

**VERSTERKING
BESTUURLIJKE REGIE
IN DE OPENBARE
GEZONDHEIDSZORG**



COLOFON

Samenstelling

Rinike Geers
Nora Kornalijnslijper
Renske Gercama
Moniek van Dijk

Vormgeving en productie

Berg Kleijn Communicatie, Den Haag

Drukwerk

Stimuka, Rijswijk

SGBO

Onderzoek > Advies > Implementatie

Postbus 10242

2501 HE Den Haag

SGBO 5850.06

ISBN: 978-90-812655-2-2

Niets uit deze publicatie mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van SGBO.

Aan de totstandkoming van deze publicatie is de grootst mogelijke zorg besteed. SGBO kan echter niet aansprakelijk worden gesteld voor eventuele onjuistheden, noch kunnen aan de inhoud rechten worden ontleend.



Het landelijke kwaliteitsprogramma Beter voorkomen wordt uitgevoerd door GGD Nederland, de VNG en ActiZ, organisatie van zorgondernemers, in opdracht van het ministerie van VWS en onder regie van ZonMw.

VOORWOORD

De openbare gezondheidszorg is na meer dan honderd jaar nog bij uitstek een verantwoordelijkheid van de gemeenten. Om verdere gezondheidswinst te bereiken moet je aanknopingspunten zoeken in de haarvaten van de maatschappij. Dat lukt alleen als de gemeente daarbij een sterke regierol heeft. Gemeenten kunnen op lokaal niveau alle partijen bij elkaar brengen die noodzakelijk zijn om gezondheidsbedreigingen aan te pakken. In deze taak en aanpak kan het Rijk alleen nooit voorzien. Het Rijk is voor gemeenten een samenwerkingspartner die kaders stelt, richting geeft door de thema's te benoemen die breed in het land spelen en ondersteuning biedt aan gemeenten door het systeem te faciliteren op instrumenten (EKD JGZ, monitors OGZ). Daarnaast is het gewenst dat in sommige gevallen (bijvoorbeeld uitbraken van infectieziekten met hoge letaliteit en besmettelijkheid) het Rijk de regie naar zich toetrekt. Bij alle plannen geldt als toetssteen dat de gemeentelijke regierol zo sterk mogelijk wordt toegerust.

De VNG omarmt het streven naar geborgde kwaliteit van zorg. In beginsel is het essentieel dat er voor de openbare gezondheidszorg en de uitvoerende instellingen in de openbare gezondheidszorg, die onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) vallen, kwaliteitsmaatstaven worden vastgesteld en er een systeem van controle aan wordt verbonden. De toetsing daarvan moet niet alleen blijken uit protocollen en papier, maar ook uit tevredenheid van burgers en opdrachtgevers. Benchmarking is hiervoor van belang. Verder is het vanzelfsprekend dat kwaliteitseisen niet alleen door de professionals worden bepaald, maar dat ook het lokaal bestuur daarbij is betrokken.

W. Kuiper
Directeur VNG

Inhoud

| | |
|--|-----------|
| Inleiding | 4 |
| Over deze handreiking | 4 |
| Hoe deze handreiking te gebruiken | 4 |
| 1 Bestuurlijke regie | 5 |
| 1.1 Wat verstaan we onder bestuurlijke regie? | 7 |
| 1.2 Regievragen van bestuurders | 8 |
| 2 Gemeentelijke beleidsruimte in de collectieve preventie | 9 |
| 2.1 Inleiding | 11 |
| 2.2 Beleidsruimte binnen de Wcpv | 11 |
| 2.3 Landelijke preventienota en kabinetsvisie 2007 | 12 |
| 2.4 Impuls aan kwaliteitsverbetering en maatschappelijke verantwoording in de OGZ | 13 |
| 2.5 Toezicht door Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) | 13 |
| 2.6 Financiële ruimte | 14 |
| 3 Visie, prioriteiten en ambities | 17 |
| 3.1 Visie op de collectieve preventie | 19 |
| 3.2 Bouwstenen voor prioriteiten | 20 |
| 3.3 Keuze voor lokale prioriteiten versus regionale prioriteiten | 23 |
| 3.4 Ambities | 23 |
| 4 Samenwerking tussen en binnen gemeenten | 25 |
| 4.1 Interne regie, facetbeleid en integraal beleid | 27 |
| 4.2 Regionale samenwerking in het gezondheidsbeleid | 28 |
| 4.3 Lokaal gezondheidsbeleid en aansturing van de regionale GGD | 28 |
| 4.4 Samenwerking centrumgemeenten en regiogemeenten | 30 |
| 5 Samenwerking met externe partners: externe regie | 33 |
| 5.1 Externe regie | 35 |
| 5.2 Wie zijn de partners? | 36 |
| 5.3 De GGD: partner in een complexe relatie | 37 |
| 5.4 Verschillende relaties - verschillende sturingsmogelijkheden | 37 |
| 5.5 Samenwerking tussen externe partners | 38 |
| 5.6 Samenwerkingsvormen | 39 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6 | Bestuurlijke regie in 7 stappen | 43 |
| | Bijlage 1: Versterking bestuurlijke regie JGZ | 51 |
| 1 | Wettelijk kader voor gemeentelijk beleid in de jeugdgezondheidszorg en recente ontwikkelingen | 53 |
| 1.1 | Inleiding | 53 |
| 1.2 | Beleidsruimte binnen de Wcpv | 53 |
| 1.3 | Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) | 54 |
| 1.4 | Wet op de Jeugdzorg | 55 |
| 1.5 | Recente ontwikkelingen | 55 |
| 1.6 | Financiële ruimte en financiële mogelijkheden | 57 |
| 2 | Visie, prioriteiten en ambities in de JGZ | 57 |
| 2.1 | Visie | 57 |
| 2.2 | Bouwstenen voor prioriteiten in de JGZ | 59 |
| 2.3 | Ambities | 60 |
| 3 | Samenwerking en bestuurlijke regie in de JGZ | 61 |
| 3.1 | De partners in de JGZ | 61 |
| 3.2 | Samenwerking en afstemming met andere gemeenten in de regio | 62 |
| 3.3 | Samenwerking met partners binnen en buiten de gemeente | 62 |
| | Bijlage 2: Versterking bestuurlijke regie OGGz | 63 |
| 1 | Kader voor gemeentelijk beleid, toegespitst op de OGGz | 65 |
| 1.1 | Inleiding | 65 |
| 1.2 | Beleidsruimte binnen de Wmo | 66 |
| 1.3 | Beleidsruimte binnen de regionale setting | 67 |
| 1.4 | Aanpalende wetten | 69 |
| 1.5 | Recente ontwikkelingen | 69 |
| 1.6 | Financiële ruimte en mogelijkheden | 70 |
| 2 | Visie, prioriteiten en ambities in OGGz | 71 |
| 2.1 | Visie | 71 |
| 2.2 | Bouwstenen voor prioriteiten in de OGGz | 72 |
| 2.3 | Ambities | 75 |
| 3 | Samenwerking en bestuurlijke regie in OGGz | 76 |
| 3.1 | Relevante partners in de OGGz | 76 |
| 3.2 | Overleg- en samenwerkingsstructuren | 76 |
| 3.3 | Wat betekent ketenregie vanuit bestuurlijk perspectief? | 78 |

4 Inleiding

Over deze handreiking

Deze handreiking 'Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg' is bedoeld voor lokale bestuurders die verantwoordelijk zijn voor het gezondheidsbeleid in hun gemeente. Met deze handreiking wordt bestuurders een instrument aangereikt voor het bepalen van hun regie in het complexe veld van de collectieve preventie.

Elke gemeente moet sinds 2003 om de vier jaar haar beleid ten aanzien van de openbare gezondheidszorg³ waaronder de collectieve preventie, vastleggen in een lokale gezondheidsbeleid. Gezondheidsbeleid is breed² en heeft raakvlakken met meerdere andere gemeentelijke beleidsterreinen, onder andere het Wmo-beleid³. Het realiseren van samenhang in beleid en uitvoering wordt daardoor complexer en de roep om gemeentelijke regie luider.

Bij het verschijnen van deze handreiking hebben vrijwel alle gemeenten hun eerste nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld⁴. Een deel van de gemeenten heeft zijn prioriteiten en ambities op hoofdlijnen al bepaald tot 2011 in de tweede nota gezondheidsbeleid. Een aantal gemeenten is net gestart met het voorbereidingstraject voor de tweede nota. De handreiking biedt handvatten voor regie die voor de bestuurders van alle gemeenten bruikbaar kunnen zijn.

In deze handreiking is gebruik gemaakt van de inzichten die naar voren kwamen in uitwisselingsbijeenkomsten van bestuurders en ambtenaren uit zo'n 45 verschillende gemeenten in de periode september 2006 - juni 2007. Tevens zijn gegevens verwerkt uit een onderzoek waarin wethouders en GGD-directeuren gevraagd is naar hun opvattingen over regie en opdrachtgeverschap in hun praktijk.⁵ Dit onderzoek,

de uitwisselingsbijeenkomsten en deze handreiking vormen samen de zogenaamde 'bestuurlijke benchmark'. De bestuurlijke benchmark is erop gericht de kwaliteit van de bestuurlijke regie en opdrachtgeverschap in de openbare gezondheidszorg te verbeteren. Deze benchmark is een van de onderdelen van het landelijke programma 'Beter voorkomen'⁶. Dit programma wordt uitgevoerd door GGD Nederland, VNG en ActiZ (zorgondernemers), in opdracht van het ministerie van VWS en onder regie van ZonMw.

Hoe deze handreiking te gebruiken

Deze handreiking bestaat uit een algemeen deel over regie in de collectieve preventie plus twee bijlagen met verbijzonderingen over regie in de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) en in de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Voor de OGGz en de JGZ hadden bestuurders de meeste belangstelling tijdens de uitwisselingsbijeenkomsten. Dit zijn beleidsterreinen waar zich veel nieuwe ontwikkelingen voordoen. Deze beleidsterreinen kenmerken zich daarnaast door een dynamisch krachtenveld, wat vraagt om gemeentelijke regie.

Elk hoofdstuk wordt voorafgegaan door een ingedikte versie van de inhoud. Elk hoofdstuk begint met de regievragen die tijdens de uitwisselingsbijeenkomsten door bestuurders zijn gesteld (zie ook § 2.2). Deze zijn leidend geweest bij het opstellen van deze handreiking.

1 Openbare gezondheidszorg omvat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gehele bevolking (collectieve preventie). Voor het bereiken van deze doelen is het nodig dat alle beleidsterreinen van de samenleving zich betrokken voelen. (Jansen j. (RIVM) Wat is openbare gezondheidszorg? In: Volksgezondheids Toekomst Verkenningen (2002)

2 In het overheidsbeleid gaat men steeds vaker uit van de brede definitie van gezondheid: '...een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn'. De relatie met andere beleidsterreinen ligt dan voor de hand.

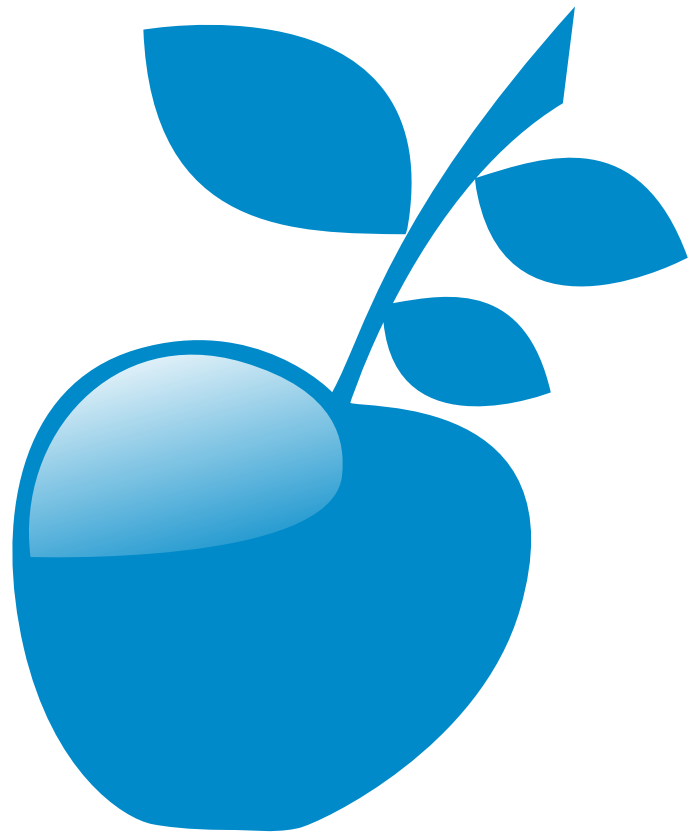
3 De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bevat een aantal prestatievelden die zich nauw laten verbinden met gezondheidsbeleid. Om deze reden combineren sommige gemeenten hun lokale nota gezondheidsbeleid met de Wmo-nota.

4 Vrijwel alle gemeenten hebben een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Den Haag, 2007.

5 Nulmeting Bestuurlijke Benchmark, VNG, 2006.

6 Beter voorkomen ondersteunt daarnaast de GGD'en en thuiszorgorganisaties met diverse instrumenten, zoals indicatoren, benchmarks of methoden voor kennisdeling en het begeleiden in het proces van certificering. Beter voorkomen richt zich dus zowel op bestuurders als op de belangrijkste uitvoerders (GGD'en en thuiszorgorganisaties) in de openbare gezondheidszorg. Voor meer informatie zie www.betervoorkomen.nl.

Bestuurlijke regie





Bestuurlijke regie

Onder bestuurlijke regie, oftewel gemeentelijke regie, verstaan we: 'Een bijzondere vorm van sturing, waarbij de gemeente externe partijen beweegt om in onderlinge afstemming of samenwerking de doelstellingen van het lokale gezondheidsbeleid te realiseren (externe regie) en waarbij de gemeente intern aanstuurt op een bijdrage aan deze doelstellingen vanuit verschillende gemeentelijke beleidsvelden (interne regie)'.

Om gemeentelijke regie te kunnen voeren moet de eigen beleidsruimte bekend zijn. Welke kaders (wettelijk, beleid, financieel) zijn er, en welke mogelijkheden bieden die? In deze handreiking gaan we ervan uit dat gemeentelijk regie begint met het formuleren van visie en ambitie en met het identificeren van de partijen en netwerken, die voor de realisatie van belang zijn. Als regisseur is het uw taak om partijen 'mee te krijgen', bij elkaar te brengen en te sturen op de vooraf bepaalde doelstellingen.

De regievragen van bestuurders zijn leidraad voor de volgende hoofdstukken. De bestuurlijke regie kunnen we samenvatten in zeven stappen. In het laatste hoofdstuk van deze handreiking leest u hier meer over. Iedere regisseur is anders. Kies voor een regiestijl die bij u past!

1 Bestuurlijke regie

REGIEVRAGEN:

- *Wat houdt regie in de collectieve preventie in?*
- *Wat verwachten andere partijen van de bestuurder in zijn rol als regisseur?*
- *Welke activiteiten horen bij deze rol?*

1.1 Wat verstaan we onder bestuurlijke regie?

Bestuurlijke regie⁹ of gemeentelijke sturing op een beleidsterrein is aan de orde als,

- de gemeente er verantwoordelijk voor is en ook andere partijen een eigen taak, verantwoordelijkheid, belang en macht hebben op dat terrein;
- de gemeente en de andere partijen meer of minder afhankelijk zijn van elkaar;
- én binnen de gemeente ook andere beleidsterreinen van invloed zijn.

Dit alles is het geval in de openbare gezondheidszorg. Regie betekent hier een bijzondere vorm van sturing, waarbij de gemeente externe partijen beweegt om in onderlinge afstemming of samenwerking de doelstellingen van het openbaar gezondheidsbeleid te realiseren (externe regie) en waarbij de gemeente intern aanstuurt op een bijdrage aan deze doelstellingen vanuit verschillende gemeentelijke beleidsvelden (interne regie). Regie is dan vooral het sturen van processen van samenwerking en commitment binnen en buiten de gemeente, gericht op het realiseren van ambities.

In deze handreiking gaan we ervan uit dat gemeentelijke regie begint met het formuleren van visie en ambitie en met het identificeren van de partijen en netwerken, die voor de realisatie van belang zijn. Sturing kan inhouden:

- initiëren en bij elkaar brengen van partijen;
- bepalen van de juiste partijen;
- faciliteren en verbindingen leggen tussen partijen;
- bewaken van de voortgang;
- aanspreken op de eigen verantwoordelijkheid;

- zorgdragen voor draagvlak voor beleidsdoelstellingen;
- overzicht houden;
- goed opdrachtgeverschap.

Belangrijke partners voor gemeenten op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering zijn de GGD'en en de thuiszorgorganisaties. Daarnaast spelen vele andere partijen een rol, zoals: welzijnsinstellingen, ggz-instellingen, woningcorporaties, onderwijs, sportverenigingen en natuurlijk (organisaties van) burgers of cliënten zelf.

De relatie van de gemeente met de GGD is in dit verband bijzonder. Dit komt aan de orde in § 5.3.

Naast externe partijen heeft de bestuurder gezondheidsbeleid te maken met de interne partners, die verantwoordelijk zijn voor de gemeentelijke beleidsterreinen die kunnen bijdragen aan de bevordering van gezondheid en preventie, zoals ruimtelijke ordening, handhaving, zorg en welzijn.



Breng alle partijen die een rol hebben in de openbare gezondheidszorg (OGZ) in kaart. Bedenk wat hun belangen zijn en bedenk hoe zij kunnen bijdragen aan het bereiken van de gemeentelijke doelstellingen.

In deze handreiking gebruiken we de termen bestuurlijke regie en gemeentelijke regie door elkaar. Het betreft regie op het niveau waarop bestuurders en directies zich committeren aan de gemeentelijke ambities of doelstellingen en hun eigen organisaties aansturen op het leveren van een bijdrage aan de realisatie van deze ambities of doelstellingen¹⁰.

VERSTERKING BESTUURLIJKE REGIE IN DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

⁹ Voor deze omschrijving is gebruikgemaakt van Mascini, augustus 2007.

¹⁰ Regie op bestuurlijk of beleidsniveau wordt vaak gezet naast ketenregie (operationele afspraken over de inzet van verschillende organisaties om een samenhangend aanbod te maken voor een bepaalde groep cliënten of een bepaalde problematiek) en uitvoerende regie (zoals casemanagement: het realiseren van een samenhangende aanpak ten behoeve van één cliënt).

8 1.2 Regievragen van bestuurders

Deze handreiking is in de eerste plaats bedoeld voor lokale bestuurders met gezondheidsbeleid in hun portefeuille. Tijdens de uitwisselingsbijeenkomsten van de Bestuurlijke Benchmark gaven de deelnemende bestuurders aan welke regievragen zij hadden.

Regievragen van bestuurders zijn onder andere:

- Wat is de 'eigen' lokale beleidsruimte in het lokale gezondheidsbeleid?
- Wat kan mijn gemeente verwachten van onze GGD?
- Hoe komt een goede weging tot stand van epidemiologische gegevens over de gezondheid om tot prioriteiten te komen?
- Is het wel mogelijk en verstandig om ambities SMART¹¹ te formuleren?
- Wat zijn de rollen en taken van centrum- en regio-gemeenten in de openbare gezondheidszorg?

In elk hoofdstuk van deze handreiking geven we aan welke regievragen in het betreffende hoofdstuk aan de orde komen. Uit de tekst zal blijken dat er lang niet altijd een eenduidig antwoord te geven is.

Hoe vat u uw regierol op?

Tijdens de bijeenkomsten bleek dat wethouders verschillen in hun behoeften aan specifieke kennis over gezondheidsbeleid. Dit hangt samen met de breedte van hun portefeuille, die erg kan verschillen. Tevens bleken gemeenten aanzienlijk te verschillen in de mate waarin ze een actieve en bepalende rol willen spelen in het gezondheidsbeleid. Terwijl de ene gemeente veel ruimte laat aan professionele organisaties (en eventueel aan centrumgemeenten) voor de invulling van het lokale gezondheidsbeleid, wil de andere gemeente nadrukkelijk zelf haar eigen beleidskeuzes maken en daarna de partners erbij halen voor de uitvoering. Bestuurders kiezen bovendien voor een regiestijl die bij hen past. Deze handreiking biedt daarom geen dwingend format, maar geeft verschillende keuzemogelijkheden aan in regie.

Voorbeeld

Zorgen voor gezondheid¹²

In de nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Rijnwaarden is de regierol van de gemeente een expliciet onderwerp:

“Om gezondheidsbeleid inhoud en vorm te geven, moeten gemeenten willen coördineren en sturen. Dit wordt de regierol genoemd die het Rijk op allerlei terreinen aan gemeenten toedicht. Om krachtig en geloofwaardig te kunnen sturen, moeten gemeenten hun eigen positie kennen. (...) Gemeenten hebben op het terrein van de volksgezondheid echter zeker geen allesbepalende rol. Zij kunnen hun ambities in gezondheidsbeleid niet alléén waarmaken. Andere hoofdrolspelers in het veld zijn het zorgkantoor, aanbieders van zorg en preventie en patiënten- en consumentenorganisaties. Als hoeder van het maatschappelijk belang en vertegenwoordiger van de burgers streeft de gemeente met die partners naar een gemeenschappelijk gedragen beleidsagenda. Hieraan appelleert de gemeentelijke regierol. (...) De regiefunctie van de gemeente moet juist worden omschreven als: Een proces waarin getracht wordt om de diverse partijen in de complexiteit van het netwerk tot samenwerking te brengen, ze te prikkelen hun taakuitvoering te richten op het bereiken van gemeenschappelijk te formuleren doelen en initiatieven. De regierol van de gemeenten is er dus niet een van dirigent, maar veel meer van een initiator, soms als visionair, soms als makelaar, soms als grensrechter.”



Iedere regisseur is anders. Kies voor een regiestijl die bij u past en die aansluit bij de relaties met uw partners. Zorg dat uw partners u kennen en dat zij weten wat ze van u kunnen verwachten. Zorg ook dat zij weten wat u van hen verwacht.

¹¹ SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

¹² Passage uit: 'Zorgen voor gezondheid. Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Rijnwaarden. 2004 - 2007, p.19. Februari 2004, Regio Arnhem e.o./ gemeente Rijnwaarden.

Gemeentelijke beleidsruimte in de collectieve preventie





Gemeentelijke beleidsruimte in de collectieve preventie

De ruimte die de gemeente heeft om eigen gezondheidsbeleid te maken wordt bepaald door wettelijke en financiële kaders. In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) zijn de gemeentelijke taken in de openbare gezondheidszorg vastgelegd. De uitvoeringstaken infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg zijn tamelijk precies omschreven in de Wcpv en laten weinig eigen beleidsruimte. De beleidsruimte van gemeenten is het grootst op het terrein van de collectieve preventie. Tot de collectieve preventie behoort:

- gegevens verzamelen over de gezondheidssituatie van de bevolking;
- bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (facetbeleid);
- het uitvoeren van preventieprogramma's;
- medisch milieukundige zorg (bijvoorbeeld onderzoek naar de kwaliteit van zwembadwater);
- technische hygiënezorg (bijvoorbeeld hygiënezorg voor kindercentra).

In de nieuwe Wet Publieke Gezondheid, die de Wcpv gaat vervangen, zullen de gemeentelijke taken bijna onveranderd blijven. De landelijke preventienota, die voorafgaand aan de lokale nota's verschijnt, moet door de gemeenten beschouwd worden als richtinggevend voor hun beleid. In 2006 verscheen de landelijke nota 'Kiezen voor Gezond Leven'. In 2007 heeft het kabinet een nieuw document gepresenteerd met zijn visie op gezondheid en preventie: 'Gezond zijn, gezond blijven'. Voorts zullen gemeenten in toenemende mate rekening moeten gaan houden met de bevindingen en criteria van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die bezig is met het opstellen van indicatoren voor het toezicht op de kwaliteit van gemeentelijk beleid.

Het budget van een individuele gemeente voor de openbare gezondheidszorg wordt veelal gebruikt voor de bekostiging van de regionale GGD en zijn activiteiten. Het staat elke gemeente vrij om extra middelen in te zetten. Daarnaast is het de moeite waard om gebruik te maken van de extra mogelijkheden van rijk en provincie én om de mogelijkheden te benutten van de inzet van andere beleidsterreinen (facetbeleid en integraal beleid) ten behoeve van het realiseren van gezondheidsdoelen.

2 Gemeentelijke beleidsruimte in de collectieve preventie

REGIEVRAGEN:

- *Welke wetgeving en welke beleidskaders zijn van belang voor het lokale gezondheidsbeleid?*
- *Met welke financiële kaders heeft de bestuurder met gezondheidsbeleid in portefeuille te maken?*
- *Wat is de beleidsruimte voor het stellen van prioriteiten in het lokale gezondheidsbeleid?*

2.1 Inleiding

De ruimte die gemeenten hebben om eigen gezondheidsbeleid te voeren wordt bepaald door wettelijke en financiële kaders. Daarnaast speelt een aantal beleidskaders een rol, zoals de Landelijke Preventienota en de rijksambities op het terrein van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Deze kaders bepalen wat een bestuurder gezondheidsbeleid **moet, mag en kan**.

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) vormt thans het belangrijkste wettelijke kader voor de gemeentelijke taken op het terrein van de openbare gezondheidszorg¹³. Er is een nieuwe wet in voorbereiding, de Wet publieke gezondheid¹⁴, waarin de huidige Wcpv-taken van gemeenten waarschijnlijk bijna onveranderd zullen worden overgenomen. De grootste uitzondering vormt het onderdeel infectieziektenbestrijding¹⁵. Ook zijn er enkele veranderingen op het terrein van de JGZ (zie de bijlage JGZ).

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de beleidsruimte die de huidige Wcpv biedt en die naar verwachting door de nieuwe wet niet ingrijpend zal veranderen. Daarna wordt kort ingegaan op het landelijk preventiebeleid en het beleid van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) als belangrijke kaders voor lokaal beleid.

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die sinds 1 januari 2007 van kracht is, is uit het oogpunt van preventie en gezondheidsbevordering eveneens van groot belang. Deze wet komt verderop in deze handreiking aan de orde in de bijlagen over de onderdelen JGZ en OGGz. In dit hoofdstuk wordt aan het eind ingegaan op het financiële kader.

2.2 Beleidsruimte binnen de Wcpv

De gemeente is verantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg in medebewind op grond van de Wcpv (Wet collectieve preventie volksgezondheid). Deze wet bepaalt dat de gemeenteraad zorgdraagt voor:

- collectieve preventie;
- uitvoering van de infectieziektebestrijding (bijvoorbeeld bestrijding seksueel overdraagbare aandoeningen, opsporing van bronnen ingeval van tbc);
- uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (onder andere de uitvoering van het rijksvaccinatieprogramma en de screening van schoolkinderen).

De uitvoeringstaken infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg zijn tamelijk precies omschreven in de Wcpv en bieden daarmee weinig beleidsruimte.

De beleidsruimte van gemeenten is het grootst op het terrein

..... VERSTERKING BESTUURLIJKE REGIE IN DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

13 Andere wetten die van belang zijn in het kader van de openbare gezondheidszorg zijn bijv. de Infectieziektenwet, de Warenwet, de drank- en horecawet. Behandeling van deze wetten voert te ver in dit kader. Meer informatie is te vinden via de site van het RIVM: www.rivm.nl.

14 De aanleiding voor de voorgenomen wetswijziging ligt in nieuwe afspraken op internationaal niveau om mondiale infectieziekten het hoofd te kunnen bieden. Deze zijn omschreven in een Internationale Gezondheidsregeling (IGR), die de Wereldgezondheidsorganisatie op 23 mei 2005 heeft aangenomen. Daarbij is het noodzakelijk om drie wetten te integreren: de Wcpv, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet.

15 De nieuwe wet regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden om bij landelijke infectieziektecrises de regie te voeren.

12 van de collectieve preventie. Collectieve preventie wordt omschreven als: "bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking"¹⁶.

Gemeenten hebben op het terrein van de collectieve preventie en gezondheidsbevordering de volgende wettelijke taken:

- het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid;
- zorgen voor continuïteit en samenhang binnen de collectieve preventie en afstemming met de curatieve zorg;
- epidemiologie (gegevensverzameling gezondheid bevolking);
- bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (facetbeleid);
- uitvoeren van preventieprogramma's bijvoorbeeld met betrekking tot leefstijl;
- medisch milieukundige zorg (bijvoorbeeld onderzoek naar de kwaliteit van natuurlijk zwemwater in een warme zomer);
- technische hygiënezorg (bijvoorbeeld hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeage- en piercingstudio).

Binnen de openbare gezondheidszorg geldt alleen voor de jeugdgezondheidszorg dat er een basistakenpakket door het rijk is vastgesteld, waarmee de vrije beleidsruimte zeer beperkt is.

Daarnaast hebben gemeenten doorgaans in regionaal verband afspraken met hun GGD gemaakt over een basispakket en wat daaronder valt en een zogenaamd pluspakket, waarbij gemeenten zelf kunnen bepalen wat zij nog aan extra diensten willen afnemen.

Gemeenten moeten op grond van de herziene Wcpv van 2003 eenmaal per vier jaar in een nota lokaal gezondheidsbeleid aangeven hoe zij invulling geven aan de Wcpv-taken. In de toelichting op de wet wordt opgemerkt dat het gezondheidsbeleid onderdeel is van het lokale politieke debat en dat

ook andere beleidsterreinen bij het gezondheidsbeleid betrokken moeten worden. Dit onderstreept het belang van een integrale benadering en van samenhang tussen verschillende beleidsterreinen en bevestigt de noodzaak van een goede gemeentelijke regie.

2.3 Landelijke preventienota en kabinetsvisie 2007

Het ministerie van VWS stelt elke vier jaar voorafgaand aan de ontwikkeling van de lokale nota's gezondheidsbeleid landelijke prioriteiten voor het preventiebeleid vast. De prioriteiten in de landelijke nota zijn richtinggevend voor het lokale beleid. Verwacht wordt dat de gemeente in haar nota ingaat op de gestelde landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie. De prioriteiten in de laatste landelijke preventienota 'Kiezen voor Gezond leven' (2006) zijn: preventie van overgewicht, roken, alcoholgebruik, depressies en diabetes. Het bevorderen van een gezonde leefstijl is het hoofdthema van deze preventienota.

GGD'en maken in de meeste regio's voorstellen voor de prioriteiten in het lokale en/of regionale beleid op basis van epidemiologische gegevens en houden daarbij rekening met de landelijke aanbevelingen. Het is aan gemeenten om, op basis van het advies van de GGD, de uiteindelijke keuzes te maken ten aanzien van de prioriteiten waarop het gemeentelijk beleid zich gaat richten. Om de implementatie van de landelijke speerpunten op gemeentelijk niveau te bevorderen, biedt VWS een ondersteuningsprogramma aan voor gemeenten¹⁷.

Als vervolg op de landelijke preventienota is recentelijk de kabinetsvisie 2007 verschenen: 'Gezond zijn, gezond blijven: een visie op gezondheid en preventie'¹⁸. In deze visie benadrukt het kabinet dat samenhang en verbinding tussen sectoren en beleidsterreinen en tussen partijen op elk niveau, cruciaal zijn om resultaat te boeken op het gebied van gezondheidsbevordering en collectieve preventie. Bovendien benadrukt het kabinet dat actie vooral plaats moet vinden in

¹⁶ Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) is van 1990 en herzien per 1/1/2003.

¹⁷ In opdracht van VWS voert de VNG het ondersteuningsprogramma LOGIN uit oftewel lokale gezondheidsimpuls. Gedurende drie jaar (2007-2009) worden gemeenten ondersteund bij het lokale gezondheidsbeleid. Meer informatie is te vinden op www.vng-login.nl.

¹⁸ Ministerie van VWS, sept. 2007. VWS zet in op de thema's: koesteren en innoveren, samenhangend en integraal gezondheidsbeleid, preventie in de zorg, bestuurlijke omgeving (verbinden, samenwerken en moderniseren).

de directe leefomgeving. Gemeenten spelen een centrale rol. Tegelijk moet gewerkt worden aan het tegengaan van versnippering van beleid en uitvoering en aan professionalisering met behulp van landelijke programma's. Het kabinet bevestigt hiermee het in gang gezette beleid en zet extra in op genoemde thema's.

2.4 Impuls aan kwaliteitsverbetering en maatschappelijke verantwoording in de OGZ

'Kwaliteit van zorg' is geregeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen (2005) en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Het uitgangspunt daarbij is dat zorgaanbieders primair zelf verantwoordelijk zijn voor het leveren van 'verantwoorde zorg'. Zij doen dit ondermeer door het opstellen van standaarden, richtlijnen en protocollen, door te werken volgens kwaliteitssystemen en meer en meer door het formuleren van uitkomst-indicatoren en normen.

Sinds 2005 wordt een extra impuls gegeven aan kwaliteitsverbetering in de openbare gezondheidszorg, waaronder instrumenten voor maatschappelijke verantwoording van instellingen aan gemeenten en verantwoording van gemeenten aan het rijk en aan burgers. Onder de titel Beter voorkomen wordt gewerkt aan de ontwikkeling en invoering van verschillende kwaliteitsinstrumenten¹⁹, voor de belangrijkste uitvoerende instellingen in de OGZ (GGD'en en Thuisorganisaties) en voor de gemeenten. Het doel van de verschillende kwaliteitsinstrumenten is om door middel van standaardisering, verantwoording afleggen, scholing en dergelijke het kwaliteitsbesef bij de uitvoerders en de uitvoerende instellingen te vergroten en te bestendigen²⁰.

Voor gemeenten, als opdrachtgever en regisseur in de OGZ, bieden deze instrumenten een handvat om kwaliteitseisen te stellen aan de uitvoerende instellingen en/of de instellingen te beoordelen op kwaliteit. Daarnaast draagt Beter voorkomen bij aan het opstellen van indicatoren waarmee aan gemeenten verantwoording afgelegd kan worden door de JGZ-instellingen en waarmee door gemeenten verantwoording afgelegd kan worden aan het Rijk en burgers.

2.5 Toezicht door Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ)

In 2006 is de IGZ gestart met het invoeren van 'gelaagd en gefaseerd toezicht' op de openbare gezondheidszorg. Voor GGD'en heeft de inspectie al een set criteria ontwikkeld²¹. Voor het toezicht op gemeenten is de inspectie nu bezig, in samenwerking met de VNG en GGD Nederland, met het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor gemeenten. De invoering is gepland voor 2009. Het ligt voor de hand dat, naarmate de inspectie zowel GGD'en en thuiszorgorganisaties JGZ als gemeenten gericht inspecteert, de gemeenten in hun beleid in toenemende mate rekening houden met de bevindingen en criteria van de inspectie.²²



In de loop van 2008 ontwikkelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) prestatie-indicatoren voor gemeenten. Volg deze ontwikkeling via www.igz.nl en www.minvws.nl en houdt hier rekening mee bij het ontwikkelen van uw beleid.

VERSTERKING BESTUURLIJKE REGIE IN DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

19 De kwaliteitsbevorderende instrumenten die reeds zijn ontwikkeld of in ontwikkeling zijn (maart 2008):

- HKZ-certificaat: instellingen die kwaliteitsbeleid willen invoeren, kunnen gaan werken volgens de vereisten van de HKZ (Harmonisatie KwaliteitsZorg). Zij kunnen vervolgens een HKZ-certificaat aanvragen. Het merendeel van de Thuiszorg-JGZ organisaties (83% per maart 2008) heeft inmiddels zo'n certificaat gehaald. Ook onder GGD'en is de belangstelling voor certificering stijgend; 65% van de GGD'en is bijvoorbeeld gecertificeerd voor de taak Infectieziektenbestrijding (IZP) en bijna 50% voor de taak Technische Hygiënezorg.

- Integrale JGZ-benchmark 0-19 jaar. Binnenkort zal deze benchmark gereed zijn.

Voor de verantwoording van JGZ-instellingen aan gemeenten wordt een beperkte set indicatoren vastgesteld waarmee zij zich maatschappelijk kunnen verantwoorden.

20 Bestuurders zijn volgens de nulmeting Beter Voorkomen nog weinig op de hoogte van de kwaliteitinstrumenten voor hun GGD'en.

21 Indicatoren openbare gezondheidszorg: basisset 2007. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Den Haag, 2007.

22 Het is in toenemende mate van belang dat er ook een horizontale verantwoording plaatsvindt, richting burgers. In het landelijk programma Beter voorkomen worden prestatie-indicatoren ontwikkeld waarmee GGD'en en thuiszorgorganisaties JGZ zich kunnen verantwoorden tegenover de overheid en die de gemeenten kunnen gebruiken voor de maatschappelijke verantwoording richting burgers.

14 2.6 Financiële ruimte

De financiële ruimte en de financiële mogelijkheden voor gezondheidsbeleid worden bepaald door meerdere componenten. Een groot deel van het budget voor openbare gezondheidszorg en gezondheidsbeleid in de jaarlijkse gemeentebegroting, is bestemd voor de bekostiging van de (diensten en producten van de) GGD²³. Het staat de gemeente vrij om daarnaast extra middelen in te zetten. Het is verder voor gemeenten de moeite waard om gebruik te maken van de extra mogelijkheden van rijk en provincie. Gemeenten kunnen ook de mogelijkheden benutten van de inzet van andere gemeentelijke beleidsterreinen voor het realiseren van gezondheidsdoelen. Met dit laatste wordt dan meteen handen en voeten gegeven aan integraal beleid. Kortom: wanneer verder wordt gekeken dan de geijkte financiële kaders, kunnen de financiële mogelijkheden worden opgerekt.

Bekostiging GGD

Elke gemeente bekostigt de uitvoering van de Wcpv-taken door haar jaarlijkse bijdrage vanuit het gemeentefonds aan de (regionale) GGD. De GGD'en hanteren een onderscheid in basistaken²⁴ en plus- of markttaken (vrij om af te nemen, maar vaak zijn er wel gezamenlijke afspraken). Beslissingen over aard en omvang van het aanbod en over de GGD-begroting, worden met uitzondering van enkele grote steden genomen in regionaal verband. Beslissingen van het regionaal bestuur zijn bindend voor individuele gemeenten.²⁵ In hoeverre de gemeenten met elkaar in het regionale (GGD)-bestuur tot overeenstemming komen over gewenste veranderingen, kan verschillen per regio. Soms wordt ingezet op een smal basispakket van de GGD waardoor er financiële ruimte ontstaat voor een flexibel aanbod toegesneden op de lokale situatie.

Elke gemeente is vrij om, naast het regionaal vastgestelde GGD-budget, extra middelen in te zetten voor bijvoorbeeld de prioriteiten in de lokale nota gezondheidsbeleid. Deze middelen kunnen worden ingezet voor extra diensten van de GGD of voor activiteiten van andere organisaties. De middelen voor de openbare gezondheidszorg en het lokale gezondheidsbeleid komen grotendeels uit het gemeentefonds en zijn niet geoormerkt.

Financiële bijdrage vanuit andere beleidsterreinen

Vanuit verschillende gemeentelijke beleidsterreinen wordt indirect financieel bijgedragen aan de collectieve preventie en bevordering van de gezondheid van de bevolking. Denk aan sportbeleid, specifieke maatregelen op het gebied van ruimtelijke ordening en verkeer (zoals speelplaatsen en veilige fietsroutes) en het beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning (Wmo-beleid). De gemeenten die deelnemen aan het Grotestedenbeleid kunnen ook gezondheidsdoelen opnemen in de sociale pijler van dit programma. Op deze wijze kunnen ook GSB-gelden voor lokaal gezondheidsbeleid ingezet worden.



Er is nog veel gezondheidswinst te boeken door middel van facet- en integraal beleid. Wanneer doelbewust hierin geïnvesteerd wordt, levert dit dus zowel gezondheidswinst als financiële voordelen op²⁶.

23 In de Wcpv is bepaald dat de gemeente, voor de uitvoering van de gemeentelijke taken in de Wcpv, een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand moet houden: (art. 5, Wcpv).

24 Niet te verwarren met de wettelijk vastgestelde basistaken. Zie ook paragraaf 3.2

25 Het gaat hier om samenwerkingsverbanden in het kader van de Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr).

26 In haar rapport van 2005 'De staat van de Openbare Gezondheidszorg, mogelijkheden tot verbetering' constateert de inspectie o.a. dat de consistentie van het beleid nog onvoldoende is, dat gemeenten te weinig doen aan facetbeleid en dat de financiering van beleidsvoornemens onvoldoende is gewaarborgd.

Extra middelen vanuit het rijk en de provincies

Het rijk en de provincies hebben middelen over voor de bevordering van de gezondheid en voor de collectieve preventie. Kernwoorden waar het rijk en de provincies op inzetten zijn: samenhang, integraliteit, kwaliteit/kennis delen en standaardisering. Gemeenten kunnen inschrijven op een van de landelijk aangeboden ondersteuningsprogramma's zoals LOGIN en Beter voorkomen en het aanbod ter implementatie van de landelijke preventienota. Ook bij provincies kunnen vaak projecten worden ingediend, die misschien niet direct tot de Wcpv-taken behoren, maar wel onderdeel kunnen zijn van het bredere gezondheidsbeleid (bijvoorbeeld op het terrein van de OGGz of het preventieve jeugdbeleid).



Bronnen vanuit het rijk en de provincies kunnen beschouwd worden als indirecte mogelijkheden om het eigen gezondheidsbeleid van de gemeente deels te bekostigen en te versterken.

Visie, prioriteiten en ambities





Visie, prioriteiten en ambities

Bestuurlijke regie begint met het formuleren van een visie. Een visie geeft richting aan het beleid. Het gaat om antwoorden op vragen als: Wat stel ik me voor bij een gezonde gemeente, hoe breed of smal definieer ik gezondheid, waar begint de verantwoordelijkheid van de burgers enerzijds en die van de gemeente anderzijds en wat is het belang van preventie? Een brede visie op gezondheid wordt langzaam gemeengoed.

De volgende stap is het stellen van prioriteiten. Voor het bepalen van prioriteiten kunnen gemeenten de volgende bouwstenen gebruiken:

- evaluatiegegevens van de vorige nota;
- de speerpunten uit de landelijke preventienota;
- regionale en lokale gezondheidsgegevens van de GGD en andere partners;
- de 'verhalen' van professionals en burgers die in de gemeente wonen en werken.

Lokale prioriteiten hoeven lang niet altijd overeen te komen met de regionale prioriteiten. De lokale politieke en maatschappelijke context kunnen aanvullende of afwijkende prioriteiten rechtvaardigen.

Ambitie heeft betrekking op vragen als: Wát moet er volgens u als bestuurder over een aantal jaren zijn verbeterd in de gezondheidssituatie van de bevolking in uw gemeente? Welke resultaten wilt u bijvoorbeeld over vier jaar kunnen meten? Bij bestuurders bestaat aarzeling om zich vast te leggen op meetbare (SMART geformuleerde) ambities. Voordeel is echter dat heldere en concrete ambities tussentijds en aan het einde van de planperiode aanknopingspunten bieden voor een goede evaluatie van het beleid. Wat is wel en wat is niet bereikt en waar is verbetering mogelijk? Als de gemeente wel de voorgenomen inspanning heeft geleverd en een resultaat is niet behaald, dan kan uit een evaluatie ook blijken dat er andere oorzaken in het spel zijn. Een heldere politieke ambitie, geformuleerd in termen van het oplossen van gezondheidsproblemen, kan uw regie sterker en gericht maken.

3 Visie, prioriteiten en ambities

REGIEVRAGEN

- **Hoe komt de bestuurder aan relevante lokale gegevens over de gezondheidstoestand van de inwoners van zijn gemeente?**
- **Hoe weegt de bestuurder de gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking? Oftewel: hoe bepaal je wanneer iets daadwerkelijk een probleem is en prioriteit verdient, wanneer is iets 'erg'?**
- **Wanneer en waarover kan advies worden gevraagd aan de GGD?**
- **Op grond waarvan kunnen ambities worden geformuleerd?**
- **Kan en moet een ambitie altijd SMART en in termen van maatschappelijke effecten geformuleerd worden?**
- **Zijn er mogelijkheden voor het monitoren van resultaten voorhanden?**

3.1 Visie op de collectieve preventie

Een brede visie op gezondheid wint terrein. Ook in het rijks-overheidsbeleid wordt gezondheid breed gedefinieerd. Zowel op rijksniveau als op lokaal niveau wordt vaak het model van Lalonde²⁷ toegepast om aan te geven welke factoren meespelen bij het bevorderen van de gezondheid, namelijk: fysieke factoren, sociale factoren, toegang tot zorg en leefstijlfactoren.

Een visie op het lokale gezondheidsbeleid geeft antwoord op vragen als: wat stel ik me voor bij een gezonde gemeente, hoe breed of smal definieer ik gezondheid, waar begint de verantwoordelijkheid van de burgers zelf en wat is dan de rol en verantwoordelijkheid van de gemeente, wat is het belang van gezondheidsbevordering en preventie? Een visie geeft richting aan het beleid.

Wat betreft de verantwoordelijkheid van de burger enerzijds en die van de overheid anderzijds, is de Wcpv duidelijk. In de Wcpv is het uitgangspunt dat collectieve preventie en gezondheidsbevordering een algemeen belang is en een taak van de overheid. Tegelijkertijd klinkt in het overheidsbeleid steeds meer door dat ook burgers zélf een verantwoordelijkheid hebben voor hun gezondheid. Door prioriteit te leggen bij verbetering van leefstijl in de recente preventie-

nota, wordt de burger zelf nadrukkelijk aangesproken om zijn gedrag/leefstijl te veranderen én wordt de gemeente aangesproken om binnen de lokale context hierop te sturen.



Bestuurlijke regie begint met een visie, het stellen van prioriteiten en het formuleren van ambities. Met andere woorden: het gaat niet alleen om wat de gemeente moet, mag en kan, maar ook om wat de gemeente wil.

Kijkend naar de factoren die gezondheid bepalen, zou gezondheidsbeleid collegebreed een plek moeten krijgen in het gemeentelijke beleid en overal op de politieke agenda moeten staan. Dat is echter lang niet altijd het geval²⁸. Het aantal gemeenten dat voor een 'minimale' benadering kiest, dat wil zeggen de wettelijke Wcpv-taken minimaal uitvoert en van gezondheidsbeleid geen politiek punt maakt, lijkt toch af te nemen. Mede onder invloed van het rijksbeleid zal gezondheidsbeleid langzaam maar zeker steeds meer een issue worden op de lokale politieke agenda.

VERSTERKING BESTUURLIJKE REGIE IN DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

²⁷ Lalonde, M., A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

²⁸ Dat dit lang niet overal het geval is, bleek uit de resultaten van de nulmeting in het kader van de bestuurlijke benchmark. Iets meer dan de helft van de geënquêteerde wethouders gaf aan dat de ambities voor het gezondheidsbeleid vast zijn gelegd in de collegeprogramma's en was van mening dat er in de besluitvorming op andere beleidsterreinen rekening wordt gehouden met de gezondheid van de bevolking. (SGBO, 2006). Bij bijna de helft van de gemeenten zou dat dus niet het geval zijn.

20 3.2 Bouwstenen voor prioriteiten

In elk geval één keer per vier jaar dienen gemeenten stil te staan bij de vraag welke prioriteiten op het gebied van de openbare gezondheidszorg opgenomen moeten worden in de nieuwe nota gezondheidsbeleid. Bij prioriteiten voor het gezondheidsbeleid gaat het om vragen als: Welke doelgroepen willen wij vooral bereiken? Welke problematiek of welke knelpunten willen wij met voorrang helpen oplossen en welke zijn voor onze gemeente op dit moment minder belangrijk? In de eerste nota's gezondheidsbeleid hebben veel gemeenten op alle onderdelen van de Wcpv prioriteiten geformuleerd. Dit resulteerde in lange lijsten van prioriteiten en activiteiten, versnippering van aandacht en middelen en (daardoor) vaak te weinig gerealiseerd resultaat. Veelvuldig horen we nu van gemeenten de behoefte om in de komende periode in te zetten op enkele prioriteiten, waarop dan ook echt vooruitgang zal moeten worden geboekt. Dat betekent dat de gemeenteraad de uitgangspunten voor het gezondheidsbeleid moet vaststellen met ruimte voor het college van burgemeester en wethouders om daar invulling aan te geven. Voor bestuurders is het belangrijk om de keuzes die zij willen maken goed te kunnen onderbouwen. Gemeentelijke bestuurders kunnen hun keuze voor prioriteiten in de nieuwe nota's baseren op een combinatie van gegevens en argumenten: evaluatiegegevens vorige nota, landelijke preventienota, regionale en lokale gezondheidsgegevens, de 'verhalen' van professionals en burgers die in de gemeente wonen en werken. Tevens zal er de komende jaren meer informatie beschikbaar komen uit benchmarks, monitors en de instrumenten die ontwikkeld zijn in het kader van het kwaliteitsprogramma Beter voorkomen. Denk daarbij aan de Integrale JGZ-benchmark, de GGD-benchmark en de gezondheidsmonitor.



Kies liever voor een paar duidelijke prioriteiten waar op ingezet gaat worden, in plaats van een lange lijst met prioriteiten die vervolgens geen van allen daadwerkelijk prioriteit krijgen.

Evaluatiegegevens

Uit de evaluatie van de vorige nota kunnen verbeterpunten komen, die van belang zijn voor de nieuwe prioriteiten. Eenmaal gestelde prioriteiten kunnen bijgesteld worden aan de hand van tussentijdse evaluaties. Een systeem van monitoring op de verschillende prioriteiten helpt hierbij en we adviseren dat op te nemen in de nieuwe nota zelf.



Neem in de nota gezondheidsbeleid op hoe en wanneer het beleid geëvalueerd wordt. U wilt immers weten of de geformuleerde ambities zijn gerealiseerd. Dit is tegelijkertijd een opmaat tot het formuleren van prioriteiten en ambities voor de volgende nota.

Prioriteiten uit de landelijke preventienota, aanhaken bij de kabinetsvisie

De landelijke prioriteiten voor het preventiebeleid voor de periode 2007-2010, staan in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Hierin worden zowel bestaande prioriteiten voortgezet als nieuwe prioriteiten gesteld. Speerpunten zijn: roken, overgewicht, diabetes, depressie en alcohol. Deze nota geeft richting aan de gemeentelijke nota's.

Daarnaast geeft het kabinet in zijn visie 'Gezond zijn, gezond blijven' aan dat het veel waarde hecht aan samenhang en verbinding, tegengaan van versnippering en verdere professionalisering. Er is zeker veel voor te zeggen om aan te haken bij de landelijke visie en de landelijke prioriteiten en daar een lokale invulling aan te geven. De landelijke prioriteiten zijn gebaseerd op cijfermatig onderbouwde landelijke ontwikkelingen in gezondheid en leefstijl. Het zijn bovendien thema's waarop relatief veel gezondheidswinst te behalen valt. Gemeenten kunnen in hun beleid aanhaken bij het rijksbeleid.



Maak gebruik van de handreikingen die zijn ontwikkeld rondom de speerpunten roken, overgewicht, tabakspreventie en schadelijk alcoholgebruik. De handreikingen zijn onder andere te downloaden op www.minvws.nl.

Regionale en lokale gezondheidsgegevens

Alle GGD'en leveren ten behoeve van de vierjaarlijkse nota gezondheidsbeleid epidemiologische gegevens over de gezondheidssituatie van de bevolking in 'hun' regio²⁹. Veel bestuurders willen ook specifieke gegevens over de eigen gemeente. Voor lokaal beleid zijn immers lokale gegevens nodig. Uit lokale gegevens kan bijvoorbeeld blijken dat het gezondheidsprofiel van de bevolking in een kleine kern of kleine gemeente op sommige punten afwijkt van dat in een grote stad uit dezelfde regio. Differentiatie van gegevens naar kern, buurt of wijk of doelgroep, maakt gerichtere interventies mogelijk. Ook als het waarschijnlijk is dat de lokale gegevens niet afwijken van de regionale, is het voor de onderbouwing van het lokale beleid of de lokale paragraaf van belang om te beschikken over de lokale gegevens. Sommige GGD'en leveren inderdaad ook gegevens op lokaal niveau, anderen alleen op regionaal niveau. Dit is afhankelijk van de opdracht van de gemeenten.

Sommige GGD'en maken ook gebruik van de gegevens van andere instellingen om een zo compleet mogelijk 'plaatje' te kunnen leveren. Het is een taak van bestuurders om duidelijk te maken aan hun GGD welke beleidsrelevante gegevens men nodig heeft. De afspraken met de GGD over gegevensverzameling en monitoring kunnen zelf onderdeel zijn van het gezondheidsbeleid.

Voorbeeld

De GGD Zaanstreek/Waterland en de GGD'en West Brabant en Hart voor Brabant zijn voorbeelden van GGD'en die voor elke gemeente in hun regio een set van lokale gezondheidsgegevens hebben geleverd, voorzien van op maat gesneden aanbevelingen.



Gemeenten kunnen ervoor zorgen dat de eigen GGD beleidsrelevante gegevens levert op lokaal niveau door goed opdrachtgeverschap en door te stimuleren dat de uitvoerende instellingen deelnemen aan landelijke benchmarks en monitors. Niet alleen kwantitatieve gegevens, maar ook kwalitatieve gegevens kunnen door de GGD verzameld en als één beeld gepresenteerd worden.

Adviezen, inzichten en verhalen van professionals en burgers

Het creëren van draagvlak in de samenleving voor beleid is bij uitstek onderdeel van de regierol van bestuurders en van belang voor de besluitvorming in de gemeenteraad. Het 'verhaal' en de inzichten van professionals en burgers over wat zij herkennen als belangrijkste gezondheidsproblemen en hun inzichten wat er lokaal of regionaal aan kan worden gedaan, maken de onderbouwing van prioriteiten compleet. Ook voor de uitwerking van prioriteiten in oplossingsrichtin-

²⁹ De gegevens zijn gebaseerd op eigen enquêtes volgens landelijke richtlijnen, waardoor vergelijking met andere regio's mogelijk is én een vergelijking/ontwikkeling in de tijd mogelijk is. De GGD'en hanteren een brede definitie van gezondheid (ook welzijns- en sociale componenten) en onderzoeken ook factoren die gezondheid beïnvloeden (leefstijl, sociale en fysieke omgeving). De gemeenten krijgen dus niet alleen cijfers over bijvoorbeeld het aantal mensen dat lijdt aan hart- en vaatziekten, maar ook gegevens over alcoholgebruik en ongezond eten (leefstijl) en het voorkomen van eenzaamheid (sociale omgeving).

22 gen en actieplannen zijn deze gegevens van belang. Gemeenten en GGD'en hebben inmiddels ervaring opgedaan met verschillende methoden om informatie te krijgen.

- Grote interactieve bijeenkomsten waar bestuurders, ambtenaren, GGD'ers, vertegenwoordigers van instellingen en cliëntenorganisaties aan meedoen, leveren meerwaarde op door het bij elkaar brengen van verschillende invalshoeken.
- Bijeenkomsten of rondetafelgesprekken met een beperkt gezelschap van geselecteerde experts of sleutelfiguren maken verdieping mogelijk, leveren inzicht in haalbare oplossingen en kunnen commitment opleveren van belangrijke dragers en uitvoerders van het beleid.

Voorbeeld

In Halderberge is de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke gesprekspartner geweest voor het vaststellen van de lokale prioriteiten. De eerste lijn vond het belangrijk om in gesprek te gaan met de gemeente en speelt nu ook een rol bij de uitvoering van de nota.

- Door enkele interviews met sleutelfiguren kunnen de prioriteiten op basis van de cijfers getoetst én genuanceerd worden en van een verhaal worden voorzien en kan er draagvlak worden gecreëerd.
- Burgers worden meestal betrokken via cliënten- en patiëntenorganisaties. Er is bij gemeenten en GGD'en nog weinig ervaring opgedaan met het direct betrekken van individuele burgers bij gezondheidsbeleid. Gemeenten kunnen dit veranderen door aan te haken bij de verschillende vormen van participatie van burgers bij het Wmo-beleid: panels, raden, inspraakavonden. Voor zover gemeenten in hun Wmo-beleid burgers willen stimuleren om zelf actief te zijn ten behoeve van het collectieve welzijn, kan dit verbreed worden naar het gezondheidsbeleid.

Welke methode gekozen wordt om 'het verhaal' achter de cijfers te horen en de lokale voorkeuren te vernemen, is mede afhankelijk van het politieke en historisch gegroeide krachtenveld in de gemeente en de eigen voorkeur van een gemeente of bestuurder.



Kies een methode voor het genereren van draagvlak en het combineren van informatie die past bij uw situatie. Een goede methode zorgt ervoor dat de beperkte beleids capaciteit optimaal benut wordt.



Het collegeprogramma kan aangrijpingspunten bieden voor de prioritering binnen het gezondheidsbeleid. Dit kan helpen om draagvlak te creëren voor het gezondheidsbeleid. Voorbeeld: wanneer in het collegeprogramma 'aandacht voor ouderen' een belangrijk thema is, zou hierbij aangesloten kunnen worden door 'bestrijden van eenzaamheid onder ouderen' als speerpunt in het gezondheidsbeleid te kiezen.

3.3 Keuze voor lokale prioriteiten versus regionale prioriteiten

Lokale prioriteiten hoeven niet noodzakelijkerwijs samen te vallen met de regionale. In de eerste nota's gezondheidsbeleid kozen bijvoorbeeld veel gemeenten voor versterking van de eerste lijn/huisartsenzorg, terwijl dit niet gold als een landelijke prioriteit of onderdeel was van prioriteiten op basis van epidemiologische gegevens. Gemeenten kunnen:

- de regionale prioriteiten overnemen en volstaan met een lokale bijdrage aan regionale speerpunten;
- de regionale speerpunten toespitsen op de lokale situatie door bijvoorbeeld te kiezen voor een bepaalde doelgroep;
- gedeeltelijk andere prioriteiten kiezen op basis van bijzondere lokale gegevens (extra aandacht voor milieu in vervuilde gebieden, of voor sociaaleconomische factoren in achterstandswijken);
- aanvullende prioriteiten kiezen, zoals zorg voor continuïteit in de eerstelijnsgezondheidszorg.



Bestendinging of versterking van huidig succesvol beleid kan ook prioriteit zijn. Resultaten boeken op het gebied van gezondheidsbeleid is immers een kwestie van lange adem!

3.4 Ambities

Ambities liggen in het verlengde van een visie en vormen de opmaat tot de hoofdlijnen van beleid, tot de vertaling in actieplannen en geven richting aan de gemeentelijke regie. De vragen die daarbij horen, zijn: Wát wilt u als bestuurder op het gebied van verbetering van de volksgezondheid in uw gemeente zien over tien jaar? Welke meetbare resultaten wilt u behalen op de geprioriteerde onderwerpen binnen uw termijn van vier jaar?

In de landelijke preventienota zijn voor het landelijke niveau meetbare ambities geformuleerd, zoals:

- Het percentage volwassenen met overgewicht dient minimaal gelijk te blijven en dat van jeugdigen moet dalen.
- Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar moet worden teruggebracht naar het niveau van 1992 (61,3%); het aantal volwassen probleemdrinkers moet worden teruggebracht van 9,3% (2004) naar 7,5% in 2010.

Bij bestuurders bestaat aarzeling om zich vast te leggen op dergelijke meetbare (SMART geformuleerde) ambities, want er zijn (te) veel factoren van invloed op leefstijl die buiten de invloedssfeer van de gemeente liggen.

- De verleidingen van de markt om bijvoorbeeld ongezond en veel te eten kan een gemeente nauwelijks aanpakken.
- Sociaaleconomische factoren spelen een belangrijke rol bij gezondheid. Beïnvloeding hiervan vergt langetermijnbeleid op gemeentelijk én landelijk niveau.
- Landelijke maatregelen (bijv. rookverbod) kunnen vele malen effectiever zijn dan lokale.
- Politiek gezien is het niet aantrekkelijk om een resultaat vast te leggen dat slechts gedeeltelijk door eigen beleid kan worden gerealiseerd.

Argumenten vóór SMART geformuleerde ambities zijn er ook.

- Aan het einde van de afgesproken periode kan op een eenduidige manier gemeten worden of de ambities gerealiseerd zijn, bijvoorbeeld middels de monitor van de GGD. Als de resultaten niet zijn gehaald, kan de conclusie zijn dat het door de gemeente gevoerde beleid goed is uitgevoerd maar dat het beleid verbetering, verscherping of aanvulling behoeft.
- Een helder geformuleerde politieke ambitie in termen van het oplossen van gezondheidsproblemen, kan de regierol van de bestuurder sterker en gericht maken; zeker als er tevoren commitment is gecreëerd bij gemeenteraad én uitvoeringspartners om de ambitie te realiseren.
- Door prestaties met uitvoerende partijen op een SMART manier vast te leggen en bekostiging door de gemeente daaraan te relateren, wordt inzichtelijk welke 'value for

money' wordt geleverd. Dit kan bijdragen aan een blijvend commitment voor gezondheidsbeleid in de gemeenteraad.

- Door het SMART formuleren van gezondheidsdoelen, kan een betere verbinding worden gelegd tussen beleid en uitvoering. In de verantwoording achteraf worden hierdoor onnodige discussie en teleurstelling voorkomen.
- Een belangrijk onderdeel van de bestuurlijke regierol is alle (samenwerkings)inspanningen gericht te houden op het realiseren van de ambitie. Dat lukt beter als uw ambities SMART zijn geformuleerd.

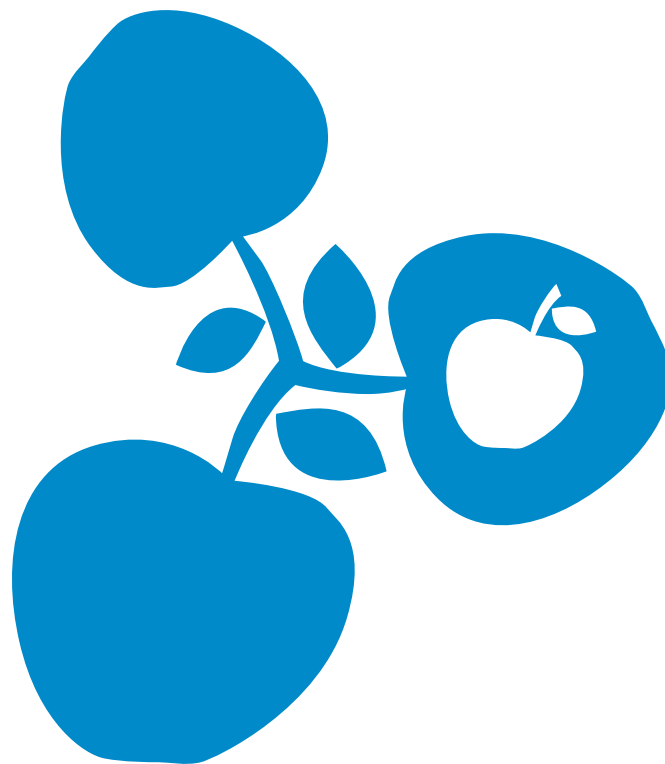
Voorbeeld

De gemeente Oisterwijk heeft een gecombineerde nota voor de Wmo en gezondheidsbeleid geschreven: 'Zorgen voor elkaar'. Per speerpunt is zo veel mogelijk geprobeerd concreet (SMART) te omschrijven wat men met het beleid wil bereiken. Bijvoorbeeld bij het speerpunt 'Schadelijk alcoholgebruik bij jongeren tegengaan' wil men bereiken dat 'het percentage Oisterwijkse jongeren dat overmatig drinkt of binge drinkt (volgens gegevens GGD) daalt'.



Voor lokaal beleid heeft u een beeld nodig van de gezondheidssituatie in uw gemeente. Daarvoor zijn meningen, opvattingen, verhalen en beelden van verschillende kanten minstens zo belangrijk als de cijfers. Als u geen capaciteit heeft voor eigen cijfermatig onderzoek: vorm u een beeld uit gesprekken met diverse betrokkenen.

Samenwerken tussen en binnen gemeenten





Samenwerken tussen en binnen gemeenten

Elke bestuurder met OGZ in zijn portefeuille heeft te maken met samenwerking en afstemming tussen gemeenten én met samenwerking en afstemming binnen de eigen gemeente. Facetbeleid en integraal beleid, waarbij verschillende beleidsterreinen een bijdrage leveren aan het gezondheidsbeleid, komen niet vanzelf van de grond. De bestuurlijke regie van de bestuurder OGZ kan zich binnen de gemeente richten op het:

- formuleren van sectoroverstijgende gezondheidsdoelen of -ambities, die onderdeel worden van het collegeprogramma;
- inzichtelijk maken hoe verschillende beleidsterreinen invloed kunnen hebben op de gezondheid van de bevolking en bevorderen dat daar rekening mee wordt gehouden in het beleid op die betreffende terreinen (facetbeleid);
- bevorderen dat vanuit de verschillende afdelingen of sectoren gezamenlijk beleid wordt ontwikkeld, waar ieder aan bijdraagt, gericht op het realiseren van gezondheidsdoelen;
- aansturen op een organisatiecultuur en -structuur, die eventuele 'hokjesgeest' doorbreken.

Elke bestuurder OGZ heeft ook te maken met regionale samenwerking tussen gemeenten. De belangrijkste samenwerking tussen gemeenten betreft die in een Wgr-regioverband, waarin de GGD-taken zijn ondergebracht. De wethouders OGZ zijn meestal betrokken bij het bestuur van de GGD in dit regionaal verband. De GGD-regio's worden groter, waardoor per regio meer gemeenten betrokken zijn bij één GGD. In Wgr-verband is er weinig ruimte voor individuele wensen van gemeenten, bijvoorbeeld om meer lokaal maatwerk te verkrijgen. Veel gemeenten wensen meer flexibiliteit en lokaal maatwerk van hun GGD. Een optie is om andere gemeenten in de regio te overtuigen van een beleid dat gaat in de richting van meer maatwerk. Een andere mogelijkheid is om meer te investeren in goede afspraken met de GGD op lokaal niveau. Er is bij GGD'en zelf ook een verschuiving gaande naar meer dienstverlening op maat.

Elke gemeente heeft ook te maken met de samenwerking tussen centrumgemeente en regiogemeenten. Deze samenwerking betreft de OGGZ-taken, die per 1 januari vanuit de Wcpv overgeheveld zijn naar de Wmo (prestatieveld 8). Twee andere prestatievelden van de Wmo (prestatievelden 7 en 9) hangen hier nauw mee samen (bevordering verslavingsbeleid en maatschappelijke opvang). Ook ten aanzien van deze prestatievelden hebben de centrumgemeenten extra verantwoordelijkheden en middelen. Zij dienen over hun beleid te overleggen met de omliggende regiogemeenten.

REGIEVRAGEN:

- *Welke inzet is intern nodig om facetbeleid/ integraal beleid te bewerkstelligen?*
- *Wat zijn argumenten om regionaal samen te werken?*
- *Hoe verhouden centrum- en regiogemeenten zich tot elkaar?*
- *Welke handvatten zijn er en welke keuzes moeten gemaakt worden om gezamenlijk met andere gemeenten regie te kunnen voeren?*
- *Welke ruimte is er voor de gemeente om de GGD aan te sturen voor lokale prioriteiten? Welke ruimte laat de Wgr?*

4.1 Interne regie, facetbeleid en integraal beleid

Interne regie is nodig om facetbeleid of integraal beleid te bewerkstelligen. Een regievraag die hierbij speelt is: welke inzet is intern gewenst om facetbeleid/integraal beleid te bewerkstelligen? Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van de visie, voorkeuren en mogelijkheden van de gemeente, dat wil zeggen van de gemeenteraad en van de bestuurders. Als de gemeenteraad de uitgangspunten voor gezondheidsbeleid heeft vastgesteld, is er ruimte voor het college van burgemeester en wethouders om dit in te vullen. Als de verantwoordelijke bestuurder gezondheid breed opvat en vindt dat diverse gemeentelijke sectoren een bijdrage zouden moeten leveren aan de bevordering van gezond gedrag, ligt het voor de hand dat wordt ingezet op interne regie om van gezondheidsbeleid een collegebreed speerpunt te maken, waar verschillende afdelingen bij betrokken worden.

Dit is niet gemakkelijk. Uit de eerdergenoemde nulmeting blijkt dat iets meer dan de helft van de bestuurders met gezondheidsbeleid in portefeuille van mening is dat er door collega-bestuurders bij het nemen van besluiten op andere beleidsterreinen zoals ruimtelijke ordening, wonen en dergelijke onvoldoende rekening wordt gehouden met de gevolgen voor de gezondheid van de bevolking.

Als de inspanningen op verschillende beleidsterreinen elkaar versterken en aanvullen om gezamenlijke (overstijgende)

doelen te bereiken op het gebied van gezondheidsbeleid dan spreken we van integraal beleid. Een sterk argument om te streven naar facetbeleid en integraal beleid is, dat een combinatie van maatregelen op verschillende beleidsterreinen het meeste effect heeft op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering.

De regie van de bestuurder OGZ kan zich richten op het volgende:

- sectoroverstijgende gezondheidsdoelen of ambities formuleren die door de gemeenteraad worden vastgesteld en onderdeel zijn of worden van het collegeprogramma;
- inzichtelijk maken van wat er gebeurt op de verschillende beleidsterreinen met betrekking tot gezondheidsbevordering en collectieve preventie. Uit een dergelijk overzicht zal blijken welke gezondheidsfactoren de gemeente wel en niet beïnvloedt met haar beleid en waar het eventueel beter kan;
- het bevorderen van facetbeleid: op alle terreinen bij beleidskeuzes rekening houden met effecten op de volksgezondheid;
- bevorderen van integraal beleid: het realiseren van doelen en ambities op het terrein van gezondheidsbeleid door het doelgericht inzetten van andere beleidsterreinen;
- aansturen op een organisatiestructuur en -cultuur, die de 'hokjesgeest' doorbreken en integraliteit bevorderen.

Wanneer u meerdere beleidsthema's in portefeuille heeft, kan dit het stimuleren van integraal/facetbeleid vergemakkelijken.

Wilt u investeren in integraal gezondheidsbeleid? Laat dan eerst in beeld brengen wat andere beleidsterreinen op dit moment al bijdragen aan het bevorderen of beschermen van de gezondheid.

Voorbeeld

In Halderberge werd een workshop georganiseerd over het SMART formuleren van doelstellingen in het gezondheidsbeleid voor zowel ambtenaren gezondheidsbeleid, werk en inkomen en verkeer en vervoer. Deze aanpak kan ertoe bijdragen dat al in de voorbereiding van de nota gezondheidsbeleid een integraal beleid vanuit verschillende beleidsterreinen kan worden geformuleerd. Zo kan het beleid inzake loop- en fietsroutes naar scholen ingezet worden om bewegen te stimuleren voor schoolgaande jeugd in de strijd tegen overgewicht.

4.2 Regionale samenwerking in het gezondheidsbeleid

In veel regio's zijn inmiddels samenwerkings- en overlegstructuren ontstaan rond gezondheidsbeleid, deels gebaseerd op wettelijke regels en deels ook niet. Een belangrijke regievraag voor elke bestuurder is: welke inzet wil ik plegen in regionale samenwerking, met welk doel en hoe?

Als een gemeente in de regionale samenwerking uitgaat van 'lokaal wat kan en regionaal wat moet', zal een bestuurder zich inspannen om de ruimte voor een lokale invulling van regionaal gezondheidsbeleid zo groot mogelijk te maken. De bestuurder

heeft in dit geval belang bij flexibele en 'losse' regionale afstemming. Dit is mogelijk binnen de niet-formele overlegstructuren, zoals regionale platforms of niet-formele portefeuillehouders-overleggen. Als het uitgangspunt andersom ligt, namelijk 'regionaal wat kan en lokaal wat moet', zal de inzet eerder gericht zijn op regionaal niet-vrijblijvend beleid. Het onderbrengen van GGD-taken in het kader van de Wgr in een regionaal verband heeft een niet-vrijblijvend karakter.

Nu gezondheidsbeleid prominenter op de lokale politieke agenda staat, willen veel bestuurders ook weten in hoeverre er ruimte is voor eigen lokaal beleid. Met name wil men de eigen beleidsruimte weten ten opzichte van de regionale GGD. Aansturing van de GGD is immers een belangrijk onderdeel van de gemeentelijke regie op het gebied van de OGZ/gezondheidsbeleid. Hierover gaat de volgende paragraaf. Bestuurders willen ook meer helderheid over de taken en bevoegdheden van centrumgemeenten versus die van de individuele regiogemeenten op het gebied van de OGGz. Dit is belangrijk om de eigen gemeentelijke regie te bepalen op dit onderdeel van de OGZ. Dit vraagstuk wordt hier aangestipt en uitgebreider besproken in de bijlage OGGz van deze handreiking.

4.3 Lokaal gezondheidsbeleid en aansturing van de regionale GGD

Bijna alle gemeenten hebben samen met de gemeenten in hun regio de GGD-taken overgedragen aan een gemeenschappelijke regeling. Een gemeenschappelijke regeling is een publiekrechtelijke vorm van samenwerking, geregeld in de Wet gemeenschappelijke regelingen. Er zijn verschillende vormen van een gemeenschappelijke regeling. Een gemeenschappelijke regeling die de GGD-taken uitvoert heeft de vorm van een openbaar lichaam. Een gemeenschappelijke regeling met een openbaar lichaam heeft de status van rechtspersoon. Hierdoor kan het bestuur van zo'n gemeenschappelijke regeling zelfstandig deelnemen aan het rechtsverkeer en bijvoorbeeld overeenkomsten sluiten.

Een gemeenschappelijke regeling met een openbaar lichaam kent drie verplichte bestuursorganen: een algemeen bestuur, een dagelijks bestuur en een voorzitter. Daarnaast kunnen eventueel ook bestuurscommissies en adviescommissies worden ingesteld (op grond van respectievelijk artikel 24 en 25 Wgr). De leden van het algemeen bestuur worden aangewezen door de raden van de deelnemende gemeenten uit de kring van de raden en colleges van burgemeester en wethouders. De leden van het dagelijks bestuur, waaronder ook de voorzitter, worden gekozen door en uit het algemeen bestuur.

Wethouders volksgezondheid kunnen op verschillende manieren betrokken zijn bij het bestuur van de GGD. Dat is afhankelijk van de wijze waarop de taken van de GGD in een gemeenschappelijke regeling zijn ondergebracht. De volgende twee vormen zijn mogelijk:

- Er is een aparte gemeenschappelijke regeling voor de GGD. In dat geval zullen de wethouders volksgezondheid in het algemeen bestuur van de gemeenschappelijke regeling zitting hebben, eventueel aangevuld met raadsleden of andere collegeleden.
- De GGD is ondergebracht in een gemeenschappelijke regeling die ook andere taken uitvoert, bijvoorbeeld de veiligheidsregio (met taken op het terrein van de regionale brandweer en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen [GHOR]). In dat geval zal het algemeen bestuur van de gemeenschappelijke regeling bestaan uit andere bestuurders dan (uitsluitend) portefeuillehouders volksgezondheid. Om er voor te zorgen dat de wethouders volksgezondheid invloed kunnen uitoefenen op het bestuur van de GGD, wordt doorgaans een adviescommissie of een bestuurscommissie ingesteld. Een adviescommissie adviseert het algemeen en dagelijks bestuur (over alle zaken die de GGD aangaan). Het algemeen bestuur kan aan een bestuurscommissie alle taken en bevoegdheden ten aanzien van de GGD overdragen, met uitzondering van het vaststellen van de begroting en de jaarrekening.

In een aantal regio's vallen deze commissies samen met een breder portefeuillehoudersoverleg volksgezondheid; de commissie dient dan tevens als platform voor de gezamenlijke wethouders om ook andere (dan GGD-)zaken op het gebied van zorg uit te wisselen en af te stemmen.

Het besturen van een GGD met soms 20 of 30 gemeenten betekent dat lokale of minderheidsstandpunten over de diensten of producten van de GGD moeilijk aan bod komen. Voor individuele gemeenten zijn de (formele) mogelijkheden om een eigen en afwijkende invulling te geven aan de dienstverlening door de GGD beperkt. Het rijksbeleid om de GGD-regio's congruent te maken met de veiligheidsregio's betekent vaak een opschaling van de GGD-regio's en maakt het voor individuele gemeenten nog moeilijker om de besluitvorming te beïnvloeden.

Sommige wethouders volksgezondheid signaleren dat hierdoor de lokale volksgezondheidsagenda van de GGD minder aandacht krijgt en dat regionale belangen van veiligheid de overhand krijgen.

Tegelijk willen veel gemeenten graag een dienstverlening die (meer) toegespitst is op de lokale doelen van het gezondheidsbeleid³⁸. Welke wegen kunnen gemeentebestuurders bewandelen?

- Zij kunnen hun overtuigingskracht aanwenden om hun medebestuurders van andere gemeenten en de GGD (-directie) te bewegen tot een beleid dat meer gericht is op dienstverlening op maat.

Voorbeeld

Een aantal gemeenten in een grote GGD-regio had andere opvattingen over de aansturing en het beleid van de GGD dan de meerderheid van de gemeenten. Zij hebben de koppen bij elkaar gestoken en geïnvesteerd in afstemming en uitwisseling met de collega's van andere gemeenten. Dit resulteerde in genuanceerdere standpunten tijdens de formele vergaderingen van de bestuurscommissie GGD.

- Investeren in goede samenwerkingsrelaties met de GGD op verschillende niveaus loont. Het is belangrijk om elkaars werelden te leren kennen en respecteren. De (medisch georiënteerde) professionele wereld van de GGD en de politiek-bestuurlijke wereld van de gemeente verstaan elkaar niet vanzelf. Soms moeten jarenlang gegroeide patronen worden doorbroken.
- Er is een verschuiving gaande bij de GGD'en. Er zijn steeds meer voorbeelden van GGD'en die proberen in hun dienstverlening en advisering diensten 'op maat' te leveren, 'hun' gemeenten als klant/opdrachtgever te beschouwen en rekening te houden met verschillende lokale contexten. Gemeenten kunnen deze voorbeelden gebruiken om hun eigen GGD te overtuigen. Een goed voorbeeld zijn de GGD'en die gezondheidsgegevens leveren op lokaal niveau en adviezen geven op maat per gemeente.
- Om het primaat van de politiek te benadrukken en het commitment van gemeenteraden vast te houden voor gezondheidsbeleid, is het de moeite waard om te investeren in gesprekken tussen gemeenteraden en GGD.

Voorbeeld

In de regio Rivierenland zijn er plannen om meerdere bijeenkomsten te houden met raadsleden om te spreken over lokaal gezondheidsbeleid.

- Het primaat van de politiek en de bepalende rol van bestuurders kunnen benadrukt worden door het portefeuillehoudersoverleg zó in te richten dat de GGD nadrukkelijk en alleen uitgenodigd wordt in de rol van adviseur/deskundige.

Sommige gemeenten kiezen bewust voor weinig eigen lokaal beleid en voor weinig aanbod op maat. Overwegingen hierbij zijn de volgende.

- De lokale situatie wijkt nauwelijks af van de regionale.
- Er is weinig lokale capaciteit op ambtelijk en bestuurlijk niveau (veelal kleinere gemeenten).

- Er zijn geen eigen ambities geformuleerd op het terrein van gezondheidsbeleid waardoor er geen geld is gereserveerd voor extra of afwijkende vragen aan de GGD.

4.4 Samenwerking centrum-gemeenten en regiogemeenten

Naast samenwerking in een Wgr moeten gemeenten samenwerken in een regionaal verband om OGGz-taken op te pakken samen met de taken maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. Per 1 januari 2007 zijn de OGGz-taken van de Wcpv overgegaan naar prestatieveld 8 van de Wmo en ontvangen 43 grotere gemeenten (de zogenaamde centrumgemeenten maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid) extra financiële middelen voor het bereiken, begeleiden en toeleiden naar reguliere zorg van multiprobleem-cliënten. De centrumgemeenten zijn verantwoordelijk voor regionaal beleid in overleg met de omliggende gemeenten (de regiogemeenten) op de prestatievelden 7 (maatschappelijke opvang en vrouwenopvang), 8 (coördinatie OGGz) en 9 (bevordering verslavingsbeleid). In de bijlage over de OGGz wordt ingegaan op de verhouding regiogemeenten en centrumgemeenten en wat dat betekent voor de gemeentelijke regie op het gebied van de OGGz.

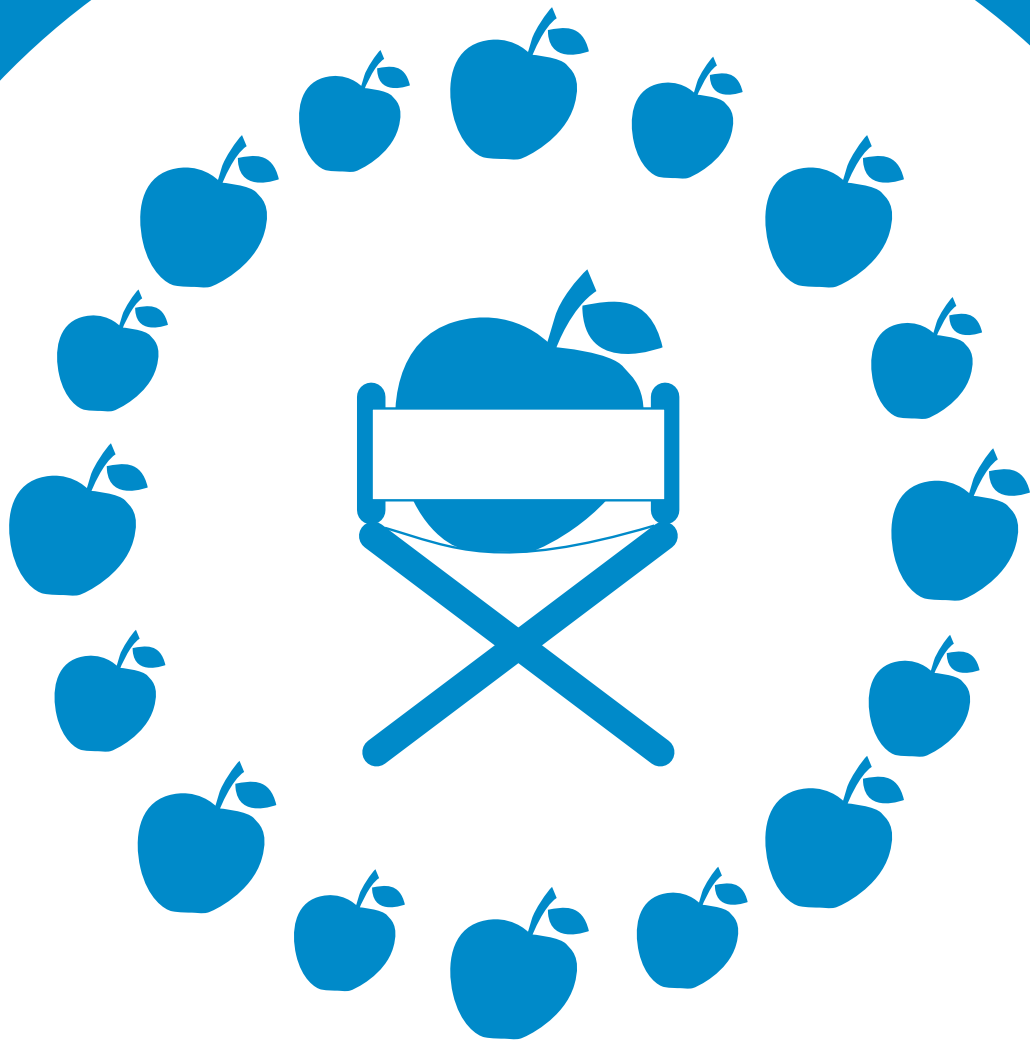


Beïnvloeding van de regionale samenwerking en actief meesturen op regionaal niveau, zijn belangrijk middelen om lokale prioriteiten en ambities te realiseren. Dat vraagt om investeren in samenwerkingsrelaties in de regio als onderdeel van de bestuurlijke regierol. Gemeenten kunnen er bewust voor kiezen niet te investeren in de regio. Dan maken ze in feite de keuze om de sturing aan anderen/collega's of de GGD over te laten.



Veel gemeenten werken samen in platforms, netwerken en overleggen. Laat in beeld brengen waar deze netwerken voor dienen en of ze goed functioneren. Zo komen hiaten en overlap in beeld. Soms kunnen overlegstructuren worden samengevoegd of zelfs worden opgeheven.

Samenwerken met externe partners: externe regie





Samenwerking met externe partners: externe regie

Er kunnen veel externe partijen - zowel lokaal als regionaal - betrokken worden bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid. De belangrijkste partners zijn de GGD, de GGZ-instellingen en de (thuis)zorginstellingen. Op lokaal niveau zijn er nog veel meer maatschappelijke organisaties die een rol kunnen spelen bij de uitvoering van het beleid op onderdelen: scholen, woningbouwcorporaties, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, welzijnsinstellingen, cliënten-/bewonersorganisaties enz.

De relatie met de GGD is complex, omdat de GGD enerzijds de eigen dienst van de gemeente is, bestuurd door de gemeente(n). Anderzijds kan de GGD, met name voor de plustaken, ook beschouwd worden als één van de partijen op een markt waar meerdere aanbieders zijn. Bovendien heeft de GGD zowel de rol van (onafhankelijk) adviseur aan de gemeente als de rol van uitvoerder, twee belangen die kunnen botsen.

Het is niet simpel om in zo'n complex krachtenveld op bestuurlijk niveau de regie te voeren; instellingen aan te sturen om gezondheidsdoelen mee te helpen realiseren en ze daartoe effectief samen te laten werken.

De gemeente kan een aantal instrumenten inzetten: financiën (bijvoorbeeld subsidie), faciliteiten (bijvoorbeeld ambtelijke capaciteit), de opdrachtgeversrol ten opzichte van de GGD, de bevoegdheden van andere beleidsterreinen (bijvoorbeeld op het gebied van vergunningen) en ten slotte de zachtere 'tools' zoals de onafhankelijke positie en de eigen overtuigingskracht.

Bestuurlijke regie betekent onder andere partijen ertoe aanzetten om samen te werken en de krachten te bundelen om de gemeentelijke ambities in de OGZ te realiseren. Het is belangrijk om te sturen in de richting van samenwerkingsvormen die passen bij de ambities en bij de mogelijkheden van de samenwerkingspartners.

Samenwerkingsvormen kunnen heel licht zijn, waarbij er niets verandert bij de organisaties, en zeer zwaar, waardoor ingrijpende veranderingen noodzakelijk zijn. De verschillende vormen vragen een andere invulling van de bestuurlijke regierol. Enkele samenwerkingsvormen zijn:

- lichte vormen zoals platforms of werkgroepen;
- projecten;
- ketens en netwerken;
- de samenwerking van enkele organisaties onderbrengen in een nieuwe organisatie (bijvoorbeeld in de JGZ).

5 Samenwerking met externe partners: externe regie

REGIEVRAGEN:

- *Welke partijen zijn nodig om gezondheidsambities te kunnen realiseren? Hoe krijg je die partijen zover dat zij mee willen werken aan het realiseren van de gezondheidsambities?*
- *Wat zijn de voor- en nadelen om andere partijen al in te schakelen bij het bepalen van de prioriteiten en ambities?*
- *Verheldering van de verhouding met de GGD: ‘gedwongen winkelnering’, verwachtingen en rollen van de GGD ten opzichte van de gemeente en vice versa.*
- *Ten opzichte van welke partijen is er sprake van ‘opdrachtgeverschap’?*
- *Op welk niveau moet de samenwerking plaatsvinden; moet de bestuurder bij alle gesprekken aanwezig zijn?*



Realisatie van de ambities staat of valt met het commitment en de uitvoering van de maatschappelijke partners. Het loont om hen gezamenlijk te betrekken bij het formuleren van prioriteiten en ambities en om hun te vragen naar bijdragen in de uitvoering op basis van de verantwoordelijkheid die zij hebben.

5.1 Externe regie

Elke bestuurder is voor de ontwikkeling en de uitvoering van gezondheidsbeleid afhankelijk van externe partners. De belangrijkste partners worden in dit hoofdstuk kort genoemd. De gemeente heeft met elke partner een andere relatie en beschikt per partner over andere middelen om te sturen. Regievoeren is echter meer dan een aantal één-op-één relaties met externe organisaties. Regievoeren op het gebied van gezondheidsbeleid houdt in dat alle inspanningen, als één samenhangend geheel, leiden tot realisatie van de gemeentelijke ambities en doelen. Dat betekent voor de regisseur: verbinden van partijen met elkaar en committeren van partijen aan elkaar, overstijgende en/of gemeenschappelijke belangen en doelen formuleren en voorwaarden en structuren scheppen die samenwerking bevorderen of zelfs afdwingen. De laatste paragraaf in dit hoofdstuk geeft een aantal mogelijke samenwerkingsvormen. In de bijlagen over JGZ en OGGz komt dit nog uitgebreider aan de orde.

36 5.2 Wie zijn de partners?

Belangrijke partners voor de gemeenten zijn in elk geval de GGD'en en de grote regionale (thuis)zorgorganisaties en GGz-instellingen. Daarnaast zijn tal van andere organisaties, zowel regionaal als lokaal georganiseerd, van belang voor de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. Met wie de gemeente precies wil samenwerken, is afhankelijk van de gemeentelijke prioriteiten en ambities. Apart vermelden we de verzekeraars en de eerstelijnsgezondheidszorg, die steeds vaker als belangrijke partners door de gemeenten worden gezien.

Hieronder passeren de belangrijke partners kort de revue.

- De GGD maakt deel uit van de (regionale) gemeentelijke organisatie en is formeel dus niet een externe partner van de gemeente. In het afnemen van sommige (markt) producten is de GGD voor de gemeente wel te vergelijken met een externe partner. Dat maakt de relatie met de GGD extra complex. In § 5.3. gaan we in op de complexe relatie met de GGD.
- De (thuis)zorgorganisaties zijn kernpartner voor de gemeente voor het onderdeel Jeugdgezondheidszorg 0- tot 4-jarigen. Net als de relatie met de GGD is ook deze relatie een complexe (zie verder de bijlage over de JGZ).
- Op het gebied van de OGGz (Wmo prestatieveld 8) zijn de, veelal regionaal georganiseerde, GGz-instellingen belangrijke partners van de gemeente naast de GGD. (Zie verder de bijlage over de OGGz.)

Partners voor de uitvoering van gezondheidsbeleid op onderdelen kunnen verder zijn:

- lokale welzijnsinstellingen, zowel algemeen als specifiek voor ouderen;
- regionaal of lokaal georganiseerde instellingen voor maatschappelijke dienstverlening en/of maatschappelijk werk; (thuiszorg)organisaties hebben soms ook een 'poot' maatschappelijk werk;
- organisaties voor kinderopvang;
- scholen;
- woningbouwverenigingen;
- sportverenigingen en andere vrijwilligersorganisaties;
- steunpunten mantelzorgondersteuning;
- plaatselijke ondernemers;
- politie;
- organisaties van cliënten/burgers.

Ten slotte zijn als partners de eerstelijnsgezondheidswerkers van belang en de zorgverzekeraars. Volgens de recente visie van de minister zou de eerste lijn een belangrijke rol moeten spelen op het gebied van preventie en van de afstemming tussen preventie en curatie³⁹. Onder het thema 'Betere samenhang in de zorg' noemt hij onder andere vroegsignalering en een goede doorverwijzing bij complexe problemen belangrijke taken van de eerste lijn.

Hoe is de praktijk? In de voorbereiding van de gezondheidsnota's en/of de Wmo-nota's hebben vele gemeenten al gesprekken gevoerd met de eerste lijn. Hoe de samenwerking met de eerste lijn handen en voeten gegeven moet worden is nog niet altijd duidelijk. Of dat lukt, is mede afhankelijk van de middelen voor preventie van de kant van de zorgverzekeraars.⁴⁰ Bestuurders doen er goed aan om contacten te leggen en te onderhouden met de belangrijkste verzekeraars en daarbij plannen en voornemens uit te wisselen. Als verzekeraars kiezen voor investeren in preventie, zijn zij de 'natuurlijke' partners van gemeenten.

39 Afstemming met de curesector is een van de gemeentelijke taken in de Wcpv. In 'Dynamische eerstelijnszorg' geeft minister Klink zijn visie op de toekomstige eerstelijnszorg (minister Klink, januari 2008).

40 Volgens Van der Grinten en Drewes (naar voetnoot artikel in jaarboek Publieke Gezondheid 2007 - Forum Stichting Public Health Forum - artikel 'Zorgverzekeraars & Preventie, nieuwe kansen of business as usual?') zijn er twee scenario's mogelijk: een waarin de verzekeraar preventie serieus neemt en het geven van voorlichting bijvoorbeeld onderdeel wordt van de zorgverlening in de eerste lijn, of een waarin preventie hooguit een soort franje blijft.

5.3 De GGD: partner in een complexe relatie

De relatie tussen de GGD en de gemeente is complex. Menig wethouder voelt de spagaat van enerzijds de bestuurlijke (mede)verantwoordelijkheid voor een solide regionale GGD – ook financieel – en anderzijds de verantwoordelijkheid voor eventuele lokale prioriteiten die door dezelfde gemeenten bekostigd moeten worden. Er zijn nog meer aspecten die de relatie complex maken:

- De GGD is de belangrijkste beleidsadviseur voor de gemeenten op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid én tegelijk de belangrijkste uitvoerder van dat lokaal beleid. Dit kan leiden tot vermenging van belangen.
- Het regionaal vastgestelde aanbod van de GGD kan op gespannen voet staan met de vraag van individuele gemeenten.
- De gemeenten zijn als gezamenlijke bestuurders en financiers van de GGD uiteindelijk zelf verantwoordelijk voor de producten van hun GGD en de kwaliteit daarvan.⁴¹ Tegelijk zijn er ook andere goede aanbieders op de markt. Als een gemeente daar gebruik van maakt, kan dat ten koste gaan van het 'eigen' GGD-aanbod.

In zo'n complexe relatie kan gemakkelijk belangenverstrengeling optreden en kunnen verantwoordelijkheden en rollen onduidelijk worden. Deze complexe relatie vereist van zowel gemeenten als GGD'en samenwerkingskunst en -vaardigheden op elk niveau. Een attitude van wederzijds respect en vertrouwen is de basis. Deze begint met de erkenning door de GGD dat de gemeente de verantwoordelijkheid én de vrijheid heeft om het lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen vanuit een politieke/lokale context en in zee kan gaan met meerdere uitvoerders.

De GGD zou op zijn beurt moeten kunnen rekenen op erkenning door de gemeente van zijn professionele domein met een lange staat van dienst op dit terrein. Gemeenten doen er goed aan om hun overlegstructuur met de GGD zó in te richten dat de verschillende verantwoordelijkheden zo goed mogelijk uit elkaar worden gehouden.

5.4 Verschillende relaties - verschillende sturingsmogelijkheden

Gemeenten hebben een aantal 'harde' en 'zachte' sturingsmogelijkheden, die zij in kunnen zetten om hun partners zodanig te sturen dat zij effectief bijdragen aan het realiseren van de gemeentelijke ambities.

De gemeente als financier

Geld vormt een effectief sturingsinstrument. Met onder andere welzijnsinstellingen, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening of maatschappelijk werk en steunpunten mantelzorgondersteuning hebben gemeenten veelal een structurele subsidierelatie. De gemeente kan eisen stellen aan bijvoorbeeld het bereiken van bepaalde doelgroepen, participatie in samenwerkingsverbanden of het leveren van gegevens. Met incidentele of eenmalige subsidies kan een gemeente instellingen, verenigingen of burgergroepen ondersteunen bij en stimuleren tot het leveren van een bijdrage aan de uitvoering van gezondheidsbeleid.

De gemeente kan bijvoorbeeld aan een stichting welzijn ouderen een eenmalige projectsubsidie verstrekken voor activerende/signalerende huisbezoeken aan alle 75-plussers in de wijk in het kader van preventie van depressie en het opsporen van eenzaamheid onder ouderen.

De gemeente als faciliteerder

Om organisaties te bewegen een bijdrage te leveren aan gezondheidsbeleid hoeft er niet altijd geld aan te pas te komen. De gemeente kan ook sturen in de gewenste richting door het inzetten van ambtelijke capaciteit of door andere faciliteiten zoals ruimte bieden.

Voorbeeld

De gemeente Breda vindt het belangrijk dat er meer samenhang ontstaat in preventie en gezondheidsbevordering. Daartoe moeten verschillende organisaties

41 De wettekst verplicht tot de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst. In artikel 5, lid 1 staat "Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen burgemeester en wethouders zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten." Hieruit volgt niet dat de gemeentelijke gezondheidsdiensten alle opgedragen taken dan ook horen uit te voeren. Ten aanzien van de JGZ wordt expliciet de ruimte opengelaten voor uitvoering door andere instellingen.

38 samenwerken om tot een integraal en concreet aanbod te komen. Zij faciliteert drie samenwerkingspilots in de gemeente zoals de gezamenlijke ontwikkeling van een integraal preventieplan op een school, dat als één geheel uitgevoerd moet worden. De gemeente levert een onafhankelijk projectleider vanuit haar ambtelijke capaciteit.

De gemeente als bestuurder⁴²

De bestuurders van de (regionale) GGD, die door de gemeenten zijn aangewezen, kunnen de GGD opdragen om het aanbod beter te laten aansluiten op de prioriteiten in het lokaal gezondheidsbeleid. Zo kunnen zij bijvoorbeeld een opdracht formuleren aan de GGD om gezondheidsgegevens te leveren op lokaal niveau of om zo veel mogelijk maatwerk per gemeente te leveren.

De gemeente stuurt via andere beleidsterreinen

De gemeente kan externe partners ook beïnvloeden via andere beleidsterreinen dan zorg en welzijn. De gemeente kan de samenwerking in de eerste lijn enigszins sturen door haar huisvestingsbeleid.

Voorbeeld

De gemeente Halderberge geeft in haar gezondheidsnota aan dat zij door middel van haar huisvestingsbeleid de vestiging van gezondheidscentra zal stimuleren.

De gemeente gebruikt haar positie en overtuigingskracht

Gemeenten kunnen 'zachte' middelen inzetten zoals hun onafhankelijke positie en overtuigingskracht, en daardoor partijen stimuleren om, vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid, een bijdrage te leveren aan de uitvoering van gezondheidsbeleid. Zo kunnen gemeenten woningcorporaties aanspreken om alerter te zijn op signalen van huurders met problemen; over deze signaleringsfunctie kunnen afspraken worden vastgelegd.

Voorbeeld uit een benchmarkbijeenkoms

Om een lokaal zorgnetwerk van de grond te krijgen hebben partijen een beroep gedaan op de gemeente om de rol van onafhankelijk voorzitter te vervullen.

Tenslotte is voorwaarde voor een succesvolle regie, dat de belangrijkste externe partners wensen dat de gemeente de relatief onafhankelijke regisseur is. Dit verschaft aan de gemeente de legitimatie om sturend op te treden, ook als er weinig harde sturingsmogelijkheden zijn.

5.5 Samenwerking tussen externe partners

Effectief gezondheidsbeleid moet het niet alleen hebben van het bilateraal aansturen van partijen, maar ook van de onderlinge samenwerking en afstemming tussen partijen.

Samenwerking hoeft niet altijd

Elke bestuurder krijgt elke dag te maken met de roep om samenhang en samenwerking. De eerste regievraag die hij/zij moet beantwoorden is of samenwerking en afstemming werkelijk nodig zijn en wanneer. Voor het realiseren van de gemeentelijke ambities is het niet altijd nodig dat meerdere partijen een samenwerkingsverband aangaan. Bovendien kan bestuurlijke regie ook betekenen: doorpakken en met één partij in zee gaan om al te langdurige afstemmingsonderhandelingen te vermijden of te doorbreken.

Bestuurlijke regie om tot samenwerking te komen

Als er meerdere partijen tot samenwerking moeten komen, richt de bestuurlijke regie zich op het creëren van commitment van partijen aan ambities en doelen. Daarnaast zal de bestuurlijke regie zich richten op de voorwaarden waaronder de partijen hun bijdragen leveren om gezamenlijke doelen of ambities te realiseren.

⁴² Opdrachtgeverschap past bij de hiërarchische verhouding van bestuurder ten opzichte van de (directie van de) GGD. De gemeente kan ook opdrachtgever zijn van profit- en non-profitorganisaties voor het tegen betaling afnemen van diensten (bijvoorbeeld medische keuringen voor parkeervergunningen invaliden). Opdrachtgeverschap gebruiken we niet als het gaat om een subsidierelatie.



Commitment is gemakkelijker te creëren als partijen samen (overstijgende) doelen of ambities formuleren.

De voorwaarden die gerealiseerd moeten worden, betreffen: een passende bestuurlijk-organisatorische samenwerkingsvorm en afspraken over de inzet van iedere partner in termen van capaciteit, middelen, deskundigheid, ervaring enz. Ten slotte kan het verstandig zijn om ook stil te staan bij de vraag welke procesdoelen er door de samenwerking bereikt moeten worden. Doelen kunnen bijvoorbeeld zijn: elkaars werkwijzen en (bestuurs)culturen leren kennen en respecteren, een gemeenschappelijke 'taal' ontwikkelen voor het omschrijven van maatschappelijke problemen en werkwijzen en vertrouwen ontwikkelen in elkaars kennis en kunde.



Bij een samenwerking tussen gemeenten, professionele instellingen en organisaties van cliënten, vrijwilligers of burgers, komen verschillende werelden samen, die elkaar niet altijd goed begrijpen. Het is verstandig aandacht te besteden aan de verschillen en te koersen op dat wat bindt.

Voorbeeld

Tijdens een regionale bijeenkomst over de OGGz bleek dat de ambtenaren en professionals de óók aanwezige vrijwilligers/cliënten nauwelijks raadplegen als zij verbeteringen zoeken in hun onderlinge samenwerking ten behoeve van cliënten. 'Gewoon' gaan vragen wat (vertegenwoordigers van) cliënten vinden, bleek geen optie te zijn waar men vanzelfsprekend aan dacht.

5.6 Samenwerkingsvormen

Bestuurlijke regie betekent onder andere externe partijen bewegen om samen te werken in een vorm die past bij de ambities en mogelijkheden van de partners en vice versa. Dat varieert van een losse en vrijblijvende vorm van afstemming, informatie-uitwisseling en elkaar op de hoogte houden tot de vorming van een nieuwe organisatie voor een specifiek doel. Bij bestuurlijke regie hoort dat de afspraken over de samenwerking worden vastgelegd in een vorm die past bij de aard van de samenwerking. Soms volstaan de notulen van een vergadering. Soms is een overeenkomst de beste manier en soms past een convenant of een intentieverklaring (bijvoorbeeld bij een beoogde fusie) het beste. Vorming van een nieuwe organisatie en ketensamenwerking vragen veel van de gemeente als onafhankelijke regisseur én van de betrokken partijen. Deze vormen van samenwerking laten de samenwerkende organisaties niet onberoerd. Als zij de vereiste aanpassingen of veranderingen in hun eigen organisatie, zoals het afstaan van bevoegdheden en capaciteit of aanpassing aan andere spelregels en protocollen, niet goed voor elkaar krijgen, stagneert de samenwerking. Afspraken hierover worden op bestuurlijk niveau gemaakt. Hieronder passeren enkele samenwerkingsvormen de revue.

Samenwerken in een nieuwe organisatie

Voor sommige onderdelen van de OGZ kan het gewenst zijn dat samenwerking leidt tot een nieuwe organisatie al of niet door fusie. Deze optie is bijvoorbeeld aan de orde bij de vormgeving van de integrale JGZ. In verschillende gemeenten wordt overwogen om voor de integrale JGZ een nieuwe organisatie in het leven te roepen.

40 Voorbeeld

De optie (naast andere) van een nieuwe private organisatie is ook onderwerp van gesprek op het terrein van de OGGz in de regio Noord-Kennemerland, waar men nadenkt over een organisatievorm waarin meldpunten voor verschillende OGGz-doelgroepen hun krachten moeten bundelen.

Tip

De gemeente kan als onafhankelijk regisseur bij uitstek aller ogen gericht houden op de inhoud en de doelen waar het allemaal om begonnen is, los van organisatiebelangen.

Samenwerken in ketens en netwerken

Ketens en netwerken zijn samenwerkingsverbanden, waarin deelnemende organisaties elk een onderdeel leveren van een integraal aanbod. Doel van ketensamenwerking is om cliënten met een complexe problematiek een aanbod te bieden dat één geheel vormt, ook al wordt het uitgevoerd door verschillende organisaties. Een keten kan pas goed werken als de verantwoordelijkheid op ketenniveau voor een sluitende aanpak geregeld is en iemand bevoegd is beslissingen te nemen die individuele organisatiebelangen overstijgen. Deze zogenaamde regie op ketenniveau wordt meestal belegd bij een van de partners. Bestuurders blijven verantwoordelijk voor het systeem veelal middels een stuurgroep.

Netwerken zijn wat lossere, meer vrijblijvende vormen van samenwerking. Voorbeelden zijn de lokale zorgnetwerken, waarin lokale hulp- en dienstverleners periodiek die cliënten bespreken, die met meerdere problemen kampen en bij meerdere hulpverleners bekend zijn. Deelnemers zijn bijvoorbeeld een medewerker sociale dienst, een maatschappelijk werker, iemand van het Wmo-loket, wijkteam politie, vertegenwoordiger welzijnswerk. Doel is om in onderling overleg de ondersteuning aan cliënten af te stemmen, nieuwe problemen te signaleren en een goede verwijzing te bewerkstelligen.

De verantwoordelijkheden en bevoegdheden van organisaties blijven onveranderd. De gemeente kan besluiten om het netwerk te faciliteren door een onafhankelijk voorzitter te leveren van GGD of gemeente zelf.

Het succes van ketens en netwerken staat of valt met de niet-vrijblijvende inzet door de partners. De bestuurlijke regisseur van de gemeente kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren door besturen/directies aan te spreken op het (mede) creëren van de voorwaarden en daarbij de eerdergenoemde instrumenten in te zetten.

Tijdelijke samenwerkingsverbanden: projecten

Gemeenten zetten graag in op projecten. Projecten zijn resultaatgericht. Daarop kan gestuurd en geëvalueerd worden. Na afloop komt er weer geld 'vrij' om elders in te zetten. Als samenwerkingspartner hoeft men zich niet langdurig te binden. Als de samenwerking niet goed verloopt of het resultaat tegenvalt, kunnen de partners stoppen. De doorlooptijd van een project is beperkt. Het is goed om te beseffen dat het realiseren van gezondheidsdoelen juist langetermijnspanningen vraagt. Juist de gemeentelijke bestuurder kan het oog houden op de langetermijnambities: als de resultaten behaald zijn, moeten ze worden geborgd door de vernieuwingen die het project heeft opgeleverd te implementeren in de betrokken organisatie. Dit kan betekenen dat een vervolg van de samenwerking gewenst is, wellicht op een ander niveau.

Voorbeeld

In Breda is ervoor gekozen om drie verschillende samenwerkingspilots te starten om te leren op welke manier de samenwerking tussen gemeente/GGD en verschillende externe partners het best vormgegeven kan worden. De pilots hebben de vorm van projecten, die nauwlettend gevolgd worden en moeten leiden tot inzichten over goede samenwerkingsvormen en de aansturing daarvan. De bevindingen worden gebruikt bij het opzetten van andere samenwerkingsverbanden in de OGZ.

Lichte vormen van samenwerking

Gemeenten, externe kernpartners en overige maatschappelijke organisaties treffen elkaar geregeld op verschillende niveaus in structureel overleg of bij incidentele bijeenkomsten: platforms (bijvoorbeeld OGGz-platform in sommige gemeenten), werkgroepen (themawerkgroepen in bijvoorbeeld regio Twente), projecten (voorbeeld Breda), interactieve bijeenkomsten over gezondheidsbeleid (zoals in regio Rivierland). De bedoeling is: kennis uitwisselen, elkaar op de hoogte houden, gezamenlijke meningsvorming of ideeënvorming. Het is wel de moeite waard om te investeren in deze lichte (structurele) vormen van samenwerking, zodat gemeenten en organisaties elkaar weten te vinden als het nodig is om tot andere vormen van samenwerking te komen.



Het is niet nodig om als bestuurder altijd overal bij te zitten. Selectief deelnemen aan overleg met externe partners kan eventuele latere samenwerking ten goede komen. U kunt als bestuurder bovendien de gelegenheid aangrijpen om de eigen positie en rol te profileren op het terrein van de openbare gezondheidszorg.

Voorbeeld

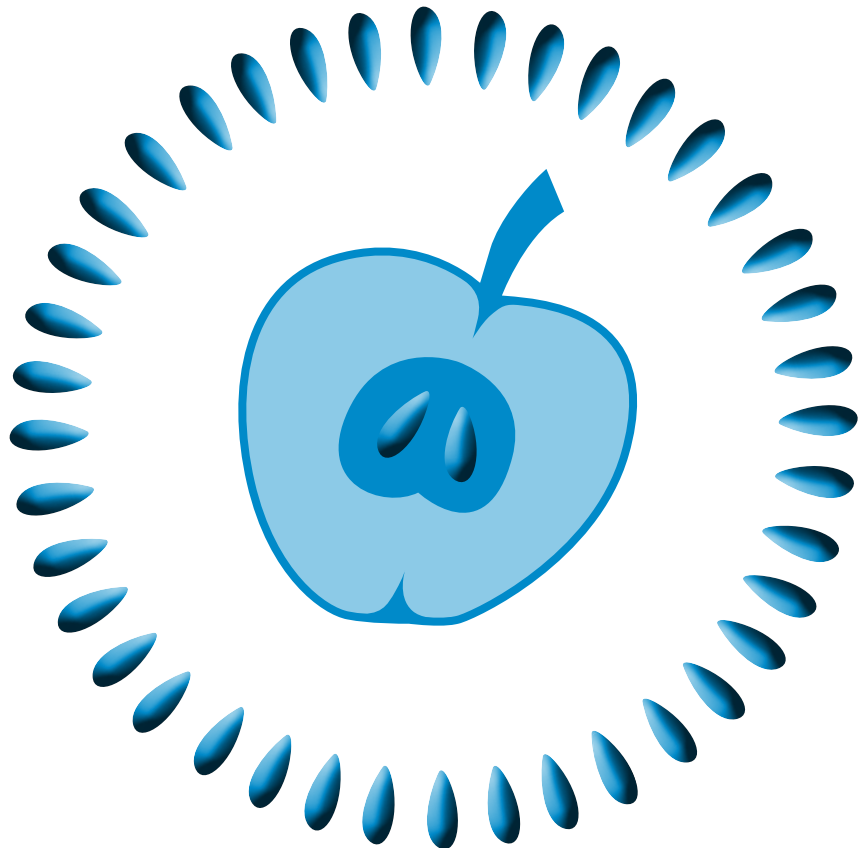
Een samenhangend actieprogramma per thema

In de regio Twente zijn vier themawerkgroepen ingesteld voor de uitwerking van de vier prioriteiten uit de regionale nota gezondheidsbeleid, tot een samenhangend beleid. De werkgroepen zijn samengesteld uit gemeenteambtenaren, leden van de werkgroep lokaal gezondheidsbeleid en medewerkers van maatschappelijke organisaties die betrokken zijn bij de uitvoering van preventiebeleid. In de themawerkgroep depressie bijvoorbeeld werken gemeenten samen met de GGD, GGz-instellingen en de informele zorg. Het resultaat is een voorstel voor een samenhangend actieprogramma per thema, dat voorgelegd kan worden aan de gemeenten en dat door partijen in samenhang kan worden uitgevoerd. Om de uitvoering te waarborgen wordt voorgesteld om in regionaal verband op bestuurlijk niveau per prioriteit een bestuurder aan te wijzen als trekker van een thema.



Identificeer per prioriteit of gezondheidsprobleem de externe partners en benoem in welke beleidsfase elke partner nodig is bij het realiseren van de ambitie. Wees helder over de verwachtingen en verantwoordelijkheden over en weer en blijf voortdurend afstemmen.

Bestuurlijke regie in 7 stappen





Bestuurlijke regie in 7 stappen

Stap 1 - Formuleren van een visie, ambities en prioriteiten

Stap 2 - Het speelveld in kaart brengen

Stap 3 - Randvoorwaarden en regiekeuzes

Stap 4 - Initiëren, mobiliseren, en regierol neerzetten

Stap 5 - Vastleggen van afspraken over inzet en keuze samenwerkingsvorm

Stap 6 - Voortgang bewaken op bestuurlijk niveau en tussentijdse sturing

Stap 7 - Evalueren en verantwoorden

6 Bestuurlijke regie in 7 stappen

In dit hoofdstuk vindt u de voorafgaande hoofdstukken nog eens terug in een overzichtelijk aantal stappen en met een aantal handvatten om uw regie te verbeteren. Dit hoofdstuk is van toepassing op de regiepraktijk in het brede veld van gezondheidsbeleid, waaronder de OGGz en de JGZ.

Als politicus bent u gewend om te opereren in netwerken, belangen af te wegen en draagvlak te creëren voor de eigen politieke doelen binnen en buiten de raadszaal. Als bestuurder bent u gewend beleidsbeslissingen te nemen, de uitvoering in de gaten te houden en verantwoording af te leggen. En u verstaat de kunst van het jongleren: vele ballen in de lucht houden. Dit politiek en bestuurlijk opereren binnen de lokale context van het openbaar bestuur is ook de praktijk op het gebied van gezondheidsbeleid.

Bestuurlijke regie in 7 stappen

Bestuurlijke regie is complex op het terrein van de openbare gezondheid; de praktijk laat zich niet gemakkelijk opdelen in stappen. Onderstaand stappenplan is bedoeld als een hulpmiddel om ordening aan te brengen in de complexe praktijk van het lokale gezondheidsbeleid, om te helpen bij het maken van regiekeuzes en om meer grip te krijgen op complexe processen. Het kan ook dienen als een check of er niets over het hoofd is gezien. De eerste vijf stappen zijn in de voorafgaande hoofdstukken behandeld. Het gaat om het initiëren en vormgeven van de beoogde samenwerking. De stappen zes en zeven zijn toegevoegd omdat er over de uitvoering en evaluatie ook tips zijn te geven.



Formulieren van een visie, ambities en prioriteiten

Een visie geeft een inhoudelijke basis voor langere tijd. Zij geeft een antwoord op vragen als: zien we gezondheid breed of smal, wat is het beeld van een gezonde gemeente, van een gezonde jeugd, hoe kijken we aan tegen de verantwoordelijkheid van de burgers, bijvoorbeeld ouders of kwetsbare burgers, hoe kijken we aan tegen de kwaliteit van de voorzieningen? Visie is de basis voor ambities en geeft een waardenoriëntatie en inhoudelijke uitgangspunten voor het gezondheidsbeleid.

Prioriteiten vaststellen voor een bepaalde periode betekent onderbouwde keuzes maken: naar welke doelgroepen, naar welke problematiek, naar welke voorzieningen gaat (extra) geld en naar welke niet?

Ambitie wordt ook vastgesteld voor een bepaalde periode: wat moet er in onze gemeente veranderd zijn over tien jaar? Welk gezondheidsresultaat willen we kunnen meten na vier jaar? Voor welk resultaat en voor welke kwaliteit willen we ons inzetten? Een concreet geformuleerde ambitie helpt om de bestuurlijke regie doelgericht in te zetten. De methodiek van SMART formulieren helpt om de gemeentelijke ambities concreet te maken. Een goed geformuleerde ambitie is concreet, motiveert en spreekt aan, en heeft een duidelijke link naar de visie.

Het is te overwegen om externe partijen te betrekken bij deze eerste stap. Sommige gemeentelijke bestuurders vinden dat prioriteiten en ambities het best door de professionals in het veld kunnen worden geformuleerd en dat de regie van de gemeente zich moet beperken tot het in goede banen leiden van het debat en eventueel tot het doorhakken van knopen. Andere bestuurders vinden dat het formuleren van een visie, het vaststellen van prioriteiten en ambities voorbehouden is aan het gemeentebestuur en de gemeenteraad, onafhankelijk van de opvattingen van externe partijen. Een beperkte raadpleging zou dan volstaan. Elke bestuurder OGZ zal hierin een keuze moeten maken.

Bestuurlijke regie vraagt kennis van het speelveld: welke beleidsterreinen of sectoren zijn van belang en met welke spelers heb ik te maken, extern, intern en bij andere gemeenten? Van de bestuurder/regisseur wordt gevraagd om de externe regie, de interne regie en de positionering ten opzichte van andere gemeenten, goed op elkaar af te stemmen. Als een gemeente streeft naar integraal beleid, is het speelveld breed: meerdere beleidsterreinen, veel dwarsverbanden, soms complexe overlegstructuren, veel spelers van diverse pluimage.

Om de externe partners in beeld te brengen helpen de volgende vragen:

- Wie zijn de relevante externe partners voor het realiseren van onze ambities in het gezondheidsbeleid? Wat kan hun bijdrage zijn, wat is hún verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld kwaliteit en in welke fase van de beleids-cyclus willen we hen bestuurlijk betrekken?
- Wie van hen zijn de belangrijkste, de kernpartners? Dat kunnen de partners zijn die bij elke fase van de beleids-cyclus betrokken zijn en/of de partners die een hoofdrol spelen bij de uitvoering en/of bij de financiering. Vaak zijn de 'natuurlijke' kernpartners: verzekeraars, GGD, JGZ/ thuiszorg en GGZ en enkele lokale partijen.
- Hoe gaan we om met vertegenwoordigers van burgers of cliënten en in welke fase? Behoren zij tot de kernpartners?
- Hoe kan de relatie met de partners worden gekarakteriseerd? Is er sprake van opdrachtgeverschap, een subsidierelatie, een hiërarchische bestuurdersrelatie? Is er sprake van een andersoortige relatie: een mogelijke medefinancier, belangenbehartiger van een doelgroep? De relatie met de verschillende partners bepaalt mede welke sturingsinstrumenten een gemeentelijke bestuurder in kan zetten.

- Met welke onderlinge verhoudingen van de externe partijen moet rekening worden gehouden bij het regisseren van de samenwerking? Is er bijvoorbeeld sprake van concurrentie, wederzijdse afhankelijkheid bij ketenvorming?
- Hoe wordt het spel gespeeld? Welke formele en informele samenwerkings-, overleg- en besluitvormingsstructuren zijn al aanwezig? In hoeverre zijn de gemeentelijke regierol en gemeentelijke sturing geaccepteerd of gewenst, of moet de gemeente die rol nog 'verdienen'?

Om de interne partners in beeld te brengen helpen de volgende vragen:

- Welke gemeentelijke beleidsterreinen hebben effect op de gezondheidssituatie van de bevolking en/of kunnen een actieve bijdrage leveren aan het realiseren van de gezondheidsambities, wie vertegenwoordigen deze belangen op raads-, bestuurlijk en ambtelijk niveau?
- Is er al een inhoudelijke basis voor facetbeleid en integraal beleid in het bestaande beleid van het college en de raad, bijvoorbeeld door sectoroverstijgende uitgangspunten of doelen, is er al een kwaliteitsbeleid?
- In hoeverre worden facetbeleid en integraal beleid in onze gemeente ondersteund en gestimuleerd door de organisatiestructuur en -cultuur (wel/geen hokjesgeest)? Hierbij speelt ook de omvang van een gemeente een rol en de manier waarop de portefeuilles verdeeld zijn in een college.

Om de positie ten opzichte van andere gemeenten in beeld te brengen helpen de volgende vragen:

- Welke relevante samenwerkings- en overlegstructuren zijn er in de regio op bestuurlijk niveau, wat is het doel en hoe is de besluitvorming geregeld?
- Met welke andere gemeenten in de regio ligt nauwere samenwerking of afstemming voor de hand op basis van overeenkomende belangen of overeenkomende koers en ambities?

Regie voeren heeft een prijs en er moet aan enkele randvoorwaarden zijn voldaan. Als een gemeente ervoor kiest om een krachtige regierol op zich te nemen, kost dat tijd (van bestuurder en ambtenaren), geld om de regierol te faciliteren, beschikbaarheid van gegevens/cijfers (bijvoorbeeld gezondheidsgegevens op lokaal niveau en/of gegevens over het beleid van relevante andere beleidsterreinen) en eventueel een investering in vergroting van kennis en competenties van de regisserende wethouder en ambtenaar.

Een bestuurder kan kiezen voor een actieve regierol of juist niet. Met name bestuurders (en ambtenaren) van kleine gemeenten zien, vanwege hun zeer brede en gevarieerde portefeuille en hun relatief geringe invloed in de regionale samenwerkingsverbanden, vaak geen kans om een actieve regierol op zich te nemen.

Het gaat hier ook om de vraag of de gemeente een actieve en krachtige regierol op zich wil en durft nemen. De krachtige claim vanuit de grotere regionale professionele organisaties (GGD, GGZ, thuiszorg) om 'het altijd beter te weten', laat soms weinig ruimte voor eigen lokale en politieke afwegingen en sturing.

Bij wethouders die terughoudend willen zijn in hun rol, doet zich de vraag voor of bestuurlijke regie ergens anders belegd kan worden. Het antwoord is dat de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor door de wet opgedragen regie, niet aan een andere partij overgedragen kan worden. Bij een samenwerking in het kader van de Wgr is die gemeentelijke verantwoordelijkheid overgedragen aan het regionaal verband. De kleinere gemeenten leunen dan min of meer op de grotere. De regieverantwoordelijkheid voor de OGGz is bij wet geregeld en toebedeeld aan de centrumgemeenten, waardoor de regie in handen blijft van een gemeente.

Als u hebt gekozen met welke ('oude' en nieuwe) partijen u als gemeente wilt samenwerken om de gemeentelijke ambities te realiseren, is de eerste klap in de samenwerking een daalder waard. Acties bij deze stap zijn de volgende.

Partijen moeten worden gemobiliseerd, uitgenodigd en verleid om zich te committeren aan de ambities van het gezondheidsbeleid. Zo nodig moeten deze worden ge(her)-formuleerd om zeker te zijn van het commitment. Neem hiervoor de tijd. Dit kan via bestaande overlegstructuren, maar soms is apart overleg te verkiezen. Juist een of meer aparte bijeenkomsten kunnen de stap markeren naar een (hernieuwd) commitment en kunnen nieuwe kansen geven om de samenwerking en de regierol vorm te geven, zeker met eventueel nieuwe partners. Ideaal is als de gemeentelijke ambities gezamenlijke ambities worden.

Het is de moeite waard om bij de start van de (hernieuwde) samenwerking zo helder mogelijk de verschillende rollen en verantwoordelijkheden voor het samenwerkingsproces te expliciteren, te beginnen met de regierol van de gemeenten. Het is vanaf het begin belangrijk om onderscheid te maken tussen verschillende niveaus van regie, zodat iedereen weet waar de gemeentelijke sturing begint en ophoudt en waar de regie van de organisaties en van de professional begint (ketenregie/regie op instellingsniveau en regie op niveau van de uitvoering). De gemeente moet de autonomie van de professional erkennen en omgekeerd geldt dat de professional en de particuliere instellingen de bestuurlijke regierol van de gemeente moeten erkennen en respecteren.

'Het managen van verwachtingen' is meteen aan de orde. Het is goed om zich te realiseren dat externe partijen - zeker marktgerichte partijen - heel andere zaken belangrijk vinden dan een gemeente en vice versa en dat soms met dezelfde woorden andere dingen bedoeld worden. Dan kan het ook gaan om zaken als kwaliteit. In de kern gaat het om het creëren van vertrouwen.



Vastleggen van afspraken over inzet en keuze samenwerkingsvorm

Er zijn verschillende vormen om het commitment, de afspraken over hoe (samen)gewerkt gaat worden en de afspraken over inzet van capaciteit en middelen plus verantwoording over kwaliteit, vast te leggen. Vormen zijn bijvoorbeeld:

- convenant, door meerdere partijen ondertekend;
- notulen en verslagen van bijeenkomsten, waar afspraken zijn gemaakt met een of meerdere partijen;
- samenwerkingsovereenkomst tussen meerdere partijen;
- subsidievoorwaarden van gemeenten.

Als de afspraken gemaakt worden met meerdere partijen om een samenwerking aan te gaan, zal er ook gekozen moeten worden voor een samenwerkingsvorm. Dat kan variëren van lichte vormen van meer vrijblijvende samenwerking tot vergaande vormen van samenbundeling (bijvoorbeeld in een nieuwe organisatie). Bestuurlijke regie zal gericht moeten zijn op een samenwerkingsvorm die past bij de gezamenlijke ambities en mogelijkheden van de partijen.



Voortgang bewaken op bestuurlijk niveau en tussentijdse sturing

Tot zover de herhaling van de vorige hoofdstukken. Nu de samenwerking onder gemeentelijke regie tot stand is gekomen, gaat het om het bewaken van de voortgang. Uiteindelijk gaat het erom dat er concrete activiteiten plaatsvinden, onder aansturing en verantwoordelijkheid van elke partij of afdeling, gericht op de realisatie van de gezamenlijke ambities. De regie in deze fase is erop gericht dat partijen (afdelingen, andere gemeenten) zich houden aan de afspraken, dat eventuele afwijkingen bijtijds worden gesignaleerd en dat er zondig bijgestuurd wordt. Hier past de opmerking dat de bestuurlijke regie de koers gericht houdt op het doel en dat de neuzen dezelfde kant op blijven staan; samenwerking en afstemming zijn geen doel op zich maar een middel om de gezondheidsambities te realiseren.

Aangrijpingspunten voor bestuurlijke voortgangsbewaking kunnen zijn:

- jaarlijkse uitvoeringsplannen gezondheidsbeleid, die door sommige gemeenten worden gemaakt;
- jaarlijks terugkerende productbegrotingen en -subsidies.

Om voldoende sturing te geven gedurende alle fasen van de beleidscyclus, beschikt de gemeente over een aantal instrumenten, dat nodig is of van pas kan komen bij het voeren van bestuurlijke regie. Elke bestuurder zal deze instrumenten op eigen wijze gebruiken, afhankelijk van de lokale en regionale context en de eigen voorkeuren en competenties. We maken een onderscheid in harde en zachte sturingsinstrumenten:

- Harde instrumenten zijn bijvoorbeeld: subsidievoorwaarden en hiërarchische bevoegdheden (zie ook elders in deze handreiking).
- Zachte instrumenten zijn bijvoorbeeld het gezag van de bestuurder, aanspreken op gedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheid, legitimatie van de regierol als onafhankelijke partij en/of vanwege de wettelijke basis en/of vanwege de wens van burgers en/of vanwege wederzijds belang bijvoorbeeld bij ketensamenwerking.



Evalueren en verantwoorden

Het is van belang om na verloop van tijd stil te staan bij de afgesproken samenwerking en terug te kijken naar het verloop van het proces en de behaalde resultaten. Vooral omdat de bestuurder/regisseur het voortouw moet nemen om gezamenlijke verantwoording af te leggen aan alle betrokken partners. Hiermee kan ook de basis worden gelegd voor hernieuwde samenwerking met de betrokken partners.

Aan het einde van 'de rit' zal de regie zich richten op evaluatie en verantwoording. Zijn de beoogde doelen behaald, zijn de gezamenlijke ambities gerealiseerd, heeft ieder bijgedragen volgens afspraak, zijn ook de samenwerkingsdoelen (samenhang en afstemming) gehaald?

Hoe explicieter aan het begin van de beleidscyclus de doelen en ambities zijn bepaald (SMART), des te duidelijker is het welke gegevens nodig zijn aan het einde van de rit om te bepalen of alle doelen gehaald zijn.

Het is onderdeel van de bestuurlijke regie om partijen ertoe te brengen of opdracht te geven de benodigde evaluatie- en verantwoordingsgegevens te leveren. De bestuurder kan zich gesteund weten door de ontwikkeling van prestatie-indicatoren om de prestaties te meten van de GGD'en en zorgorganisaties door het programma Beter voorkomen. Aan de GGD'en kan ook gevraagd worden om gegevens op te vragen van andere organisaties en zij kunnen de gemeenten helpen om te formuleren welke gegevens precies nodig zijn om een compleet beeld te krijgen van de realisatie van de gezondheidsdoelen.

Een goede evaluatie en verantwoording van de kant van relevante organisaties helpen om duidelijk te krijgen in hoeverre de doelen zijn gehaald en of het uitgevoerde beleid voldoende heeft bijgedragen aan de realisatie van de doelen en waar eventueel verbeteringen mogelijk zijn.

Een goede verantwoording van de organisaties heeft de bestuurder ook nodig voor de verantwoording aan de gemeenteraad over het gevoerde beleid en geeft een basis voor de volgende beleidscyclus.

Versterking bestuurlijke regie JGZ





Waarom apart aandacht voor Jeugdgezondheidszorg?

Bestuurders worden geconfronteerd met ontwikkelingen, die gemeenten nopen tot een steeds belangrijkere regierol op alle terreinen die met jeugd te maken hebben, waaronder de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Jeugd en de ondersteuning bij het opvoed- en opgroei-proces van kinderen zijn belangrijke prioriteiten in het rijksbeleid. Een aparte minister voor Jeugdzaken benadrukt dit belang. Jeugdgezondheidszorg is door de bestuurders die deelnamen aan de enquête, de zogenaamde nulmeting van de bestuurlijke benchmark, bovenaan de lijst gezet van aandachtsgebieden.

Alles uit het algemene gedeelte van deze handreiking is van toepassing op de regie in de JGZ. In deze bijlage staan de zaken centraal die specifiek zijn voor de JGZ.

1 Wettelijk kader voor gemeentelijk beleid in de jeugdgezondheidszorg en recente ontwikkelingen

1.1 Inleiding

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is één van de gemeentelijke uitvoeringstaken in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Deze taak zal met een enkele wijziging overgaan naar de nieuwe Wet publieke gezondheid. Een van die wijzigingen betreft de digitale gegevensopslag in een elektronisch kinddossier. Voorts krijgen gemeenten meer vrijheid om de JGZ of delen daarvan ook door anderen dan de GGD te laten uitvoeren. In een algemene maatregel van bestuur zullen daarvoor nog bepaalde regels opgesteld worden³.

Mede door de invoering van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) moeten gemeenten in hun bestuurlijke regie voor de JGZ ook afstemmen met andere beleidsterreinen op het gebied van de jeugd. Zij hebben daardoor niet alleen te maken met de Wcpv, maar ook met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Wet op de Jeugdzorg en andere wettelijke kaders.

In dit hoofdstuk wordt duidelijk wat een bestuurder Jeugdgezondheidszorg, **moet, mag en kan**.

Voorbeeld

“Ik zie de JGZ als middel om de gezondheid van de jeugd te bevorderen” zo stelt een wethouder uit een middelgrote gemeente. “De uitvoering van het basistakenpakket door onze thuiszorg en GGD garandeert dat er structureel werk wordt gemaakt van preventie. Het maatwerkdeel van het basistakenpakket zetten we in voor opvoedondersteuning – daar bleek veel behoefte aan te zijn, zo bleek uit een onderzoek van onze GGD. Onze JGZ – de GGD en de thuiszorg – zijn niet de enige aanbieders van op-

voedondersteuning. Daarom hebben we eerst in kaart laten brengen wat andere organisaties, zoals het welzijns-werk, MEE en de geïndiceerde jeugdzorginstellingen aanbieden. Nu weten we dat er specifiek nog behoefte is aan opvoedondersteuning bij multiprobleemgezinnen. We zullen daarom het maatwerkdeel van het basistakenpakket inzetten om gezinscoaches op te leiden zodat zij ouders ook opvoedadviezen kunnen geven.”

1.2 Beleidsruimte binnen de Wcpv

De Wcpv draagt gemeenten op zorg te dragen voor de jeugdgezondheidszorg. Het doel van de jeugdgezondheidszorg is het bevorderen, beschermen, en bewaken van de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van alle jeugdigen van 0 tot 19 jaar⁴. Gemeenten moeten minimaal het basistakenpakket JGZ uit laten voeren, door de uitvoeringsorganisatie(s) JGZ (GGD en Thuiszorg JGZ-organisatie), zoals verwoord in het Besluit Jeugdgezondheidszorg van de Wcpv⁵. Dit basistakenpakket moet verplicht worden uitgevoerd en bestaat uit een uniform en een maatwerkdeel. Het basistakenpakket beoogt uniformiteit, kwaliteit en samenhang aan te brengen in de zorg aan deze doelgroep. Een ander doel is het beter laten aansluiten van de JGZ op het lokale jeugdbeleid en het overige deel van de openbare gezondheidszorg. Het basistakenpakket biedt erg weinig ruimte voor eigen lokaal beleid. Gemeenten kunnen uiteraard wel invloed uitoefenen op belangrijke randvoorwaarden zoals de spreiding van het aantal consultatiebureaus in de regio. In het licht van de op te richten CJG's zal de bestuurlijke regie van de gemeenten onder andere gericht zijn op fysieke randvoorwaarden.

..... VERSTERKING BESTUURLIJKE REGIE IN DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

1 Wetsvoorstel Publieke Gezondheid voor de Tweede Kamer, artikel 14, lid 2.; idem, Memorie van toelichting, punt 8.
 2 Per 1/1/09 komt daar de prenatale zorg bij.
 3 Het Basistakenpakket JGZ bestaat uit zes productgroepen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn: monitoring en signalering; inschatten zorgbehoefte; screenings en vaccinaties; voorlichting, advies, instructie en begeleiding; beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen; zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking. Een volledige omschrijving van de productgroepen is onder andere te vinden op de websites van het ministerie van VWS www.minvws.nl en het RIVM: www.rivm.nl

54 In het uniforme deel van het Basistakenpakket staat de zorg die aan elk kind in elke gemeente moet worden aangeboden. Het uniforme deel moet onverkort volgens de Richtlijn contactmomenten uit worden gevoerd. Alleen extra contactmomenten (bovenop die genoemd in de Richtlijn) mogen geschrapt worden.

Middels het maatwerkdeel moeten gemeenten het zorgaanbod afstemmen op de specifieke zorgbehoeften van groepen kinderen en op de gezondheidssituatie van de kinderen in de gemeente of in de gemeentelijke regio. Die gezondheidssituatie wordt in beeld gebracht door de uitvoeringsorganisaties (de thuiszorgorganisaties en GGD'en) die de gezondheid van de jeugdigen monitoren. Binnen het maatwerkdeel mogen gemeenten prioriteiten stellen (dus kiezen welke activiteiten wel of niet worden uitgevoerd), maar zij zijn wel verplicht het maatwerkdeel uit te voeren en niet te beperken⁶.

Veel gemeenten hebben vragen over de wettelijke verplichting op het terrein van logopedie. In het uniforme deel van het basistakenpakket JGZ is een grofmazige screening op taal- en spraakstoornissen opgenomen⁷. De VNG adviseert gemeenten de grofmazige screening te laten uitvoeren tijdens de toch al bestaande contactmomenten en binnen bestaande budgettaire kaders. Dat de landelijke richtlijn voor screening op taal- en spraakstoornissen nog niet ontwikkeld is, hoeft hiervoor geen belemmering te zijn. GGD Nederland en ActiZ hebben een advies uitgebracht hoe in de tussentijd te handelen⁸.

1.3 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo is een heel andere wet dan de Wcpv. In de Wmo staan geen taken, maar prestatievelden. In prestatieveld 2 staan de gemeentelijke verantwoordelijkheden voor het preventieve jeugdbeleid beschreven. Prestatieveld 2 heeft betrekking op die jeugdigen in een gemeente – en eventueel hun ouders – die een verhoogd risico lopen op ontwikkelingsachterstand of uitval. Het gaat om kinderen en jongeren in een zorgelijke opvoedingssituatie, die te maken hebben met schooluitval of criminaliteit, en voor wie zorg op grond van de Wet op de Jeugdzorg niet nodig is of voorkomen kan worden. Het preventieve jeugdbeleid is verwoord in vijf functies waar gemeenten uitwerking aan moeten geven⁹. De gemeenten zijn vrij in de invulling van deze 5 functies; de beleidsruimte in prestatieveld 2 is erg groot.

De vijf functies van het preventief jeugdbeleid¹⁰ betreffen:

1. Informatie en advies aan ouders, kinderen en jongeren:
2. Signalering van opvoed- en opgroei problemen door instellingen als jeugdgezondheidszorg, onderwijs, peuterspeelzalen en jeugd- en jongerenwerk:
3. Toeleiding naar hulp door lokale en regionale voorzieningen of Bureau Jeugdzorg:
4. Licht pedagogische hulp voor gezinnen en jeugdigen met opvoed- en opgroei problemen:
5. Coördinatie van zorg voor het geval dat meerdere hulpsoorten nodig zijn om een jeugdige of gezin te ondersteunen.

De gemeenten zijn vrij om een samenhangend aanbod te realiseren op lokaal niveau en in samenhang met de regionale voorzieningen.

4 De rechter heeft geoordeeld dat de gemeenten een zorgplicht hebben om de JGZ uit te voeren. Uit de uitspraak kan o.m. worden afgeleid dat gemeenten een (gedeeltelijke) subsidieweigering inhoudelijk moeten beargumenteren, waarbij er een verband wordt gelegd met de lokale situatie en/of de zorgbehoefte van de kinderen in de gemeente.

5 Gemeenten kunnen in de uitvoering van het maatwerkdeel besluiten deze screening aan te vullen tot een logopedische screening. Logopedische screening is ruimer dan screening- op taal- en spraakstoornissen en wordt uitgevoerd door deskundigen op dit gebied (logopedisten). Deze activiteit kan eventueel door derden uitgevoerd worden. Gemeenten dienen vanuit de regietaak een goede ketensamenwerking tussen de GGD, Audiologische centra en het (vrijgevestigde) logopedisch aanbod te bevorderen.

6 Het advies van GGD NL en ActiZ is: a. de taalscreening op vijfjarige leeftijd te handhaven, het gebruikelijke van Wiechen onderzoek periodiek bij alle kinderen te handhaven, aanvullende instrumenten alleen daar te doen waar die al ingevoerd zijn; b. aanvullend onderzoek door een logopedist te laten doen bij kinderen met een bepaalde negatieve score op het Wiechen onderzoek.

7 De wetstekst luidt letterlijk: "Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden."

8 De vijf functies van prestatieveld 2 staan in de Memorie van Toelichting bij de wet. De VNG, IPO, het Rijk en de MO-groep zijn overeengekomen dat deze functies er op lokaal niveau, voorafgaand aan de jeugdzorg, ten minste moeten zijn.

1.4 Wet op de Jeugdzorg

Tot slot is de Wet op de Jeugdzorg⁹ voor gemeenten van belang vanwege de beoogde onderbrenging van de CJG's in deze wet¹¹ en de benodigde afstemming met het preventief jeugd beleid en de JGZ. De minister voor Jeugd en Gezin geeft aan dit wettelijk kader de voorkeur, omdat de jeugd-keten daarmee in beeld komt. De VNG heeft in een reactie¹² laten weten dat het niet een vereenvoudiging is van het toch al ingewikkelde stelsel voor de (gezondheids)zorg aan jeugdigen en hun ouders. Er zouden, net als in de huidige situatie, drie wettelijke kaders blijven waarmee gemeenten te maken hebben als het gaat om de gezondheid van de jeugd: de Wcpv, de Wmo en de Wet op de Jeugdzorg.

Volgens de Wet op de Jeugdzorg zijn provincies verantwoordelijk voor de jeugdzorg en voor het Bureau Jeugdzorg die de indicatiestellingen verricht. Deze wet verplicht gemeenten en provincies afspraken te maken over de aansluiting tussen jeugd beleid en jeugdzorg. De provincie stelt iedere vier jaar een Provinciaal Beleidskader Jeugdzorg op, wat tot doel heeft de afstemming tussen vraag en aanbod, de samenhang in de jeugdzorg en de afstemming met het lokaal jeugd beleid te realiseren¹³. Dit beleidskader is richtinggevend voor het provinciaal uitvoeringsprogramma. Doelmatigheid, doeltreffendheid en zorg zo dicht mogelijk bij de cliënt zijn belangrijke thema's in de beleidskaders. In het Centrum voor Jeugd en Gezin moet ook een schakel komen met Bureau Jeugdzorg.

1.5 Recente ontwikkelingen

Zowel op het gebied van jeugd als op het gebied van de openbare gezondheidszorg zijn er actuele ontwikkelingen waarmee bestuurders in hun functie van regisseur in de JGZ en de daaraan gerelateerde beleidsvelden te maken hebben.

Centra voor Jeugd en Gezin

In het bestuursakkoord tussen Rijk en VNG en in het Beleidsprogramma 'Alle kansen voor alle kinderen' van het ministerie van Jeugd en Gezin is de ambitie uitgesproken dat er vanaf 2012 een landelijk dekkend netwerk zal zijn van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Dit zijn laagdrempelige, herkenbare inlooppunten waar ouders, kinderen en jongeren tot 23 jaar en professionals terecht kunnen met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien en voor hulp. Gemeenten hebben hierbij de regie, die wettelijk vastgelegd gaat worden, in handen. Zij zijn vrij om, naast het basismodel, het CJG verder uit te breiden en aan te passen naar lokale wensen en omstandigheden. Volgens het basismodel¹⁴ moet in het CJG minimaal het volgende worden gebundeld: de JGZ 0-19, de vijf functies van het preventieve jeugd beleid (waaronder ook gezinscoaching en opvoedondersteuning), een schakel met Bureau Jeugdzorg en een schakel met de Zorg- en Adviesteams (ZAT's)¹⁵. Het CJG bundelt de lokale functies en taken op het gebied van gezondheid, opgroeien en opvoeden. Wanneer lichte hulp niet voldoende is, schakelt en coördineert het CJG met alle mogelijke voorzieningen op jeugd beleid, gezondheidszorg en jeugdzorg, of voorzieningen die gericht zijn op het gezin zoals algemeen maatschappelijk werk en gespecialiseerde thuiszorg. Het CJG wordt door veel gemeenten gezien als middel om meer samenhang te brengen in het preventieve jeugd beleid en om de gemeentelijke regierol in het jeugd beleid te versterken.

Eén gezin, één plan en coördinatie van zorg

Het Rijk en ook gemeenten en instellingen werken steeds meer toe naar de aanpak van één gezin, één plan. Dit houdt in dat bij een gezin waarin meerdere problemen spelen en waarbij meerdere professionals en organisaties betrokken zijn, één totaalplan wordt gemaakt voor alle problemen, met

..... VERSTERKING BESTUURLIJKE REGIE IN DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

9 Ook andere wetten kunnen voor het jeugd gezondheidszorg beleid van belang zijn. Denk bijvoorbeeld aan verscherpt toezicht op de handhaving van de drank- en horecawet of handhaving van de openbare orde en veiligheid bij alcoholmisbruik door minderjarigen.

10 Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeente, Beleidsbrief van het ministerie van VWS van 16 november 2007 aan de Tweede Kamer.

11 VNG-brief aan de Tweede Kamercommissie voor Jeugd en Gezin, 11 januari 2008.

12 Wet op de Jeugdzorg. Tekst en Uitleg. Van Unen, 2005. Den Haag: Elsevier Overheid.

13 Programmaministerie voor Jeugd en Gezin i.s.m. VNG, IPO, GGD Nederland, ActiZ en de MO-groep (2007). Factsheet Centrum voor Jeugd en Gezin .

14 Zorg- en adviesteams zijn multidisciplinaire hulpverleningsteams voor het onderwijs.

56 één aanspreekpunt voor het gezin én de betrokken hulpverleners. Dit geldt ook wanneer bij één kind meerdere hulpverleners zijn betrokken. Deze coördinatie van zorg moet de samenhang in de aanpak vergroten en onduidelijkheid in verantwoordelijkheden voorkomen. Het Rijk ziet hierbij een belangrijke rol voor de JGZ. Zorgcoördinatie voor jeugdigen van 0-19 jaar staat in het maatwerkdeel van het basistakenpakket. De gemeente is er verantwoordelijk voor dát er een beslissing wordt genomen over de coördinatie van zorg. Een hieraan verwant onderwerp, wat momenteel hoog op de agenda staat, is de organisatie van de doorzettingsmacht. Het maken van afspraken over doorzettingsmacht is nodig om te voorkomen dat in complexere situaties, waarbij veel partijen betrokken zijn, niemand zich eindverantwoordelijk voelt voor een kind of gezin. In zo'n situatie moet er één partij zijn die de doorzettingsmacht heeft en die gemandateerd is om 'door te pakken'. Veel gemeenten maken hierover afspraken met de partners in de jeugdketen. De minister voor Jeugd en Gezin wil de doorzettingsmacht bij gemeenten leggen¹⁶.

Elektronisch kinddossier (EKD)

Een belangrijke ontwikkeling in de JGZ is de digitalisering van de kinddossiers. Er komt één elektronisch kinddossier voor organisaties in de JGZ (EKD JGZ). Dit elektronisch kinddossier moet de informatieoverdracht verbeteren wanneer een kind vier jaar wordt, of verhuist en een andere behandelaar de zorg overneemt. Gemeenten moeten er op toezien dat de instellingen die de jeugdgezondheidszorg uitvoeren, gebruik maken van deze digitale gegevensopslag. Doelstelling van het Rijk is dat dit elektronische systeem uiterlijk per 01-01-'09 is ingevoerd¹⁷. De landelijke aanbesteding van het EKD is niet doorgegaan; nu zullen er lokale/regionale EKD's ontwikkeld worden. De standaard voor de overdracht en uitwisseling van JGZ-gegevens wordt opgenomen in een algemene maatregel van bestuur bij de Wet Publieke Gezondheid.

Verwijsindex risicjongeren

De verwijsindex risicjongeren (VIR) is een ICT toepassing die meldingen van problemen bij jongeren (risicosignalen) registreert. Komen er meerdere meldingen over een jongere dan worden de betrokken instanties actief geïnformeerd over elkaars meldingen. Lokaal moeten afspraken worden gemaakt over de acties die hierop volgen. De gemeente voert hierop regie. In 2007 draaien circa dertig gemeenten proef met de verwijsindex. In januari 2009, wanneer de wetgeving is aangepast, start de landelijke invoering van de verwijsindex, die twee jaar later moet zijn voltooid.

Gemeenten worden kortom aangesproken op hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de invoering van Centra voor Jeugd en Gezin, het digitaal kinddossier (EKD) en de Verwijsindex risicjongeren (VIR)¹⁸.

Landelijke jeugdmonitor

De Landelijke Jeugdmonitor is een samenvatting van informatie, op papier en op internet, over de situatie van de jeugd in Nederland (zie: www.jeugdmonitor.nl). Het doel is om voornamelijk beleidsmakers op het niveau van Rijk, gemeente en provincie te informeren over de situatie van de jeugd. De situatie van de jeugd (0-24) wordt beschreven op een aantal domeinen: bevolkingsgegevens, gezondheid en welzijn, justitie, onderwijs en arbeid. De jeugdmonitor is sinds 2007 operationeel en voor iedereen toegankelijk.

Kwaliteitsverbetering in de jeugdgezondheidszorg

In het kader van het programma Beter voorkomen wordt veel aandacht besteed aan kwaliteitsverbetering in de JGZ. Het merendeel van de Thuiszorg-JGZ organisaties (83% per maart 2008) heeft inmiddels een HKZ-certificaat behaald. Ongeveer één op de drie GGD'en heeft een HKZ-certificaat voor de JGZ in maart 2008.

¹⁵ Centra voor Jeugd en Gezin en regieler gemeente, Beleidsbrief van het ministerie van VWS van 16 november 2007 aan de Tweede Kamer., blz. 15

¹⁶ Voortgang EKD. Kamerstuk. PG/OGZ 2.823.091. 07-01- 08.

¹⁷ Samen aan de slag. Bestuursakkoord rijk en gemeenten, 4 juni 2007, blz.15

In 2008 zal de integrale JGZ-benchmark voor 0-19 jaar gereed zijn. Hiermee kunnen de JGZ-organisaties onderling hun prestaties vergelijken en daarvan leren. Voorts zorgt dit instrument voor het vergroten van de transparantie van de JGZ voor gemeenten; gegevens van deze benchmark worden gebruikt voor de verantwoording aan de gemeenten. Deze benchmark is opgebouwd uit 4 onderdelen: klantervaring, medewerkerstevredenheid, zorguitkomsten en financiën. De uitkomsten van de klanttevredenheidsonderzoeken worden in de toekomst geplaatst op www.kiesbeter.nl.

Voor de verantwoording van JGZ-instellingen aan gemeenten wordt een beperkte set indicatoren vastgesteld waarmee zij zich maatschappelijk kunnen verantwoorden. De gegevens zijn afkomstig uit de integrale JGZ-benchmark. Gemeenten kunnen deze informatie op hun beurt gebruiken voor de horizontale verantwoording aan de gemeenteraad.

1.6 Financiële ruimte en financiële mogelijkheden

De uitvoering van de integrale JGZ wordt door de gemeenten bekostigd uit het gemeentefonds.

Omdat de JGZ in de toekomst niet los gezien kan worden van de Centra voor Jeugd en Gezin, is het belangrijk om in de bestuurlijke regie van de JGZ de verschillende geldstromen van JGZ en CJG in samenhang te bezien.

Ten behoeve van de totstandkoming van de CJG's wordt de brede doeluitkering (BDU) Jeugd en Gezin met ingang van 2008 aan alle gemeenten uitgekeerd. Deze uitkering is samengesteld uit bestaande middelen, die los van elkaar al beschikbaar waren voor specifieke doeleinden, zoals de tijdelijke Regeling specifieke uitkering JGZ (tRSU) voor uitvoering van het uniform deel JGZ¹⁸. In de vorm van deze brede doeluitkering worden deze bestaande middelen ontschot en zijn gemeenten vrij om deze gelden naar eigen inzicht in te zetten ten behoeve van de totstandkoming van de CJG's. Om de vorming van de Centra voor Jeugd en Gezin extra te stimuleren, ondersteunt het kabinet gemeenten met een extra financiële impuls gedurende de periode 2008 tot

en met 2011, oplopend naar structureel 200 miljoen¹⁹. Van deze extra middelen wordt € 100 miljoen toegevoegd aan de meerjarige brede doeluitkering (BDU). Gemeenten leggen over de besteding van deze middelen verantwoording af aan het ministerie van VWS.

De brede doeluitkering loopt inclusief de extra middelen op tot € 328 miljoen in 2011 en wordt via een verdeelsleutel verdeeld over de gemeenten. In 2012 zullen de middelen van de BDU worden overgeheveld naar het gemeentefonds als er sprake is van landelijke dekking van CJG's.

De andere € 100 miljoen van de extra middelen komen via het accrès van het Gemeentefonds beschikbaar.

Tenslotte moet genoemd worden dat ook andere gemeentelijke beleidsterreinen van belang zijn voor het bevorderen van de gezondheid van de jeugd en op die manier indirect de financiële mogelijkheden kunnen versterken voor de uitvoering van gezondheidsbeleid voor de jeugd.

2 Visie, prioriteiten en ambities in de JGZ

Bestuurlijke regie begint met een visie, prioriteiten en ambities, duidelijk maken wat je als gemeente wilt. Het gaat om vragen als: hoe kijken we aan tegen de gezondheid van de jeugd, welke kant moet het op met de JGZ en het CJG, wat willen we bereiken en wat is het belangrijkste in de komende periode?

2.1 Visie

De Jeugdgezondheidszorg is een voorziening, een middel, om de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van alle jeugdigen in een gemeente van 0 tot 19 jaar, te bevorderen, beschermen en bewaken. Sinds januari 2003 spreken we van de integrale JGZ, omdat sindsdien één doorlopende lijn in de uitvoering van de JGZ van 0 tot 19 jaar verplicht is en daardoor de 'knip' tussen de JGZ van 0 tot 4

¹⁸ Zie beleidsbrief Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeente van 16 november 2007 aan de Tweede Kamer.

¹⁹ Circulaire Brede doeluitkering Centra voor Jeugd en Gezin (BDU CJG). PG/OGZ 2.821.265, 09-01-2008.

58 jaar en van 4 tot 19 jaar, moest verdwijnen. Hoe die doorlopende lijn en de vereiste integraliteit inhoudelijk en organisatorisch wordt vorm gegeven, komt steeds meer in het teken te staan van de vorming van de Centra voor Jeugd en Gezin. De visie op de JGZ wordt daardoor onlosmakelijk verbonden met de visie op het Centrum voor Jeugd en Gezin²⁰. De bestuurlijke regie is er onder andere op gericht dat de uitvoerders van de JGZ de gemeentelijke visie delen en daarmee rekening houden in hun werkwijze. De gemeente kan op basis van haar visie eisen stellen aan (de prioriteiten in) het maatwerk van de JGZ, aan belangrijke randvoorwaarden, aan kwaliteit en ook aan de samenwerking en de samenhang met andere voorzieningen. Voor het ontwikkelen van een bestuurlijke visie zijn onder meer de volgende vragen relevant.

Wanneer spreken we van een gezonde jeugd in onze gemeente en wanneer definiëren we iets als gezondheidsprobleem? Is het bijvoorbeeld een probleem als 5% van de jeugd stevig drinkt of blowt, of moeten we dat normaal vinden?

Is het de verantwoordelijkheid van de gemeente om alle jeugdigen (100%) perse te bereiken of is er een vrijheid en een eigen verantwoordelijkheid voor ouders/kinderen? Kunnen ouders bijvoorbeeld wegblijven van de schoolarts of het consultatiebureau? In de aansturing van de JGZ kan de gemeente eisen stellen aan de uitvoerders op het gebied van bereik en toegankelijkheid op grond van haar visie op dit punt.

Als de gemeente – in lijn met het rijksbeleid – het Centrum voor Jeugd en Gezin als belangrijk middel ziet voor het bereiken van gezondheidsdoelen voor de jeugd én voor de uitvoering van een integraal jeugdbeleid, zal de gemeente ook een visie moeten ontwikkelen op het Centrum voor Jeugd en Gezin en op de plaats, die de JGZ daarin moet hebben. Laagdrempeligheid van het CJG is een belangrijk punt. Dit heeft consequenties voor o.a. de huisvesting, de schaalgrootte, de locatie, de communicatie rondom het CJG en de positie en werkwijze van de JGZ in het centrum. Hoe hieraan invulling gegeven wordt, is mede afhankelijk van de bestuurlijke regie van de gemeente.

Een brede en op samenhang gerichte visie op de JGZ zou verankerd moeten worden in het collegeprogramma en in de besluitvorming van de gemeenteraad over Wmo, CJG en andere belangrijke beleidsterreinen zoals onderwijs, kinderopvang, jeugdbeleid en dergelijke. Zorgen voor een dergelijke verankering kan onderdeel zijn van de bestuurlijke regie in de JGZ.

Voorbeeld Integrale Jeugdgezondheidszorg in Tytsjerksteradiel

De gemeente Tytsjerksteradiel heeft haar visie op de integrale JGZ in een beleidsnotitie verwoord, welke onder regie van de gemeente en in samenwerking met de JGZ medewerkers uit de gemeente tot stand is gekomen.

Een aantal elementen uit dit visiedocument zijn:

- Het belang van de jeugdige staat centraal: de jeugdige heeft er recht op dat zijn ontwikkeling continu wordt gevolgd. Als de ontwikkeling wordt bedreigd, dan biedt de JGZ bescherming, begeleiding en hulp. Naarmate de jeugdige ouder wordt, neemt hij ook meer zijn eigen verantwoordelijkheid op dit gebied. De aandacht voor de jeugdige start al direct na de conceptie.
 - Maatschappelijke verantwoordelijkheid in relatie tot de jeugdgezondheidszorg: Als de jeugdige in zijn ontwikkeling wordt bedreigd, heeft de maatschappij de plicht om bescherming en hulp te bieden. Het belang van het kind staat hierbij voorop. Onder maatschappij worden ten minste de volgende partijen verstaan: ouders en opvoeders/ onderwijs, peuterspeelzalen, kinderopvang/ de JGZ/ de gemeente/ lokale en regionale ketenpartners/ landelijke organisaties/ rijksoverheid/ de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- In de beleidsnotitie wordt verder ingegaan op de unieke positie van de JGZ als poortwachter.

²⁰ Uit onderzoek van SGB0 (2007) blijkt dat 65% van de onderzochte gemeenten de ambitie heeft om uiterlijk in 2009 een (eerste) CJG te openen in de eigen gemeenten en driekwart verwacht uiterlijk in 2010 (vrijwel) alle kinderen en ouders van de gemeente te bereiken. De ambities van gemeenten liggen daarmee hoger dan die van het Rijk. Het Rijk wil in 2011 in alle gemeenten een CJG hebben.

2.2 Bouwstenen voor prioriteiten in de JGZ

Als bouwstenen voor het kiezen van prioriteiten in de JGZ noemen we de volgende.

Gegevens over de gezondheid van de jeugd

De JGZ-organisaties (GGD en Thuiszorg-JGZ) dienen periodiek specifieke gegevens te leveren over de gezondheid van de jeugd: de jeugdmonitor van de JGZ. De gegevens worden in elk geval op regionaal niveau geleverd en soms ook op gemeentelijk niveau. Om de gezondheidssituatie van de jeugd in brede zin nog beter in beeld te krijgen kunnen ook gegevens uit andere bronnen gebruikt worden (politie, kinderopvang, jeugd- en jongerenwerk en buurtwerk). Het is een onderdeel van de bestuurlijke regie om te formuleren welke gegevens nodig zijn voor het ontwikkelen van gemeentelijk beleid en de bronnen te mobiliseren of te gebruiken om die te leveren.

GGD'en verzamelen periodiek gezondheidsgegevens over de bevolking, waaronder de jeugd. Een andere bron van informatie zijn de gegevens uit het maatschappelijk verantwoordingsdocument en de uitkomsten van de klantwaardering die vermeld zullen gaan worden op www.kiesbeter.nl.

Voorbeeld: Jeugdmonitor Zeeland²¹

De Jeugdmonitor Zeeland is een samenwerkingsverband van de Provincie Zeeland, de 13 Zeeuwse gemeenten en verschillende instellingen die werkzaam zijn op het gebied van jeugd. De Jeugdmonitor Zeeland brengt in kaart hoe het de Zeeuwse Jeugd vergaat. Dit doet zij door gegevens te verzamelen over de leefwereld van kinderen en jongeren van 0 tot en met 23 jaar. Deze gegevens zijn onderverdeeld in 10 categorieën: onderwijs, welzijn, cultuur, gezondheid, jeugdzorg, wonen, arbeid, veiligheid, sport en algemeen. Deze laatste categorie bevat algemene achtergrondgegevens van de ondervraagde kinderen en jongeren. Alle participerende partijen hebben ten bate van dit project middelen beschikbaar gesteld.

Naast gegevens over de gezondheidssituatie zijn bedrijfsgegevens van de JGZ relevant, zoals gegevens over het bereik van de voorzieningen, kwaliteitsnormen, aantal verwijzingen, prijs/kwaliteit verhouding, integraliteit. Hiervoor worden indicatoren voor maatschappelijke verantwoording vastgesteld.

Verhalen, inzichten en adviezen van burgers en organisaties.

Gemeenten kunnen aparte bijeenkomsten beleggen om over prioriteiten in de JGZ te praten met maatschappelijke organisaties of burgers. In de interactieve trajecten over het lokaal gezondheidsbeleid komen doorgaans echter ook de gezondheidsproblemen van de jeugd aan de orde, zodat aparte bijeenkomsten over de jeugd niet nodig zijn. Een andere mogelijkheid om de verhalen en inzichten van burgers en maatschappelijke organisaties over de gezondheid van de jeugd te horen, is gebruik te maken van de interactieve beleidsvorming in het kader van prestatieveld 2 van de Wmo (preventief jeugdbeleid). Als een gemeente kiest voor een integrale en brede benadering op het terrein van gezondheid/welzijn/jeugd, is dit zelfs beter.

In samenspraak met betrokken partijen en burgers kan de gemeente dan bepalen welke specifieke groepen van de jeugd (en hun gezinnen) of welke specifieke problemen extra aandacht behoeven zowel in de JGZ, als de Wmo en ander gemeentelijk beleid in een bepaalde collegeperiode.

Daarnaast zijn de verhalen, inzichten en opvattingen van de professionals, bestuurders, gebruikers en het management van de uitvoerende JGZ instellingen van belang om prioriteiten te kunnen bepalen op aspecten als verbetering van kwaliteit en integraliteit.

60 Lokale en regionale prioriteiten

Het beleid op het terrein van de JGZ wordt voor een belangrijk deel regionaal bepaald. De meeste GGD'en worden bestuurd in een regionaal Wgr-verband. Ook de afspraken met de thuiszorg over de JGZ 0-4 jaar worden vaak in regionaal verband gemaakt. Gemeenten kunnen daarnaast lokale prioriteiten hebben, die veelal voortkomen uit een breder integraal beleid inzake gezondheid en welzijn van de jeugd. De gemeente kan daarvoor binnen de JGZ de keuzeruimte benutten in het verplichte maatwerkdeel van de JGZ²². Zij kan daarnaast haar lokale prioriteiten aandacht geven door de inkoop van producten uit het niet-verplichte aanbod van de GGD en/of de thuiszorg (aanvullend pakket of pluspakket), zoals: de inzet in Zorg- en Adviesteams (ZAT's) in het voortgezet onderwijs, gezinscoaching op het consultatiebureau. Een gemeente kan bovendien op aanpalende beleidsterreinen zoals jeugdbeleid, sportbeleid, openbare orde en dergelijke aandacht geven aan de lokale prioriteiten. Kortom: aandacht voor lokale prioriteiten op het gebied van de gezondheid van de jeugd vraagt extra sturing of regie op facetbeleid én extra geld.

2.3 Ambities

Bij het formuleren van bestuurlijke/politieke ambities in de JGZ gaat het om de vraag wat gemeenten – al of niet in regionaal verband – bereiken willen hebben in de gezondheidssituatie van de jeugd in periode x. Veel gemeenten hebben de speerpunten uit de landelijke preventienota (bestrijden overgewicht, diabetes, alcoholmisbruik, roken, depressie) overgenomen. Voor het formuleren van een ambitie voor de jeugd zouden landelijke ambities als voorbeeld kunnen dienen. Bijvoorbeeld: het percentage jeugdigen met overgewicht moet over 4 jaar zijn gedaald in onze gemeente/regio.

Om de gezondheidsdoelen te bereiken is een goed functionerende integrale JGZ van belang, die in de toekomst op een goede manier is ingebed in een CJG. Ambities voor het functioneren van de JGZ zouden als volgt kunnen luiden:

- De komende 2 jaar wordt 40% van de beoogde doelgroepen voor het maatwerkdeel bereikt en dat blijkt uit monitorgegevens van de GGD.
- Er is over een half jaar meer samenhang aangebracht in het aanbod van alle aanbieders van opvoedondersteuning. Dat wil zeggen dat alle aanbod in kaart is gebracht en zowel de hiaten en overlap bij de aanbieders bekend zijn. Tevens wordt gezamenlijk een plan van aanpak ontwikkeld om over een jaar een sluitende keten van opvoedondersteuning gerealiseerd te kunnen hebben.
- Over 1 jaar zijn alle papieren dossiers in de JGZ gedigitaliseerd en werken alle JGZ artsen en verpleegkundigen met hetzelfde elektronische kinddossier. Er zijn afspraken vastgelegd omtrent privacybescherming.

Voor de uitvoerbaarheid is het belangrijk dat gemeenten zich verzekeren van draagvlak voor hun ambities bij de belangrijkste uitvoerders van de JGZ: de GGD'en en thuiszorgorganisaties.

Spannend wordt het, als gemeenten – al of niet samen met andere gemeenten – het aandurven om hun ambitie in brede zin met betrekking tot de gezondheid en het welbevinden van de jeugd, SMART te formuleren. De ambities hebben dan niet alleen betrekking op de JGZ, maar ook op het preventief jeugdbeleid en de aansluiting met de jeugdzorg en/of het Centrum voor Jeugd en Gezin.

Voorbeeld

Actieplan Almere Ketenzorg Jeugd²³

De gemeente Almere heeft haar doelstellingen voor de jeugd vastgelegd in het Actieplan Almere Ketenzorg Jeugd. Dit plan heeft de gemeente opgesteld samen met haar maatschappelijke partners om te komen tot een effectievere aanpak op het gebied van jeugdzorg, onderwijs, jeugdgezondheidszorg, veiligheid en openbare orde. In het actieplan worden SMART doelstellingen geformuleerd en wordt ook aangegeven welke partij(en) verantwoordelijk is (zijn) voor het realiseren van deze doelstelling.

²² Uit de evaluatie van de JGZ, uitgevoerd door TNO en van Naem en Partners (2006, p.12), blijkt dat de mogelijkheden van een individuele wethouder om regie te voeren via het maatwerk beperkt zijn: Vooral bij de 4 tot 19-jarigenzorg komt het maatwerk toch vooral op voorstel van de GGD of in het beste geval de samenwerkende gemeenten tot stand.

²³ Actieplan Almere Ketenzorg Jeugd, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling Almere, 2005

3 Samenwerking en bestuurlijke regie in de JGZ

Voorbeeld JOED Apeldoorn

Het JOED (Jeugdgezondheidszorg Onder Een Dak) in Apeldoorn is een centrum voor jeugdgezondheidszorg waar ouders/verzorgers terecht kunnen met vragen over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind in de leeftijd van 0 tot 19 jaar. Later dit jaar zal het JOED overgaan in een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Bijzonder aan het JOED is dat de gemeente Apeldoorn de initiatiefnemer en projectleider is. Dit geeft de gemeente het voordeel dat ze zelf het tempo en de koers in de hand hebben. "De gemeente coördineert en brengt partijen bij elkaar, maar geeft daarnaast inhoudelijke partijen voldoende ruimte voor de invulling. Een heel positieve werkverdeling", vindt Marleen Ratelband, productmanager JGZ en Maatschappelijk Werk bij Thuiszorgorganisatie Vérian en betrokken bij het JOED. Zo wordt het jeugdbeleid opgepakt vanuit perspectief van zowel jeugd(gezondheids)zorg, welzijn, onderwijs als veiligheid. Het verbindt verschillende projecten over jeugd op verschillende terreinen met elkaar. De gemeente voert op deze manier niet alleen de regie, maar geeft ook inhoud aan alle vijf gemeentelijke taken van het preventief jeugdbeleid. Deze integrale aanpak is voor alle partijen erg intensief, maar het levert ook voor allen veel op. Projecten lopen soepel doordat partijen op een prettige manier met elkaar samenwerken en elkaar versterken. (Nieuwsbrief Beter voorkomen 26 februari 2008)

3.1 De partners in de JGZ

De partners in de JGZ zijn de thuiszorg JGZ-organisaties en de GGD'en. Voor de gemeenten is sturing of regievoering in de richting van de gewenste integratie geen sinecure²⁴. De GGD én de regionaal werkende thuiszorgorganisaties verschillen onderling qua achtergrond, aanpak en historie; afstemming van registratiesystemen en van werkwijzen, afspraken over overdracht gegevens e.d. bleken niet simpel. In het kader van de kwaliteitsverbetering wordt hier verbetering in aangebracht (standaardisering en normering) en ook de ontwikkelingen rond het EKD zijn hierop van invloed. Een standaard voor gegevensuitwisseling wordt opgenomen in het Besluit Wet publieke gezondheid.

Beide organisaties hebben in de loop der tijd veel professionele expertise op het gebied van de JGZ opgebouwd. De sturingsmogelijkheden van de gemeenten richting de GGD zijn anders dan die ten opzichte van de thuiszorg. Bestuurders moeten rekening houden met grote institutionele belangen. De relatie met de thuiszorg kan het beste omschreven worden als een inkooprelatie en gemeenten hebben hier meer vrijheid voor individuele sturing (bijv. in het maatwerk of extra producten).

Zoals hiervoor al is opgemerkt, vinden momenteel in diverse regio's en gemeenten discussies plaats over de vormgeving en onderbrenging van de JGZ, ook in het licht van de vorming van CJG's. Veel bestuurders zullen hierover in gesprek zijn met alle betrokken partijen en zullen ervaren dat in tijden van verandering een zwaar beroep op hun regiekwaliteiten wordt gedaan.

Welke organisatorische mogelijkheden zijn er om een integrale JGZ van 0 tot 19 jaar te realiseren, mede met het oog op de vorming van een CJG en wat is dan in de eigen gemeente of regio de beste manier? In den lande wordt over verschillende organisatorische vormen gesproken voor de uitvoering van de integrale JGZ. Zo is het mogelijk alles in één organisatie onder te brengen en al of niet met onderaannemers te werken. Ook kan het uniforme deel JGZ aan een

62 andere organisatie worden uitbesteed dan het maatwerkdeel. De gemeenten kunnen ook doorgaan met de huidige organisaties. Op lokaal en regionaal niveau zal daarom de discussie gevoerd gaan worden op welke wijze een publieke taak als de JGZ het beste veilig gesteld kan worden.

Voorts is het mogelijk om de integrale JGZ uit te besteden aan een (nieuwe) organisatie zonder aanbestedingsprocedure – die doorgaans als zeer tijdrovend en bewerkelijk wordt ervaren – door het alleenrecht te gunnen aan een instelling zonder commercieel oogmerk.

3.2 Samenwerking en afstemming met andere gemeenten in de regio

Uit bovenstaande blijkt dat er veel in beweging is over de onderbrenging van de integrale JGZ 0 - 19 jaar. Niet alleen bestaan er soms verschillende belangen tussen betrokken uitvoerende partijen en verschillen van inzicht over de ideale vormgeving van de JGZ, ook tussen gemeenten die gezamenlijk optrekken in een regionaal samenwerkingsverband kunnen verschillende inzichten bestaan of ontstaan.

In de komende tijd zal de samenwerkingsvraag tussen gemeenten weer gesteld moeten gaan worden, ook in het licht van de ontwikkeling van CJG's. Sommige gemeenten formuleren hun eigen visie op het CJG, andere gemeenten doen dit gezamenlijk in een regionaal verband. Veel instellingen, waaronder JGZ-organisaties, maar ook Bureau Jeugdzorg (BJZ) werken immers regionaal.

Elke wethouder zal zich af moeten vragen in het kader van de regie in de JGZ in hoeverre hij wil investeren in de samenwerking met andere gemeenten. Sommige bestuurders willen graag de regie overlaten aan collega's, anderen willen uitdrukkelijk ruimte voor een eigen koers.

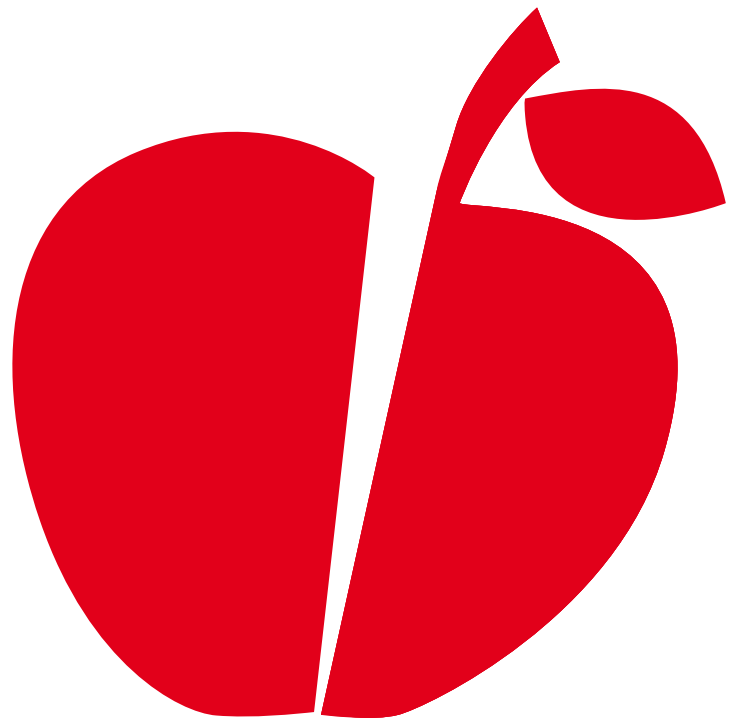
3.3 Samenwerking met partners binnen en buiten de gemeente

Uit de evaluatie van de JGZ blijkt dat gemeenten meer aandacht dan voorheen hebben voor de relatie tussen jeugdgezondheidszorg en jeugdbeleid²⁵. Om een samenhangend aanbod te realiseren op de vijf functies van het preventieve jeugdbeleid, maar ook om breder integraal jeugdbeleid te voeren, is het van belang dat er afstemming is tussen alle partijen die met jeugd te maken hebben. Dit betreft niet alleen de JGZ, maar ook Bureau Jeugdzorg (BJZ), het onderwijs, opvoedingsondersteuning, kinderopvangorganisaties, het maatschappelijk werk, de politie, sportverenigingen, enzovoorts. De verschillende partijen hebben ieder hun eigen rol en positie in de jeugdketen en in de toekomstige CJG's. Het is aan de gemeente om hen hierop aan te spreken en hier regie op te voeren. Het is de bedoeling dat in het CJG partijen en netwerken hun activiteiten en werkprocessen beter op elkaar afstemmen zodat geen kind tussen wal en schip valt. De regierol van de gemeente bij het opzetten van de CJG's is door het Rijk neergelegd bij de gemeenten. Ook de betrokken organisaties in de meeste gemeenten wensen dat de gemeente die rol op zich neemt. Dit verschaft de gemeente de legitimatie om de regie ook werkelijk te nemen²⁶. Het gaat niet alleen om externe regie, maar juist ook om interne regie. Uiteraard hebben we het dan over de afdelingen zorg, jeugd, en onderwijs, maar ook over de minder voor de hand liggende beleidsafdelingen, zoals ruimtelijke ordening, openbare orde en veiligheid. Een beleidsafdeling zoals ruimtelijke ordening kan veel voor het jeugdbeleid betekenen. Ruimte voor buitenspeelplaatsen en veilige wijken zijn immers belangrijk zodat kinderen gezond kunnen opgroeien. Openbare orde en veiligheid zijn relevant als het gaat om bijvoorbeeld handhaving van de drank- en horecawet. Voor de externe regie is het belangrijk dat de beleidsmedewerkers en bestuurders van de verschillende beleidsafdelingen binnen de gemeente elkaar goed kunnen vinden. Een goede regisseur heeft allereerst zijn interne organisatie goed op orde; hieruit blijkt dat hij zijn regietaak serieus neemt.

²⁵ Evaluatie JGZ 2006. TNO kwaliteit van leven en Van Naem & partners.

²⁶ De minister heeft aangegeven de regierol van gemeenten ten aanzien van het CJG vast te willen leggen in de Wet op de Jeugdzorg. Brief aan de Kamer. Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeente. 16 nov 2007.

Versterking bestuurlijke regie OGGz





Waarom apart aandacht voor Openbare Geestelijke Gezondheidszorg?

OGGz is door de bestuurders die deelnamen aan de enquête, de zogenaamde nulmeting van de bestuurlijke benchmark, als een van de belangrijkste aandachtsgebieden aangewezen.

Gemeenten hebben als gevolg van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en door de overheveling van de OGGz naar de Wmo een belangrijke regierol gekregen op dit gebied van maatschappelijke ondersteuning. Bestuurders krijgen daardoor te maken met nieuwe opgaven en zoeken naar manieren om daarmee om te gaan. Voorts zijn er ook andere, voor hen nieuwe spelers op het terrein van de OGGz en zijn er specifieke regievragen.

Alles uit het algemene gedeelte van deze handreiking voor regie in de openbare gezondheidszorg is van toepassing op de regie in de OGGz. Daarnaast zijn er regievragen die specifiek zijn voor de OGGz; deze staan centraal in deze bijlage.

1 Kader voor gemeentelijk beleid, toegespitst op de OGGz

1.1 Inleiding

Het beleidskader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) is sinds 1 januari 2007 niet meer de Wcpv maar de Wmo, prestatieveld 8. Dit terrein heeft echter nog steeds veel raakvlakken met de collectieve preventie volksgezondheid en omdat dit ‘thema’ de interesse van bestuurders heeft, komt het in deze handreiking, aan de orde. Bovendien voeren de meeste GGD'en uitvoerende taken uit op het gebied van de OGGz .

Vanwege de raakvlakken van de OGGz met maatschappelijke opvang en verslavingszorgbeleid maar ook met andere prestatievelden van de Wmo is besloten de OGGz bij de Wmo onder te brengen; dit ook met het oog op de beleidsruimte die gemeenten daardoor krijgen. Sociaal kwetsbare personen en daklozen hebben meervoudige problemen op meerdere leefgebieden, waardoor ook andere wettelijke kaders in het geding zijn zoals de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Zorgverzekeringswet (Zv) en de Wet werk en bijstand (Wwb). In dit hoofdstuk bespreken we de ruimte die deze wettelijke kaders bieden voor eigen gemeentelijk beleid. Aan het slot gaan we kort in op het financiële kader. In dit hoofdstuk wordt duidelijk wat een bestuurder **moet, mag en kan**.

Voorbeeld gemeente Deventer

RegiZorg is een initiatief van de gemeente Deventer, Salland Verzekeringen en het Zorgkantoor Midden IJssel. RegiZorg is het coördinatiepunt voor mensen met complexe zorgvragen. Het belangrijkste doel is goede zorg voor de mensen met een combinatie van ernstige problemen. Het unieke van dit initiatief is de benaderingswijze. De vraag naar zorg is het uitgangspunt. RegiZorg is bedoeld om mensen met meervoudige problemen te helpen door één aanspreekpunt te organiseren en de zorg die op verschillende terreinen nodig is, centraal in te kopen. De doelgroep bestaat uit mensen die te maken hebben met verslavingszorg, dak- en thuislozen, psychiatrische problemen, huiselijk geweld, maatschappelijke opvang, schulden, werkloosheid en de reclassering. Individuele behoefte staat centraal. RegiZorg verzamelt signalen van onder andere woningcorporaties, zorginstellingen, overheid en scholen. Deze signalen kunnen aanleiding zijn om contact te leggen met mensen die hulp of zorg nodig hebben. Daarvoor neemt RegiZorg veldregisseurs in dienst. RegiZorg bestelt de zorg die voor hun cliënt nodig is bij een zorgaanbieder en betaalt na aflevering.
Bron: www.deventer.nl

66 1.2 Beleidsruimte binnen de Wmo

De Wmo biedt gemeenten veel beleidsruimte. Voor de negen prestatievelden van de Wmo dienen gemeenten een beleidsplan op te stellen waarin zij vastleggen wat zij op die prestatievelden willen doen en bereiken.

Het prestatieveld OGGz heeft tot doel de openbare geestelijke gezondheidszorg te bevorderen en wel door middel van de volgende taken:

- het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg;
- het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen;
- het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen;
- het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

Gemeenten kunnen ervoor kiezen de OGGz te bundelen met de twee aanpalende prestatievelden: maatschappelijke opvang en verslavingszorgbeleid. Immers de problematiek overschrijdt de grenzen van de prestatievelden en de doelgroepen overlappen en lopen door elkaar heen.

Maar ook andere Wmo-prestatievelden zijn relevant voor de problematiek van sociaal kwetsbare groepen en het risico op maatschappelijke uitval. Te denken valt aan:

Prestatieveld 1: bevorderen sociale samenhang en leefbaarheid.

Prestatieveld 2: gericht op jeugdigen – en in voorkomende gevallen hun ouders – bij wie sprake is van een verhoogd risico op ontwikkelingsachterstand of uitval zoals schooluitval of criminaliteit, maar voor wie zorg op grond van de Wet op de jeugdzorg niet nodig is dan wel voorkomen kan worden.

Prestatieveld 3: het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning, kan ook ingezet worden voor het tegengaan van uitval.

Prestatieveld 5: het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem. Dit gaat bij uitstek over de doelgroep van de OGGz.

De Wmo biedt de ruimte die nodig is voor een integrale benadering. Vanwege het meervoudige karakter van de problemen van de OGGz-doelgroep is een integrale benadering noodzakelijk. Een overzicht van de probleemvelden en de benodigde invalshoeken, die ook over de grenzen van de Wmo heengaan, staat in onderstaand schema.



Portefeuillehouders volksgezondheid hebben dikwijls ook de Wmo in portefeuille. Zij verkeren daardoor in een gunstige positie om te sturen op een integrale aanpak om maatschappelijke uitval te voorkomen en herstel te bevorderen.

De Wmo legt de regierol nadrukkelijk bij gemeenten. Vanwege de vele partijen die nodig zijn voor het helpen oplossen van OGGz-problematiek, is regie nodig om tot een gezamenlijke, gelijk gerichte inspanning te komen. Zie ook verderop.

Het beleidsplan Wmo loopt gelijk op met de lokale gezondheidsnota (2007-2011). Daarvoor heeft het ministerie van VWS destijds bewust gekozen om het gemeenten mogelijk te maken de voorbereiding van beide nota's gedeeltelijk te laten samenvallen of tot een geïntegreerde nota te komen.

1.3 Beleidsruimte binnen de regionale setting

Bij bestuurders leven veel vragen over de taakverdeling tussen centrumgemeenten en regiogemeenten, zo kwam naar voren tijdens de uitwisselingsbijeenkomsten van de bestuurlijke benchmark. Waar begint en eindigt de taak van centrumgemeenten en waar die van de regiogemeenten? Waarvoor zijn de middelen die de centrumgemeenten krijgen voor de OGGz bestemd en kunnen regiogemeenten daar ook een beroep op doen?

Wettelijke taakverdeling tussen centrumgemeenten en regiogemeenten:

Alle gemeenten hebben de taak om maatschappelijke uitval te voorkomen en maatschappelijk herstel te bevorderen¹:

preventie: het voorkomen, signaleren en snel aanpakken van maatschappelijke uitval en multiprobleemsituaties. Dit wordt ook wel de vangnetfunctie genoemd.

herstel: weer meedoen, erbij horen en terugval voorkomen.

De centrumgemeenten maatschappelijke opvang hebben als extra verantwoordelijkheid de zorg voor het regionale

voorzieningenaanbod en de regionale afstemming rond de maatschappelijke opvang en het verslavingszorgbeleid. Zij hebben ook de verantwoordelijkheid voor het toeleiden naar zorg, dat wil zeggen: het opsporen en in contact komen met sociaal kwetsbare personen zoals (overlastgevend) zorgmijders, het maken van een probleemanalyse en het melden van deze personen bij hulpverlenende instanties.

Centrumgemeenten moeten overleggen met de regiogemeenten over de inzet van de OGGz-middelen. Dergelijk overleg kan er ook in resulteren dat de centrumgemeente toeleidingstaken uitbesteedt aan een of meer, meestal grotere, regiogemeenten.

Bepaalde voorzieningen kunnen beter op het niveau van de regio geregeld worden vanwege de schaalgrootte; andere voorzieningen beter op lokaal niveau vanwege de nabijheid van en bekendheid met sociaal kwetsbare burgers en de lokale diensten en instellingen. Een meldpunt OGGz en een OGGz-monitor zijn in de regel regionale voorzieningen; sociale teams of zorgnetwerken zijn doorgaans lokale voorzieningen. Het is aan bestuurders van centrumgemeenten en gemeenten in de regio om deze voorzieningen goed op elkaar te laten aansluiten en samen te werken.



Wat kan helpen is het beseft dat geen van de partijen bij machte is OGGz-problemen alleen op te lossen. Ook centrumgemeenten beseffen dat zij zonder de inspanningen van regiogemeenten onvoldoende zullen bereiken op dit terrein.

Vooral op 'grijze gebieden' waarbij niet duidelijk is wat er precies onder valt, kunnen 'domeindiscussies' tussen centrum- en regiogemeenten gaan spelen. Een zo'n grijs gebied is 'het toeleiden naar zorg' omdat niet precies is aan te geven wanneer dit overgaat in reguliere zorg of behandeling.

- 68 Daarom is er een handreiking opgesteld, waarin verhelderd wordt wat onder de toeleiding naar zorg geschaard wordt². Daaruit nemen we het volgende schema over. 'Wel beoogd' valt onder toeleiding naar zorg, 'niet beoogd' niet.

| Te financieren uit de toeleidingsmiddelen OGGz? | |
|---|--|
| Wel beoogd | Niet beoogd |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (Versterking van) toeleidingsactiviteiten binnen de dagopvang, nachtopvang, gebruikersruimten, locaties voor verslaafde prostituees et cetera; <input type="checkbox"/> Contact zoeken met de doelgroep op straat of specifieke locaties vanuit instellingen; <input type="checkbox"/> Training en regie vroegsignalering; <input type="checkbox"/> (Versterking) meldpunten OGGz/meldpuntfunctionaris OGGz en OGGz team; <input type="checkbox"/> Het opsporingsdeel en toeleidingsdeel binnen een ACT-team in GGz-instellingen; <input type="checkbox"/> Outreachende activiteiten gericht op toeleiding; <input type="checkbox"/> Versterking van de OGGz-regie voor toeleiding en signalering gericht op integraliteit en samenhang via een OGGz-platform en/of OGGznetwerk; <input type="checkbox"/> Een cliëntvolgsysteem ontwikkelen en uitvoeren. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Crisisopvang; <input type="checkbox"/> Algemene Preventie; <input type="checkbox"/> Casemanagement en outreachende activiteiten bij cliënten die reeds zorg of andere hulpverlening ontvangen; <input type="checkbox"/> Bemoeizorg aan mensen die reeds in een hulpverleningstraject zijn geplaatst. |

Bron: Handreiking besteding OGGz middelen voor toeleiding, HHM, ir. Drouven, november 2006



Maak afspraken met de financiers van de 'reguliere zorg en hulpverlening' zoals zorgkantoor, zorgverzekeraar, centrum-gemeente hoe om te gaan met activiteiten in het grijze gebied en verreken de kosten achteraf. Probeer niet van tevoren alles tot in detail te regelen.

1.4 Aanpalende wetten

Wet werk en bijstand (Wwb)

De Wet werk en bijstand (Wwb) kan van betekenis zijn voor een deel van de OGGz-doelgroep. Denk daarbij aan daklozen, zwerfjongeren, werklozen met enorme schulden, ex-gedetineerden. Gemeenten kunnen dan ook budget en instrumenten van de Wwb inzetten voor herstelactiviteiten voor de doelgroep van de OGGz en voor preventie bij risicogroepen. Het doel van de Wwb is ondersteuning bij arbeidsinschakeling en verlening van bijstand. Werk gaat voor inkomen: het oogmerk is om mensen op de kortste weg naar betaald werk te kunnen zetten. Gemeenten krijgen in het kader van de Wwb van het Rijk twee budgetten: een inkomensdeel (I-deel) en een werkdeel (W-deel). Uit het I-deel moeten de uitkeringen worden betaald. Uit het W-deel worden de reïntegratieactiviteiten betaald. Gemeenten moeten zelf eventuele tekorten op die budgetten aanvullen. Wel mogen overschotten op het I-deel in de gemeentekas vloeien. Gemeenten kunnen het W-deel besteden aan het inkopen of uitvoeren van reïntegratietrajecten, ook voor daklozen en zwerfjongeren. Hieruit kunnen bijvoorbeeld duale leertrajecten en activiteiten op het gebied van sociale activering of het bijbrengen van sociale vaardigheden worden betaald. Deze wet, met haar nadruk op betaald werk, kan als onbedoeld effect hebben dat het voor gemeenten minder aantrekkelijk wordt om voorzieningen in de eigen gemeente op te nemen/te hebben zoals een beschermd wonen complex. Immers hierdoor zal het aantal bijstandsgerechtigden stijgen.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. Nederland is verdeeld in 32 regio's, waarbij in elke regio één zorgkantoor verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Hieronder valt de zware, langdurige zorg in de sectoren Verzorging en Verpleging, Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg. Zorgkantoren trachten het zorgaanbod

in een specifieke regio zo goed mogelijk op de vraag af te stemmen en zij sluiten daartoe contracten af met aanbieders. Dit betekent dat zorgkantoren medeverantwoordelijk zijn voor een passend zorgaanbod voor sociaal kwetsbare personen met chronische geestelijke gezondheidsklachten, verslavingsproblemen, verstandelijke beperkingen zoals zwerfjongeren met een verstandelijke handicap, verslaafde daklozen en zorgwekkende zorgmijders.

Zorgverzekeringswet (Zv)

Sinds 1 januari 2008 is de curatieve geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, zodat alleen de langdurige, continue zorg in de AWBZ overblijft. Het ministerie van VWS hoopt hiermee te bereiken dat er meer aandacht komt voor zorgvernieuwing in de curatieve GGz.

1.5 Recente ontwikkelingen

Stedelijk kompas en centrumgemeenten

De centrumgemeenten maatschappelijke opvang zijn, in navolging van de G4, bezig het landelijke 'Plan van aanpak maatschappelijke opvang' te vertalen naar hun situatie. Dit programma heet het Stedelijk Kompas.

De essentie van dit plan van aanpak bestaat uit:

- een persoonsgerichte benadering met behulp van individuele trajectplannen en cliëntmanagers;
- een 100% sluitende samenwerking tussen alle betrokken partijen en instellingen op bestuurlijk en uitvoerend niveau.

Regiobinding

Centrumgemeenten, VNG, Federatie Opvang en het ministerie van VWS werken aan een manier om te bepalen voor welke groep mensen de maatschappelijke zorg en opvang toegankelijk en beschikbaar moeten zijn. Crisisopvang behoudt haar landelijke functie, maar de persoonsgerichte benadering en trajectplannen zijn bestemd voor de mensen die aan de

70 regio gebonden zijn. Voorts kunnen er goede redenen zijn waarom het beter is bepaalde klanten in een andere regio de benodigde hulp te bieden, maar dan is het mogelijk onderling af te spreken wie wat financiert.

OGGz-ketenrichtlijn

GGD Nederland ontwikkelt een OGGz-ketenrichtlijn voor de nazorg aan ex-gedetineerden. Dit vindt plaats in het kader van het landelijke programma Beter voorkomen. De relatie van Justitie met de gedetineerden is vaak niet zodanig dat de nazorg goed kan worden voorbereid. Uitvoering van de noodzakelijke nazorg wordt niet tot de taken van Justitie gerekend. Het overheidsbeleid komt er nu op neer dat de gemeenten die nazorg moeten organiseren (afspraken Justitie, VNG en Project Aansluiting Nazorg). Deze situatie die in de loop van 2007 duidelijk werd, maakt het zinvol om de voorgenomen 'ketenrichtlijn' te beperken tot de nazorg aan ex-gedetineerden en ISD'ers (veelplegers).

1.6 Financiële ruimte en mogelijkheden

De middelen die in het gemeentefonds worden gestort voor de uitvoering van de Wcpv en de Wmo zijn in te zetten voor de OGGz-problematiek. Deze middelen zijn niet geoormerkt. De overheveling van de OGGz van de Wcpv naar de Wmo heeft niet geleid tot een korting op de middelen voor de Wcpv-taken. Voorts kunnen gelden van het Grotesteden-beleid, sociale pijler, voor dit doel worden gebruikt.

Centrumgemeenten krijgen een apart budget voor de regietaken op het gebied van de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorgbeleid alsook voor de financiering van voorzieningen op deze gebieden. Hieraan zijn extra middelen ad € 60,6 miljoen toegevoegd voor de toeleiding naar zorg van de OGGz-doelgroep. Deze middelen zijn afkomstig uit de AWBZ (€ 54,1 miljoen) en de subsidieregeling 'Initiatieven OGGz' (€ 6,5 miljoen vanaf 1 januari 2007).

Gemeenten, met name centrumgemeenten, hebben daarvoor meer budget gekregen voor de aanpak van de OGGz-problematiek. Echter deze middelen werden tot 1 januari 2007 aan instellingen in de geestelijke gezondheidszorg beschikbaar gesteld voor preventieve activiteiten. GGz-instellingen moeten zich nu tot centrumgemeenten wenden voor de financiering van deze activiteiten. Het jaar 2007 is in diverse regio's als overgangsjaar aangemerkt, waarbij de financiering van de preventieve activiteiten door GGz-instellingen gecontinueerd is. Waarschijnlijk zullen de centrumgemeenten nieuwe afspraken willen maken met deze instellingen over hun inzet en wat zij daarvoor doen. Beide partijen moeten wennen aan de nieuwe regeling. Zo willen centrumgemeenten inzicht krijgen in het budget dat hiermee gemoeid was en wat GGz-instellingen daarvoor precies deden. GGz-instellingen willen of kunnen die informatie niet altijd verstrekken. Centrumgemeenten zijn vrij om een andere organisatie te zoeken voor dergelijke activiteiten of om de samenwerking met de GGz-instelling voort te zetten.

Naast het inzetten van eigen middelen kunnen gemeenten proberen andere financiers zoals het zorgkantoor, zorgverzekeraar of de provincie, te betrekken bij de aanpak van de OGGz-problematiek. Zoals al is opgemerkt heeft een aanzienlijk deel van de OGGz-doelgroep te maken met ernstige psychische, somatische en verslavingsproblematiek, waardoor zij in aanmerking komt voor reguliere zorg. Doordat deze mensen niet (meer) in zorg willen, vaak geen ziekte-inzicht hebben of anderszins moeilijk bereikbaar zijn, kost het veel inspanningen om hen toe te leiden naar zorg. Bij de toeleidingsinspanningen kan het voorkomen, dat men al begint met het bieden van de combinatie van zorg en hulp, om mensen over te halen hulp te aanvaarden. Om dit zo soepel mogelijk te laten verlopen, is overeenstemming tussen de diverse financiers nodig. Partijen kunnen daarbij afspreken dat zorg en hulp altijd geboden worden, dat de geboden zorg geregistreerd wordt en dat achteraf wordt bekeken, wie welke kosten heeft gemaakt en of die kosten onderling verrekend moeten worden.

2.1 Visie

Door de tijd heen verandert de samenleving alsook onze manier van kijken naar die samenleving en allerlei sociale verschijnselen daarbinnen. Bestuurders moeten zich dan ook telkens weer opnieuw de vraag stellen hoe hun politiek-bestuurlijke visie is op een bepaald maatschappelijk probleem en hoe zij de rol van de gemeente daarbij zien.

De wettelijke verankering van de regierol van gemeenten op het terrein van de OGGz is een belangrijke voorwaarde voor het kunnen oppakken van deze rol, maar dat is op zich niet voldoende om die rol ook echt waar te kunnen maken. Om als gemeente regie te kunnen voeren, is behalve bestuurlijke wil, ook visie en ambitie nodig.

Bestuurlijke regie begint met het formuleren van een visie. Een visie geeft richting aan het beleid, aan samenwerking en aan uitvoering. Op het terrein van de OGGz stuit u daarbij als bestuurder op de vraag of u zich met de problemen van mensen die geen hulp vragen of hulp afwijzen wel mag, of zelfs moet bemoeien. De autonomie van een mens is een belangrijke waarde in onze samenleving. Het respect daarvoor kan een reden zijn om niet in te grijpen, maar andere overwegingen kunnen in het geding zijn om daartoe toch te besluiten. Denk bijvoorbeeld aan schadelijke gevolgen voor met name kleine kinderen, of aan overlast voor burens of overlast in het publieke domein. Ook wanneer er geen sprake is van overlast, kunnen duidelijke zorgtekorten bij een persoon die onvoldoende inzicht in zijn ziekte heeft, zoals een dementerende oudere, voldoende redenen geven om iemand naar zorg toe te leiden.

Een andere belangrijke vraag in dit verband is hoe u de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de aanpak van deze problematiek vorm gaat geven. Ziet u die verantwoordelijkheid vooral liggen bij de vangnetfunctie van de

gemeente – de tijdelijke opvang - of juist ook bij de trampolinefunctie – het helpen bij het maatschappelijk herstel? En hoe is dan de verdeling van de verantwoordelijkheden, wat doet de gemeente, wat is de verantwoordelijkheid van de burger die in zo'n situatie is beland en wat is de verantwoordelijkheid van de familie of van een (zorg)instelling?

Een andere keuze waar u als bestuurder voor staat: kiest u voor een regionale of een lokale OGGz-visie? Is de problematiek in uw gemeente vergelijkbaar met die in buurgemeenten of juist helemaal niet? Voor te stellen is dat een gemeente met grootstedelijke problematiek een andere visie op OGGz heeft dan een plattelandsgemeente. Om deze reden kiezen steeds meer regiogemeenten voor een eigen, lokale/ subregionale OGGz-visie. Veel gemeenten stellen een visie op in samenspraak met andere partijen die binnen de OGGz actief zijn. Voordeel hiervan is dat een dergelijke visie breed gedragen wordt door het veld en men zich gezamenlijk verantwoordelijk voelt voor de realisatie ervan.

Ten slotte noemen we hier het belang van een goed hulp- en zorgaanbod. Waaraan moet een goed ondersteunings- en zorgaanbod voldoen en welke onderdelen horen daarbij? U kunt dan denken aan het actief opsporen van sociaal kwetsbare personen (outreaching werken), laagdrempeligheid, het hebben van een kwaliteitscertificaat³ (HKZ-certificaat), deelname aan een monitor of aan een zorg- en hulpverleningsketen voor een sluitende aanpak. Op dit onderdeel komen we terug bij het volgende hoofdstuk.

In de Wmo staat dat gemeenten in hun Wmo-beleidsplan moeten aangeven welke maatregelen zij treffen om de kwaliteit te borgen van de wijze waarop de maatschappelijke ondersteuning wordt uitgevoerd⁴.

3 De Stichting Harmonisatie Kwaliteitszorg in de zorgsector heeft in 2007 een beoordelingskader (certificatieschema) opgesteld. Hierin worden normen gegeven voor 'signalering', 'uitvoering' en 'evaluatie'.

4 Wmo, artikel 3, 4d, in het plan dat de gemeenteraad telkens voor een periode van 4 jaar vaststelt, staat in ieder geval "welke maatregelen de gemeenteraad en het college van burgemeester en wethouders nemen om de kwaliteit te borgen van de wijze waarop de maatschappelijke ondersteuning wordt uitgevoerd."

72 2.2 Bouwstenen voor prioriteiten in de OGGz

De volgende stap is het bepalen van de prioriteiten. Daarbij gaat het om vragen als: Welke OGGz-problemen moeten als eerste aangepakt worden? en: Welke subgroepen van sociaal kwetsbare personen hebben de meeste problemen of krijgen de minste zorg en ondersteuning? Een visie helpt bij het beantwoorden van deze vragen, maar daarvoor zijn ook gegevens nodig. De verzameling van gegevens is een lastige opgave. De afbakening van de OGGz-doelgroep is niet waterdicht, er is niet één landelijk geldende definitie en een indeling in subgroepen is niet eenvoudig te maken noch te hanteren, omdat mensen in meerdere subgroepen vallen. Het gaat immers om mensen met meervoudige problemen.

Afbakening doelgroepen

De definitie⁵ van 'Sociaal kwetsbare personen' die wel vaak wordt gehanteerd, luidt:

Sociaal kwetsbaren zijn mensen die een gemarginaliseerd bestaan leiden en die:

- Niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien;
- Meerdere problemen tegelijkertijd hebben;
- Vanuit het perspectief van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven;
- Geen hulpvraag stellen waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft. Familie, buren en omstanders vragen meestal om hulp, waardoor vaak sprake is van ongevraagde bemoeienis of hulpverlening.

Deze groep van sociaal kwetsbare personen noemt men ook wel de OGGz-doelgroep in enge zin. In bredere zin vallen ook de risicogroepen hieronder.

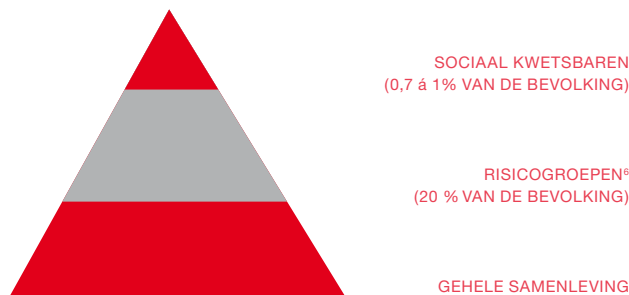
Risicogroepen

Voorbeelden van risicogroepen zijn mensen met psychische problemen, daders en slachtoffers van huiselijk geweld, maar ook mensen met oplopende huurschulden, alcoholverslaafden, alleenstaande ouderen, etc. Door preventieve activiteiten te richten op deze risicogroepen kan worden voorkomen dat mensen afglijden en een gemarginaliseerd bestaan gaan leiden.

Gehele samenleving

Hierbij gaat het om signalering van maatschappelijke factoren die risico's meebrengen voor de psychische gesteldheid van burgers, zoals verloedering van wijken of pesten op school. Daarnaast gaat het om beleidsadvisering en zo nodig een pleidooi voor regelgeving gericht op het beperken of voorkomen van deze maatschappelijke factoren dan wel de nadelige psychische gevolgen daarvan.

OMVANG VERSCHILLENDE OGGZ-(SUB)DOELGROEPEN



5 Deze definitie is in onderzoek van het Trimbos-instituut vastgesteld na raadpleging van expertpanels van cliënten, familieleden, professionals en vertegenwoordigers van uiteenlopende werksoorten en instellingen (Bransen e.a., 2001; Wolf e.a., 2001).

6 Dit percentage is nogal arbitrair en zeer afhankelijk van de definitie van het begrip 'risico groepen'. Wanneer uitgegaan wordt van de in deze handreiking gehanteerde definitie, is de omvang van deze groep ongeveer 20%.

Gegevensverzameling over OGGz-doelgroepen

Om een aantal redenen is het niet eenvoudig inzicht te krijgen in de precieze omvang van de doelgroep.

Enkele redenen zijn:

- definitieverschillen;
- mensen vallen in meerdere groepen;
- zijn niet bekend bij instanties.

Sinds kort is er een lokale OGGz-monitor - een initiatief van GGD Nederland, het Trimbos Instituut en RIVM – maar ook alternatieve informatiebronnen moeten benut worden⁷.

Informatie opvragen bij uitvoerende instellingen

Organisaties die werkzaam zijn binnen de OGGz zoals de GGD (meldpunt⁸, hulp bij extreem vervuilde personen of huishoudens, coördinatie), GGZ-instelling en instellingen voor maatschappelijke opvang, kunnen zeer waarschijnlijk gegevens leveren over de omvang en de ernst van de lokale OGGz-problematiek.

GGD onderzoek

Door periodiek epidemiologisch onderzoek uit te voeren, levert de GGD een bijdrage aan de monitoring van onder andere de geestelijke gezondheidstoestand van de bevolking.

Bestuurders die deelnamen aan de bestuurlijke benchmark lieten nogal eens kritische geluiden horen over de informatie-functie van hun GGD. De informatie die zij krijgen is niet altijd de informatie die zij nodig hebben om te komen tot een goede afweging en prioriteitstelling.



Het is erg belangrijk dat GGD en gemeente van tevoren bespreken welke informatie nodig is en waarvoor die gebruikt moet worden. Daarbij dient zowel de ambtelijke als de bestuurlijke invalshoek in de gaten te worden gehouden.

Hoe de GGD in de informatiebehoefte van gemeenten voorziet, verschilt van regio tot regio en van gemeente tot gemeente. Gemeenten kunnen daarop meer invloed uitoefenen dan ze vaak denken. De GGD moet veel gemeenten bedienen en is daardoor minder geneigd om rekening te houden met individuele gemeentelijke wensen. Daarom zullen gemeenten naar gelijkgestemde gemeenten binnen de regio moeten zoeken en samen optrekken richting de GGD.

De GGD kan ook ingeschakeld worden om naast de eigen gegevens ook gegevens van andere organisaties en instellingen te verzamelen, of om onderzoek te doen naar specifieke doelgroepen in de regio. Het kan zijn dat dit valt binnen de gemaakte afspraken met de GGD of dat het een extra taak is waarvoor extra kosten in rekening worden gebracht.

Voorbeeld

Aanpassing aan de informatiebehoefte van stadsgewest Haaglanden

Het stadsgewest Haaglanden heeft de GGD, jeugdzorg en andere instellingen gevraagd gegevens aan te leveren per gemeente. Afgesproken is dat de GGD haar onderzoeken en monitoren aanpast aan de wensen van de regio. Momenteel voert de GGD op verzoek van de regio een ouderenmonitor uit, welke met name gericht is op het in beeld brengen van psychosociale problematiek als depressie en eenzaamheid.

⁷ In 2007 is verschenen de publicatie 'Lokale OGGz-monitoring, door J. Wolf, C. Mensink en V. Meertens (uitgeverij WSP)

⁸ In totaal hebben 30 GGD'en (83%) een meldpunt Vangnet en advies.

74 Ondanks alle inspanningen om de OGGz-doelgroep in beeld te krijgen, blijven de zorgwekkende zorgmijders, die niet bekend zijn bij zorg- en hulpverleningsinstellingen, vaak buiten beeld. Hiervoor zijn extra inspanningen nodig zoals het oprichten van lokale zorgnetwerken die een signaleringsfunctie hebben, of het instrueren van functionarissen die vaak achter de voordeur komen zoals mensen die werken bij woningcorporaties.

De bestuurders kunnen zorgen voor voldoende aandacht voor het verzamelen van informatie over de OGGz-doelgroep en de noodzaak tot registratie en uitwisseling van gegevens binnen en tussen de verschillende partners.

Praktijkvoorbeelden van gegevensverzameling door gemeenten

Almelo (centrumgemeente) heeft een bureau ingehuurd dat in kaart brengt hoeveel mensen er bij diverse instellingen bekend zijn. Op basis van deze cijfers ontstaat ook een beeld van de problematiek. Hierbij worden alleen de mensen meegerekend die ergens staan geregistreerd.

Haarlemmermeer (regiogemeente) wist op basis van landelijke cijfers dat er een groot aantal dak- en thuislozen binnen de gemeente zou moeten zijn. Echter doordat instellingen voor maatschappelijke opvang niet registreren waar mensen vandaan komen, kreeg men geen duidelijk beeld van de groep. Uiteindelijk is besloten te starten met een eigen dagopvang voor dak- en thuislozen. Door deze voorziening te starten en daar klanten te laten registreren krijgt de gemeente de doelgroep nu langzaam maar zeker in beeld.

Zeewolde gebruikt de gegevens uit het preventief huisbezoek als uitgangspunt voor het opsporen van OGGz problematiek bij senioren. Zo kan worden nagegaan hoe de lokale situatie zich tot de nationale cijfers verhoudt.

Regionale en lokale prioriteiten stellen

Vaak zijn alleen op regionaal niveau prioriteiten geformuleerd. Het stellen van lokale én regionale prioriteiten maakt de taakverdeling tussen centrumgemeenten en regiogemeenten inzichtelijker. Het wordt dan helder wát op regionaal niveau en wát op lokaal niveau op het terrein van de OGGz wordt nagestreefd. Afstemming van regionaal en lokaal OGGz-beleid wordt zo beter mogelijk en de regierol van regiogemeenten op het lokale OGGz-beleid wordt versterkt.

Voorbeeld van een lokale prioriteit

Eenzaamheid bestrijding onder ouderen in Kampen

Kampen start in 2008 een pilot Consultatiebureau voor ouderen. Het project richt zich op gezondheid van ouderen, waaronder de geestelijke gezondheid. Indien gewenst is een consultant van het Riagg aanwezig bij het 2e of 3e gesprek. (Ouderenbeleid)

Bron: Nota lokaal gezondheidsbeleid 2007 – 2011,Van lijf en leden II, Gemeente Kampen



2.3 Ambities

Ambitie gaat over vragen als: hoe wilt u dat uw gemeente over tien jaar is veranderd wat betreft de OGGz-problematiek? Wát wilt u als bestuurder over vier jaar hebben bereikt als het gaat om de aanpak van de OGGz-problematiek? Wilt u vooral de problematiek in de centrumgemeente aangepakt hebben of wilt u ook het voortouw nemen in de samenwerking met andere gemeenten? Zoekt u ook samenwerking met andere partijen zoals het zorgkantoor, zorgverzekeraars, de provincie? Wilt u de doelgroep van de OGGz beter in beeld gebracht hebben of wilt u een sluitend zorgaanbod gerealiseerd hebben? Het formuleren van heldere politieke ambities liefst SMART opgesteld, kan uw regie sterker en gericht maken.

Wanneer bijvoorbeeld het voorkomen van OGGz-problemen onder ouderen een van de prioriteiten is dan is het mogelijk daaraan de volgende politiek-bestuurlijke ambitie te koppelen:

“Over x jaar wil ik het percentage ouderen van 80 jaar en ouder dat eenzaam is, teruggedrongen hebben van zoveel naar zoveel procent.”

Samenwerking noodzakelijk voor realiseren van ambities

De aard van de OGGz problematiek maakt het lastig een strakke lijn te trekken tussen lokale en regionale OGGz ambities. Wanneer u als centrumgemeente de ambitie heeft om het aantal mensen dat uiteindelijk op straat terecht komt terug te dringen, bent u erbij gebaat dat regiogemeenten inzetten op vroegsignalering en vroeghulp door een sociaal team of zorgnetwerk. De ambitie van een regiogemeente kan gelegen zijn in het beter opsporen en signaleren van OGGz-problematiek. In dat geval kan zij met de centrumgemeente overleggen over haar bijdrage aan de toeleidingsactiviteiten en de financiering daarvan.

3 Samenwerking en bestuurlijke regie in OGGz

3.1 Relevante partners in de OGGz

Strategische kennis van de andere spelers op het gebied van de OGGz is belangrijk voor een bestuurder om te kunnen bepalen wie de kernpartners zijn en op welke wijze samengewerkt kan worden. Wat doen verschillende partijen, hoe is de onderlinge samenwerking en concurrentie, waar zitten hun belangen, waar streven zij naar, met welke partijen heeft de gemeente een goede samenwerkingsrelatie opgebouwd, wat verwachten de andere spelers van de gemeente? Via deze en andere vragen kan een gemeente actueler inzicht krijgen in het complexe veld van aanbieders. Zie ook het schema hieronder.

3.2 Overleg- en samenwerkingsstructuren

Bij het verkrijgen van inzicht in het veld gaat het niet alleen om de individuele partijen maar ook om samenwerkingsverbanden die van belang zijn voor de OGGz. Welke platforms en overleggroepen houden zich bezig met (een deel van) deze problematiek? Welke taken en bevoegdheden hebben deze overlevormen? Is er een OGGz-projectgroep, een ambtelijk OGGz overleg of maakt dat deel uit van het Wmo-projectleidersoverleg? Komt OGGz aan de orde in het portefeuillehoudersoverleg Gezondheid en Zorg of in een andere bestuurlijke commissie?

Spelers in de OGGz

| | Gemeentelijke diensten | Door de gemeente gesubsidieerde diensten | Overige organisaties/ instellingen |
|-------------------------|---|---|---|
| Lokale OGGz partners | <ul style="list-style-type: none"> · Sociale dienst · Politie · Wmo-loket | <ul style="list-style-type: none"> · AMW · Schuldhulpverlening · Welzijnswerk · Vrijwilligersorganisaties | <ul style="list-style-type: none"> · Woningcorporaties (lokaal en regionaal) · Patiënten- en consumentenorganisaties (lokaal en regionaal) · Eerstelijnszorg |
| Regionale OGGz partners | <ul style="list-style-type: none"> · GGD · Maatschappelijke opvang · Verslavingszorg | | <ul style="list-style-type: none"> · GGZ-instelling · Thuiszorg · Zorgkantoor · Zorgverzekeraars · Justitie |

Het is mogelijk dat u als bestuurder op het terrein van de OGGz te maken krijgt met enkele nieuwe spelers. Daarbij kunt u denken aan de eerstelijnszorg, het zorgkantoor, zorgverzekeraars, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Het is belangrijk dat zij kennis maken met de gemeente, en geïnformeerd worden over wat de gemeente doet en wil bereiken, alsook dat u kennis maakt met wat deze instellingen doen en waarvoor zij staan.

In de afgelopen jaren zijn voor de uitvoering van OGGz-beleid verschillende vormen van overleg ontstaan. Veel voorkomende overlevormen zijn:

- Het OGGz-platform. In de meeste gevallen bestaat dit overleg uit bestuurders van centrumgemeente en/ of regiogemeenten en directeuren van de OGGz-kernpartners (GGD, GGZ, maatschappelijke opvang, AMW, corporaties). Tijdens dit overleg vindt afstemming plaats over het te voeren OGGz-beleid.
- Het bestuurlijk overleg OGGz. Overleg tussen de bestuurders van regiogemeenten en centrumgemeente ter ontwikkeling en uitvoering van het regionale OGGz-beleid. Binnen dit overleg worden afspraken gemaakt over de besteding van toeleidingsmiddelen en de wijze waarop afstemming plaatsvindt tussen lokale en regionale OGGz-activiteiten. Vaak nemen zorgverzekeraars ook deel aan dit overleg en worden afspraken gemaakt over financiering van OGGz-activiteiten. Samen met gemeenten zijn zorgverzekeraars via de zorgkantoren de belangrijkste financiers van de OGGz.
- Binnen veel regio's vindt bestuurlijk overleg plaats tussen de portefeuillehouders Wmo. OGGz vormt binnen dit overleg één van de onderwerpen waar gezamenlijk besluiten over worden genomen.
- Bestuurscommissie GGD. Binnen het overleg van de bestuurscommissie GGD kan OGGz als agendapunt aan bod komen. Dit is vaak het geval wanneer in een regio geen bestuurlijk overleg OGGz bestaat.

Het OGGz-platform geeft de verschillende partijen de meeste ruimte om van gedachten te wisselen over gemeenschappelijk beleid. Het is ook de meest vrijblijvende vorm (adviserend, raadgevend). In een bestuurlijk overleg worden zaken officieel afgekaart (besluitvormend). In regio's waar zowel sprake is van een platform OGGz als een bestuurlijk overleg, biedt het platform input voor het bestuurlijk overleg.



Zorg voor een duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden in overleg- en samenwerkingsverbanden. Samenwerking betekent niet dat verantwoordelijkheden worden samengevoegd of uit de weg worden gegaan.

Centrumgemeenten en regiogemeenten

Centrumgemeenten zijn wettelijk verplicht de regiogemeenten te betrekken bij het opstellen van een regionale visie OGGz en dragen primair de verantwoordelijkheid voor het opzetten van de bovenlokale zorgketen. Voor de komst van de Wmo lieten veel regiogemeenten de regie over de OGGz volledig over aan de centrumgemeente en volgden de door de centrumgemeente uitgezette koers. De koppeling van de OGGz aan andere prestatievelden (en daarmee doelgroepen) van de Wmo, heeft de OGGz een lokaal gezicht gegeven. Steeds meer regiogemeenten formuleren momenteel hun eigen lokale prioriteiten op het gebied van OGGz en er is meer aandacht voor de lokale zorgketens. Deze ontwikkelingen hebben tot gevolg dat regiogemeenten binnen het regionale overleg met de centrumgemeente steeds vaker een eigen positie innemen. Zij staan kritisch tegenover het beleid van centrumgemeenten en willen weten welke inspanningen er door de centrumgemeente worden verricht ten behoeve van de regio. Ook is er meer aandacht voor de afstemming van regionale en lokale zorgketens.

In de praktijk blijkt dat de behoefte om te komen tot vergaande samenwerking en verdeling van taken sterk afhangt van de samenstelling van de regio. Indien een regio bestaat uit een aantal kleine gemeenten en een grote centrumgemeente dan vervult de centrumgemeente de spilfunctie en hebben de regiogemeenten een minder actieve rol. Het beleid wordt dan in hoofdzaak door de centrumgemeente bepaald, soms wel na overleg met regiogemeenten en instellingen. In alle gevallen besluit de centrumgemeente over de besteding van het budget voor de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en de verslavingszorg.

78 In een regio bestaande uit gemeenten van vergelijkbare grootte ligt een verdeling van taken en middelen meer voor de hand. Voorop staat dat dit slechts mogelijk is wanneer de centrumgemeente hiermee akkoord gaat.

Bij de totstandkoming van een werkbare taakverdeling tussen centrumgemeente en regiogemeenten onderling, zijn de volgende zaken van belang:

- goede relatie tussen centrumgemeente en regiogemeenten: samen moet je tot een verdeling komen;
- centrumgemeenten hebben er belang bij dat regiogemeenten hun bijdrage leveren aan de OGGz-problematiek;
- transparantie over de hoogte en besteding van middelen door de centrumgemeente;
- duidelijkheid over de verschillende belangen van gemeenten;
- oog voor verschillen in de aard en omvang van OGGz-problematiek tussen gemeenten.

Praktijkvoorbeeld

Binnen regio X zijn de verschillende gemeenten met elkaar in discussie over de verdeling van de middelen voor toeleiding. De regio bestaat uit één grote stedelijke centrumgemeente en verschillende middelgrote gemeenten. Tot op heden zijn alle middelen voor toeleiding naar de centrumgemeente gegaan. De middelgrote gemeenten hebben echter allemaal ook hun eigen OGGz-problematiek. Daarbij zien zij het als onwenselijk dat hun OGGz-ers opgevangen worden in de grote stad, aangezien de kans dat mensen hierdoor nog verder afglijden groot wordt geacht. Uiteindelijk wordt na veel onderhandelen het volgende compromis gesloten. De middelen voor toeleiding worden naar rato van inwoners evenredig over de gemeenten verdeeld. Daarnaast krijgt één regiogemeente een gedeelte van de opvangmiddelen van de centrumgemeente om een eigen dagopvang voor dak- en thuislozen te realiseren.

3.3 Wat betekent ketenregie vanuit bestuurlijk perspectief?

Ketenregie of ketensamenwerking is complex en vergt een grote inzet van alle betrokken partijen. Het vergt bovendien een vergaande vorm van samenwerking. Daarom is het aan te raden om eerst te verkennen of andere vormen van bestuurlijke regie de gewenste resultaten kunnen opleveren. Een probleem moet voor alle betrokken partners een grote maatschappelijke urgentie hebben om zo'n zwaar instrument als ketenregie te willen inzetten.

Om een 'sluitende aanpak' te kunnen realiseren in de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, verslavingszorg en OGGz, – het beleidsvoornemen van veel centrumgemeenten – is ketensamenwerking geboden. Dat heeft gevolgen voor de deelnemende partijen. Dezelfde partijen hebben vaak wel ervaring met samenwerking in netwerken wat doorgaans een vrijblijvender karakter heeft. Met samenwerking in netwerken zal het niet lukken een sluitende aanpak tot stand te brengen. Omdat er meer moet gebeuren ligt er een zware taak voor de trekker van de ketenregie.

Ketensamenwerking impliceert voor de bestuurder:

- Het beleggen van verantwoordelijkheden op het politiek-bestuurlijke niveau, op het ketenniveau van samenwerkende instellingen en afdelingen én op het uitvoerende niveau (de directie zorg en ondersteuning van een klant).
- De eerstverantwoordelijke op het politiek-bestuurlijke niveau zoekt medestanders en medefinanciers (andere overheden zoals gemeenten, provincie en andere organisaties belast met een publieke functie zoals zorgkantoor). Hij ontwikkelt en geeft zijn visie op het maatschappelijk probleem en zoekt daarvoor draagvlak bij zijn partners. Hij zorgt voor commitment van de gemeente en spreekt de andere partijen aan op hun betrokkenheid. Hij zorgt voor financiering en schept de andere voorwaarden voor ketensamenwerking op ketenniveau en uitvoerend niveau.
- Het beleggen van verantwoordelijkheden op het ketenniveau van de instellingen: wie neemt het voortouw in

het zoeken van samenwerkingspartners en het maken van samenwerkingsafspraken: wie is aanspreekbaar op uitvoeringsproblemen en het niet nakomen van afspraken.

- Hij stelt de vraag van de klant centraal en regelt dat er integraal gewerkt wordt aan een passend aanbod en dat uitvoerende instellingen hun werkwijzen en interventiemethoden op elkaar afstemmen. Zo worden er afspraken gemaakt over indicatiestelling, registratie- en cliëntvolgsystemen, gegevensuitwisseling en het nooit 'nee verkopen' aan een klant of hem/haar op een wachtlijst zetten.

Voor centrumgemeenten heeft de VNG een handreiking in voorbereiding over hoe regie te voeren⁹. Hierin worden enkele regiemodellen behandeld.

Regie op lokale OGGz-partners hoeft niet de vorm aan te nemen van de hierboven beschreven ketenregie. Dan gaat het meer om de sturing van interne en externe partners zoals in de algemene handreiking is beschreven. Deelname van lokale diensten of instellingen aan een sluitende regionale keten behoeft wel de instemming van de gemeente en daarbij kan de bestuurder een belangrijke rol spelen. Ook bij het opzetten van lokale zorgnetwerken of bij het afstemmen tussen een regionaal meldpunt en een lokaal zorgnetwerk is de visie van de bestuurder en zijn of haar bestuurlijke zeggenschap van groot belang.

Voor het bewaken van de voortgang en evaluatie van bestuurlijke regie verwijzen we naar de algemene handreiking.



SGBO

Onderzoek > Advies > Implementatie



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

