezondheidszorg-regio's in Zuid-Limburg; Oostelijk Zuid-Limburg, Westelijke Mijnstreek en Maastricht-Mergelland. In elke regio verzorgt de thuiszorgorganisatie de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen en de GGD Zuid Limburg de jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen. Sinds de fusie op 1 januari 2006 van de drie GGD-en en de GHOR tot GGD Zuid Limburg valt de gehele jeugdgezondheidszorg voor de 4-19 jarigen onder één organisatie.

De doelstelling om te komen tot integrale jeugdgezondheidszorg is in alle drie regio's voortvarend opgepakt met daarbij regionale uitvoeringsverschillen. Er zijn diverse protocollen opgesteld om zo de continuïteit en kwaliteit van de ondersteuning voor kind en ouder te waarborgen. Ook wordt er steeds intensiever samengewerkt met ketenpartners, zoals peuterspeelzaalwerk, kinderopvang en onderwijsinstellingen. De regio Maastricht-Mergelland en de regio Oostelijk Zuid-Limburg nemen bijvoorbeeld deel aan het landelijke project SamenStarten. Naast een versterking van de lokale samenwerking wordt er hierdoor vooral gewerkt aan een integrale vroegsignalering ten aanzien van alle problemen die zich voordoen bij en rondom het jonge kind. Deze werkmethode wordt ook in de regio Westelijke Mijnstreek ingevoerd voor de 0-4 jarigen. Daarnaast wordt bekeken of de werkmethode kan worden uitgebreid naar de groep 4-19 jarigen.

Eind 2007 loopt de eerste fase van de wet, om te komen tot een integrale jeugdgezondheidszorg, af. Na een evaluatie in 2006 zal het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2007 komen met nieuw beleid rondom de jeugdgezondheidszorg. Daarbij zal er ook aandacht zijn voor de manier van financiering van het uniforme gedeelte 0-4 jarigen, nu een specifieke uitkering. Er wordt gedacht aan twee mogelijkheden: opnemen van de specifieke uitkering in het gemeentefonds of financiering van de jeugdgezondheidszorg als onderdeel van een brede doeluitkering (BDU) jeugdzorgbeleid. De afgelopen periode heeft duidelijk gemaakt wat het belang is van specifieke middelen voor de jeugdgezondheidszorg. Daarom zullen - onafhankelijk van de toekomstige manier van financiering - alle nu beschikbare middelen voor de jeugdgezondheidszorg vanaf 2008 worden behouden voor de jeugdgezondheidszorg.

Wettelijk hoeft er voor het onderdeel jeugdgezondheidszorg geen aparte beleidsnota te worden vastgesteld. Jeugdgezondheidszorg is een onderdeel van de WCPV waarvoor elke vier jaar een lokale volksgezondheidsnota moet worden vastgesteld. Daarom zal de jeugdgezondheidszorg geheel opgenomen worden in deze nota en zal er per gemeente of oude regio geen aparte jeugdgezondheidszorgnota worden opgesteld. Mochten er na vaststelling van deze regionale volksgezondheidsnota nog aanvullende zaken komen van het rijk die moeten worden vastgesteld door de raad, dan zal dit eind 2007 worden voorgelegd.

Op het gebied van de jeugdgezondheidszorg en in het algemeen jeugdbeleid zijn er de afgelopen periode allerlei ontwikkelingen geweest. Te denken valt onder meer aan de uitkomsten van Operatie Jong en de overheveling van vijf specifieke functies op het gebied van opvoedondersteuning/preventieve jeugdzorg naar de WMO.

Eén van de centrale ideeën, voortgekomen uit operatie Jong, is de vorming van een Centrum voor Jeugd en Gezin (soms ook Ouder-Kind Centra genoemd). Doel van zo'n centrum is versterken en bundelen van taken op het gebied van opvoeding, preventieve gezondheidszorg en bescherming. Een Centrum voor Jeugd en Gezin moet een laagdrempelige voorziening in de buurt zijn voor kind en ouder waar verschillende ketenpartners nauw met elkaar samenwerken. Op dit moment zijn al op diverse plaatsen ontwikkelingen gaande op het gebied van opvoedondersteuning en Centrum voor Jeugd en Gezin. De komende periode zal deze ontwikkeling veel invloed hebben op de jeugdgezondheidszorg.

4.1 Ontwikkelingen jeugdgezondheidszorg 2008-2011

- Invoering van een elektronisch kinddossier jeugdgezondheidszorg 0-19 en daaraan gekoppeld een systeem van verwijzing zodat ketenpartners rondom jeugd elkaar informeren over de problematiek van een kind, en er afstemming kan plaatsvinden zodat efficiënte en adequate hulp kan worden geboden.
- Het ontwikkelen van een laagdrempelige voorziening voor ouder en kind voor allerlei vragen over opvoeden en opgroeien.
- Meer en gericht aandacht voor kinderen met psychosociale problematiek, risicokinderen en kinderen waarbij meervoudige problematieke spelen.
- Regievoeren op het realiseren van een goede zorgcoördinatie-structuur door de ketenpartners jeugd.
- Bij de al eerder genoemde landelijke prioriteiten op het gebied van algemene gezondheid is een aantal keren ook jeugd genoemd als specifieke aandachtsgroep. Met name bij overgewicht en alcohol. Het spreekt voor zich dat voor deze prioriteiten binnen de jeugdgezondheidszorg maatregelen zullen worden getroffen om de ongewenste gezondheidseffecten bij de jeugd te verminderen.
- De beschikbare middelen vanuit het rijk, onafhankelijk van de manier van financiering, beschikbaar houden voor de jeugdgezondheidszorg.

5. Relatie gemeenten – GGD Zuid Limburg

5.1 De rollen

Gemeenten zijn eindverantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg. Door middel van een gemeenschappelijke regeling hebben de 19 Zuid-Limburgse gemeenten de uitvoering van een aantal wettelijke taken (o.a. Jeugdgezondheidszorg 4-19, infectieziektebestrijding, medische milieukunde) op het terrein van de openbare gezondheidszorg neergelegd bij de GGD Zuid Limburg. De GGD Zuid Limburg valt onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Gemeenten voeren de regie ten aanzien van de openbare gezondheidszorg en ten aanzien van de grootste uitvoerder in de openbare gezondheidszorg, de GGD Zuid-Limburg, maar voeren ook de regie naar de verschillende gemeentelijke afdelingen en de particuliere instellingen en gesubsidieerde organisaties.

De gemeenten bepalen in nauwe samenwerking met de GGD Zuid Limburg het lokale volksgezondheidsbeleid en spreken de GGD Zuid Limburg aan op haar deskundigheid. De GGD Zuid Limburg vervult afhankelijk van de wettelijke taakstelling en lokale behoeften van gemeenten verschillende rollen in de openbare gezondheidszorg. Het betreft hier uitvoerende, coördinerende en beleidsadviserende taken. De GGD Zuid Limburg draagt bij aan de lokale uitvoering van de openbare gezondheidszorg. De GGD Zuid Limburg vervult hierbij de makelaarsfunctie. Het signaleren van lacunes en behoeften in de preventieve zorg versus het in nauwe samenwerking met de gemeenten bekijken op welke wijze lacunes in de preventieve zorg lokaal opgepakt kunnen worden. Deze makelaarsfunctie betekent echter niet, dat de GGD Zuid Limburg alle gesignaleerde lacunes zelf moet gaan oppakken. Het kan ook betekenen dat de GGD Zuid Limburg in samenspraak met de gemeente, andere lokale organisaties stimuleert bepaalde preventieve activiteiten op te starten.

5.2 De wijze van samenwerken

Voor de meeste gemeenten in Zuid-Limburg dient per 1 juli 2007 een nieuwe nota Lokaal volksgezondheidsbeleid te worden vastgesteld. Medio 2006 is een werkgroep geformeerd waarin de GGD Zuid Limburg, de tripoolgemeenten (Maastricht, Heerlen, Sittard-Geleen) en een afvaardiging van de andere gemeenten (Brunssum, Vaals, Margraten) zijn vertegenwoordigd. Deze werkgroep heeft zich tot taak gesteld om één nota regionale prioriteiten volksgezondheidsbeleid 2007-2011 voor de 19 gemeenten in Zuid-Limburg te schrijven. Onderdeel van deze kadernota is de samenwerking tussen GGD Zuid Limburg en de gemeenten.

Per 1 januari 2006 zijn de drie GGD-en en de GHOR in Zuid-Limburg gefuseerd tot één GGD Zuid Limburg. Zoals gebruikelijk, kort na een fusie, verkeert de GGD Zuid Limburg momenteel in een periode waarbij opnieuw gezocht moet worden naar de juiste balans in de samenwerking. In alle regio's werd vóór de fusie weliswaar samengewerkt, maar op verschillende wijzen. Vanuit een oriënterende discussie, die gevoed werd met ervaringen met de GGD Zuid Limburg in de verschillende regio's, is geprobeerd de goede en constructieve zaken uit de verschillende samenwerkingsvormen te halen en dit te combineren tot één werkwijze. In deze werkwijze staan drie punten centraal:

1. Regionale prioriteiten en lokale invulling. Leidend voor het volksgezondheidsbeleid in de regio Zuid-Limburg zijn de prioriteiten die eenmaal per vier jaar wordt vastgesteld. Aanvullend hierop komen alle 19 deelnemende gemeenten met een aanvulling en concretisering op lokaal niveau. Per jaar zal elke gemeente aangeven welke producten dat jaar van de GGD Zuid Limburg zullen worden afgenomen en welke effecten hiermee worden beoogd. Daarnaast worden er ook lokale activiteiten op andere terreinen opgenomen, zoals eerste lijnsgezondheidszorg of sport. De verwachting bestaat dat door een gezamenlijke prioritering de productafname per gemeente niet substantieel van elkaar zal zullen afwijken. Waardoor de GGD Zuid Limburg een meer consistente bedrijfsvoering kan opzetten waar-

bij risico's, ten gevolge van de productkeuzes, beperkt blijven. Medio 2007 zal nota met de regionale prioriteiten 2007-2011 aan de Colleges en gemeenteraden worden voorgelegd.

2. De methodiek van beleidsgestuurde contractfinanciering (BCF) is in ontwikkeling. Deze methodiek richt zich op het realiseren van een optimale beleidscyclus, resultaatsturing en verantwoording. Het principe van BCF kan als volgt worden omschreven: Vanuit een heldere en zakelijke relatie tussen gemeente en GGD Zuid Limburg, ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid, te komen tot een gezamenlijke probleemanalyse en bepaling van de inzet van producten met duidelijke resultaatbeschrijving en prestatie-indicatoren waaraan een kostprijs is gekoppeld. Beleidsgestuurde contract financiering gaat ook uit van een andere rol van de gemeente als "subsidiegever" en van de GGD Zuid Limburg als "subsidieontvanger". Beide zijn tot elkaar "veroordeeld" en hebben dan ook wederzijdse verplichtingen. De GGD Zuid Limburg is de belangrijkste adviseur van de gemeenten voor en uitvoerder van het volksgezondheidsbeleid. De gemeente dient aan te geven wat zij wil bereiken op bepaalde gebieden en de organisatie die dat uitvoert, zal dat ook meetbaar moeten kunnen verantwoorden. Door het leggen van een duidelijke relatie tussen de gemeentelijke beleidsdoelstellingen en de beoogde resultaten, de prestaties van de GGD Zuid Limburg en het hiervoor beschikbare budget wordt de bijdrage van GGD Zuid Limburg aan het realiseren van de gemeentelijke beleidsdoelstellingen inzichtelijk gemaakt. De gemeente bepaalt wat er dient te gebeuren en de instellingen geven aan hoe dat het beste kan gebeuren. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit voor zowel gemeenten als GGD Zuid Limburg een leerproces zal zijn, waarbij in eerste instantie de nadruk zal komen te liggen op het komen tot een heldere relatie met duidelijke productbeschrijvingen. In tweede instantie zal de aandacht gericht worden op de resultaatbeschrijvingen en prestatie-indicatoren. De verwachting bestaat dat met het vaststellen van het uitvoeringsprogramma 2010 de beleidsgestuurde contractfinanciering in volle omvang kan worden toegepast.
3. Samenwerking. De gemeenten hebben de verplichting om een GGD Zuid Limburg in stand te houden om te kunnen voldoen aan de bij wet opgelegde verplichtingen (WCPV) en de GGD Zuid Limburg ontleent haar bestaansrecht aan de relatie met de gemeenten. Gezamenlijk zijn gemeenten en GGD Zuid Limburg verantwoordelijk voor de volksgezondheid. De samenwerking wordt tot stand gebracht in de onlangs ingestelde dialooggroepen: Kaders (financiën), Gezondheidsbevordering (GB), Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Via deze dialooggroepen zullen onder andere de criteria worden geformuleerd op basis waarvan de producten opnieuw kunnen worden beschreven en ingedeeld in basis- en plusproducten. Vervolgens kan, conform hetgeen is vastgelegd in het fusiedocument, de productkeuze aanbod (PKA) systematiek worden vormgegeven. Deze systematiek zal verder worden uitgewerkt naar de methodiek van BCF. Bij de productkeuze wordt gestreefd naar een maximale keuzevrijheid voor de gemeenten, rekening houdend met de bedrijfsvoering van de GGD Zuid Limburg.

Bijlage 1: Overzicht beleidsdoelstellingen en regionale activiteiten

Toelichting: Met deze regionale nota wordt ook de werkwijze tussen gemeenten en GGD Zuid Limburg vastgelegd. Er wordt de komende jaren toegewerkt naar beleidsgestuurde contractfinanciering. In deze bijlage is een eerste aanzet gegeven tot het definiëren van maatschappelijke effecten, concrete beleidsdoelstellingen en concrete inzet. Deze concrete inzet is op dit moment beperkt tot de inzet van de basisvoorziening van de GGD Zuid Limburg. Een volgende stap is het concretiseren naar producten en de resultatenverwachting van de producten van de GGD Zuid Limburg. Naast de producten van de GGD Zuid Limburg zal dit overzicht ook worden verbreed met activiteiten / producten van andere partners en/of beleidsterreinen die een bijdrage leveren aan het realiseren van de gestelde beleidsdoelstelling.

Landelijk speerpunt	Maatschappelijk effect	Beleidsdoelstelling (regionaal / lokaal)	Inzet basisvoorziening GGD tbv prioriteiten
Overgewicht	Afname van het % kinderen en jongeren (0-19 jaar) met overgewicht	A. Het stimuleren van gezonde voeding bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar B. Het stimuleren van meer dagelijkse beweging bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar C. Het creëren van een regionaal uniform, sluitend signalerings- en verwijzings-systeem voor kinderen met overgewicht D. Het creëren van een sluitend preventie-aanbod voor de doelgroep 0-19 jarigen E. Het stimuleren van integraal beleid mbt overgewicht, zoals bijvoorbeeld het creëren van een gezonde omgeving	Periode: 2007-2011 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeugdmonitor ▪ Sociale kaart ▪ (Digitale) informatievoorziening & publieksinformatie ▪ Uniformeren signalerings- en verwijzings-systeem JGZ-GGDZL ▪ NIGZ samenwerking om integraal beleid lokaal te bevorderen ▪ schoolSlag-werkwijze
	Stabilisatie van het % volwassenen met overgewicht	A. Het stimuleren van gezonde voeding B. Het stimuleren van meer dagelijks bewegen C. Het stimuleren van integraal beleid mbt overgewicht, zoals bijvoorbeeld het creëren van een gezonde omgeving	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gezondheidsmonitor ▪ Sociale kaart ▪ (Digitale) informatievoorziening & publieksinformatie ▪ NIGZ samenwerking om integraal beleid lokaal te bevorderen

Landelijk speerpunt	Maatschappelijk effect	Beleidsdoelstelling (regionaal / lokaal)	Regionale interventies
Roken	Duidelijke daling van het % jongeren dat rookt	A. Kinderen en jongeren worden gestimuleerd om niet te beginnen met roken B. Jongeren worden gestimuleerd om te stoppen met roken	Periode: 2007-2011 <ul style="list-style-type: none"> ▪ schoolSlag-werkwijze ▪ Jeugdmonitor ▪ Sociale kaart ▪ (Digitale) informatievoorziening & publieksinformatie
	De blootstelling aan tabaksrook in de omgeving daalt	A. Roken in openbare gelegenheden ontmoedigen B. Roken in het bijzijn van kinderen ontmoedigen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeugdmonitor ▪ Gezondheidsmonitor ▪ (Digitale) informatievoorziening & publieksinformatie ▪ schoolSlag-werkwijze
	Duidelijke daling van het % rokers dat in de pas loopt met de landelijke doelstelling	A. Rokers stimuleren om te stoppen met roken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Digitale) informatievoorziening & publieksinformatie ▪ Gezondheidsmonitor ▪ Sociale kaart

Landelijk speerpunt	Maatschappelijk effect	Beleidsdoelstelling (regionaal / lokaal)	Regionale interventies Periode: 2007-2011
Schadelijk alcoholgebruik	Een afname van het % jongeren tot 16 dat alcohol gebruikt	A. Ontmoedigen van alcoholgebruik tot 16 jaar B. Volwassenen (met name ouders) stimuleren om alcoholgebruik van kinderen en jongeren tot 16 jaar te ontmoedigen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Digitale) informatievoorziening & publieksinformatie ▪ Jeugdmonitor ▪ Sociale kaart ▪ schoolSlag-werkwijze
	Een vermindering van het % probleemdrinkers	A. Ontmoedigen van overmatig alcoholgebruik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Digitale) informatievoorziening & publieksinformatie ▪ Gezondheidsmonitor ▪ Sociale kaart

Landelijk speerpunt	Maatschappelijk effect	Beleidsdoelstelling (regionaal / lokaal)	Regionale interventies Periode: 2007-2011
Depressie	Vergroten van het bereik van depressiepreventie	A. Het verbeteren van het signalerings- en verwijzigssysteem voor mensen met depressieve klachten B. Het versterken van het preventieaanbod voor depressie C. Via school versterken van sociale weerbaarheid in BaO en VO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Digitale) informatievoorziening & publieksinformatie ▪ Sociale kaart ▪ Gezondheidsmonitor ▪ Jeugdmonitor

Landelijk speerpunt	Maatschappelijk effect	Beleidsdoelstelling (regionaal / lokaal)	Regionale interventies Periode: 2007-2011
Diabetes	% patiënten met diabetes terugbrengen naar het landelijk niveau in 2012	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tijdig signaleren van diabetes ter voorkoming van complicaties 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitale informatievoorziening & publieksinformatie ▪ Samenwerking met Stichting Beyaert ▪ Gezondheidsmonitor ▪ Jeugdmonitor
<ul style="list-style-type: none"> ▪ De beleidsdoelstellingen van het thema overgewicht dragen eveneens bij aan de preventie van diabetes. 			