

College van burgemeester en wethouders
van de Drentse gemeenten

Datum: 16 december 2014
Ons kenmerk: BMO/BA/IE/HvdH/U140661
Behandeld door: Ilona Ebels
Onderwerp: Kaderbrief 2016 GGD Drenthe

Geacht College,

GGD Drenthe reikt elk jaar in een kaderbrief haar beleid en activiteiten voor de nieuwe beleidsbegroting aan. Wij nodigen u uit om op onze beleidsvoornemens voor 2016 te reageren. Uw reactie zien we graag *uiterlijk 20 februari 2015* tegemoet.

Doel van deze kaderbrief is het tijdig aankondigen van belangrijke beleidswijzigingen en beleidsontwikkelingen die naar verwachting in 2016 zullen plaatsvinden en de eventuele financiële consequenties daarvan. U kunt hiermee desgewenst rekening houden bij de opstelling van uw begroting 2016 en volgende jaren.

In ons financieel kader vervolgen we de lijn dat we door te bezuinigingen accres-ontwikkelingen en kostenverhogingen opvangen. Daarbij wegen we wederom voortdurend af of we taken efficiënter en slimmer kunnen uitvoeren.

1. Trends en kaders

Het sleutelbegrip in deze kaderbrief is *transformatie*. Hiermee sluiten wij aan op de transformerende gemeenten en op ons beleid uit voorgaande begrotingscyclus.

In 2016 zijn de transformaties op het gebied van jeugd, Wmo, participatie en passend onderwijs, gecombineerd met de realisatie van financiële taakstellingen, nog in volle gang. Gemeenten pakken vraagstukken en problemen integraal op, op het niveau van een dorpskern, buurt of wijk. Dicht(er)bij de burger. Voortdurend is de inzet zo vroeg mogelijk, zo goed mogelijk en daarmee zo doelmatig mogelijk hulp of zorg te bieden. Wanneer een probleem minder kans krijgt uit te groeien tot een groot probleem kan duurdere gespecialiseerde zorg worden voorkomen. In ieders belang is voorkomen beter dan genezen.

De volgende vier punten geven aan hoe wij verwachten in de veranderende lokale structuren te werken aan het realiseren van gezondheidswinst en hoe wij aan de gemeentelijke opgaven kunnen bijdragen.

a) Wij werken via preventie aan gezondheidswinst

Via preventie kunnen wij de meeste gezondheidswinst behalen. In de afgelopen jaren was de tendens om de rol van de GGD terug te brengen tot die van signaleerder en verwijzer. Ondersteuning en behandeling werden gefinancierd vanuit de AWBZ en als verzekerde zorg. Als de GGD zelf behandelde kregen de gemeenten die kosten niet vergoed. In het nieuwe stelsel komen ondersteuning en behandeling ook voor rekening van de gemeenten. Het is nu dus zowel inhoudelijk als financieel interessant voor gemeenten om te investeren in ondersteuning en lichte interventies in het voorveld om verwijzing naar (duurdere) zorg te voorkomen. Dit vraagt om een bredere invulling van het begrip preventie dan we gewend zijn. Wij zetten er op in om voor onze professionals meer handelingsruimte te realiseren in het voorveld. Daardoor wordt het aantal verwijzingen naar gespecialiseerde zorg teruggedrongen. Door onze inzet kan tegen weinig meerkosten veel worden bereikt. Hiertoe gaan wij met de gemeenten in gesprek om op basis van de Jeugdwet meer begeleiding en ondersteuning te bieden in het preventieve veld.

b) Wij werken in kernen en buurten

Bij het werken aan gezondheidswinst sluiten wij aan op de lokale structuren die gemeenten en zorgaanbieders voor die kern of buurt hebben ingericht. Wij functioneren in de kernen en buurten en werken met lokale teams. Deze teams bekijken in afstemming met de sociale teams op welke wijze in een wijk of buurt de meeste gezondheidswinst kan worden behaald.

c) Wij schakelen in het voorliggende veld

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is een belangrijke partner in de samenwerking met de preventieve jeugdhulppartners. Wij opteren er voor om vanuit onze preventieve taakopdracht diensten aan te bieden op de interventieniveaus 1 t/m 3 en als schakelpunt te fungeren voor het erbij halen van aanvullende ondersteuning op interventieniveau 4. Daarnaast zien wij in het getransformeerde stelsel een rol voor de GGD in de toegang tot jeugdzorg. De jeugdarts is, naast de huisarts en medisch specialist, bevoegd toe te leiden naar tweedelijns geestelijke gezondheidszorg of een gespecialiseerde zorgaanbieder. Deze bevoegdheid is op twee schakelpunten in te zetten. Bij de toeleiding vanuit een jeugdteam / sociaal team naar gespecialiseerde zorg en bij de toeleiding vanuit Veilig Thuis Drenthe (VTD, voorheen AMHK) naar gespecialiseerde zorg. Door in te zetten op deze schakelpunten dragen wij bij aan de opgave om de zorgkosten voor de gemeenten te reduceren. Immers, verwijzen is vaak duurder.

Invulling en uitvoering geven aan de punten a t/m c houdt in dat wij:

- ✓ een flexibel JGZ-aanbod uitwerken waarmee we oplossingen brengen;
- ✓ werken met lokale GGD-teams;
- ✓ in ons opleidingsbeleid genoemde ontwikkelingen prioriteit geven;
- ✓ samen met onze (preventieve) ketenpartners participeren in het kennisnetwerk waarbinnen wij bijdragen aan het ontwikkelen van gecertificeerde opleidingen en deze aan onze medewerkers aanbieden;
- ✓ de samenwerking tussen jeugdarts en huisarts intensiveren, omdat de JGZ en huisartsenzorg complementair aan elkaar zijn en beide een belangrijke spil in de zorgketen vormen. De jeugdarts in het publieke en preventieve domein en de huisartsen in de eerstelijnszorg.

d) Wij zijn de adviseur publieke gezondheid in het sociaal domein

Met de GGD heeft iedere Drentse gemeente een dienst voorhanden die ook op het gebied van informatievoorziening een belangrijke rol speelt. Wij hebben vanuit onze brede aanwezigheid in het veld automatisch toegang tot belangrijke bronnen van gezondheidsinformatie. Deze informatie is van belang voor het verkrijgen van inzicht in de gezondheidssituatie in de provincie, de gemeenten en de kernen c.q. wijken en buurten. Op basis van deze informatie adviseren wij de gemeenten over de mogelijkheden om gezondheidswinst te behalen. Deze informatie benut de gemeente voor de formulering van haar lokaal gezondheidsbeleid. Gemeenten, GGD Drenthe en eventueel andere adviseurs op aanpalende terreinen gaan vervolgens samen aan het werk om te bepalen hoe het beleid kan worden omgezet in concrete maatregelen. Wij toetsen tot slot via onze gezondheidsmonitoren of de beleidsmaatregelen ook effect sorteren. Ook leveren deze gegevens een belangrijke bijdrage voor de inkoop van zorg door de gemeenten. Wij zijn in staat om de effectiviteit van deze inkoop te monitoren. Om dit te kunnen realiseren investeren wij in het ontwikkelen van deze informatiefunctie en werken wij samen in PIONN.

Veranderende rolopvatting

Voorgaande leidt tot een veranderende rolopvatting. Wij moeten volstrekt onafhankelijk opereren en geen ander belang hebben bij onze advisering over beleid en toeleiding. Gevolg is dat wij niet meer inzetten op het uitvoering geven aan onze adviezen die wij op collectief of individueel niveau geven. Tenzij geen enkele zorgaanbieder in een vraag kan voorzien. Hiermee nemen wij afstand van het beleid, waarin wij onze effectiviteit proberen te vergroten door zoveel mogelijk aanvullende diensten te acquireren. Wij werken vanuit de gedachte dat diensten door gemeenten wordt ingekocht bij (semi-) private zorgaanbieders en dat GGD Drenthe, als verlengstuk van de gemeente, zorgt dat er zo min mogelijk zorg moet worden ingekocht.

Aanvullend op de trends en kaders beschrijven wij hierna andere prioriteiten en overige ontwikkelingen op basis van de gezondheidsthema's uit onze beleidsvisie.

2. Gezondheidsthema's beschermen, bevorderen, bewaken

Beschermen

Bijzonder Resistente Micro Organismen (BRMO)

Eén van de bedreigingen in de gezondheidszorg is de toenemende resistentie van bacteriën, virussen en schimmels voor beschikbare middelen zoals antibiotica. Een aparte groep hierbinnen zijn de bijzonder resistente micro-organismen (BRMO). Door de verschuiving van zorg uit de ziekenhuizen naar thuiszorg en verpleeghuizen moet de aanpak van deze bedreiging door een andere partij opgepakt worden. De mogelijke rol van de GGD bij de bestrijding van BRMO is in 2016 (landelijk) uitgewerkt, waarmee voor ons ook helder wordt welke interventies nodig zijn om die rol in te vullen.

Het Nieuwe Toezicht Kinderopvang

In 2014 is gestart met het (op)nieuw invulling geven aan het toezicht op de kinderopvang. De toezichthouder zal in het nieuwe toezicht meer zelfstandig een oordeel gaan vellen over de kwaliteit van de kinderopvang en minder controleren aan de hand van allerlei strikte eisen. Zowel in 2015 als 2016 vraagt deze ontwikkeling dat wij investeren in de bijscholing van onze inspecteurs om het nieuwe toezicht vorm te geven in de praktijk.

De verwachting is dat landelijk middelen beschikbaar worden gesteld voor de gewenste opleiding(en). De investering in (opleidings-)uren die wij hiervoor moeten doen is onderdeel van ons gesprek met gemeenten over de inzet van onze formatie op de Technische Hygiëne Zorg (THZ).

Reizigersvaccinaties

Zorgverzekeraars lijken in toenemende mate contracten te willen sluiten met organisaties die reizigerszorg bieden. Deze contracten kennen vooral een financiële basis en dragen niet bij aan een kwalitatieve uitvoering van deze zorg. Landelijk bereiden de GGD'en een gezamenlijk standpunt voor. We verwachten dat in 2016 helder is hoe de GGD'en participeren in contracten met zorgverzekeraars en dat wij daarvoor de nodige aanpassingen hebben doorgevoerd.

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

Anno 2014 werkt de OGGZ in Drenthe op uniforme wijze met integrale teams van professionals, die vroegtijdig en adequaat interveniëren en zorgmijding bij (multi-) problemen op gebied van psychiatrie, verslaving, verstandelijke beperking en vervuiling doorbreken. In 2016 zal de doelgroep met minder complexe problemen die nu ook nog in de OGGZ terecht komt een aanbod krijgen vanuit (sociale) wijkteams. Dit verschilt per gemeente. Wij zetten er samen met de ketenpartners in de OGGZ op in om de opgebouwde OGGZ-expertise aan te laten sluiten bij de ontwikkelingen in de verschillende gemeenten. Dat zal, anders dan nu, tot gemeentelijke verschillen in de structuur van de OGGZ leiden. We denken graag met gemeenten mee hoe onze expertise blijvend aangewend kan worden en wat het gefaseerd overdragen van een deel van de OGGZ-doelgroep naar (sociale) wijkteams betekent. Het is van belang om een goed vangnet te blijven organiseren voor groepen kwetsbare burgers met complexe problemen, vaak zorgmijders, waardoor deze mensen zo effectief mogelijk naar zorg kunnen worden geleid. Zeker in de periode van transformatie. Daarbij speelt dat naar verwachting in 2016 de Wet verplichte GGZ van kracht zal zijn. Deze wet biedt mogelijkheden om inwoners met ernstige psychiatrische aandoeningen een integraal behandeltraject aan te bieden waarin alle leefgebieden meegenomen worden. De huidige opgebouwde OGGZ-expertise sluit daar goed op aan. Voor deze en andere zaken blijft een bovenregionaal advies- en meldpunt OGGZ wenselijk om vragen te kanaliseren en tijdelijke ondersteuning te bieden.

Veilig Thuis Drenthe (VTD)

In 2016 start VTD zijn tweede jaar. De eerste opstart ligt achter ons. Naar onze verwachting investeren we nog nadrukkelijker in het op en af schalen met het lokale veld en bovenregionale partijen als het Openbaar Ministerie en de politie. Door te blijven investeren in het toevoegen van kennis en handelingsvaardigheid aan het lokale veld groeit VTD toe naar het expertisecentrum voor gemeenten, partners en burgers dat alleen hoog complexe veiligheidsproblematiek rondom huiselijk geweld en kindermishandeling zelf coördineert. Onze verwachting is dat we hiertoe in 2016 goede aanzetten kunnen geven, maar dat de meldingsfrequentie en complexiteit van de casuïstiek nog onveranderd hoog liggen.

Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers(PGA)

De instroom asielzoekers in Nederland en ook in Drenthe is vanaf het jaar 2014 aanzienlijk toegenomen. De verwachting is dat de aantallen asielzoekers in de provincie Drenthe in 2016 nog hoog zullen zijn. Velen van hen zullen nog wachten op het verkrijgen van een status.

Wij zijn ook in 2016 met betrekking tot de publieke gezondheid voor deze groep aan het werk. De middelen hiervoor worden door het Rijk verstrekt.

Nationaal Plan TBC (NPTBC)

Vanwege het dalende aantal TBC-gevallen in Nederland wordt op landelijk niveau gewerkt aan het NPTBC. Schaalvergroting is noodzakelijk, aangezien de TBC-bestrijding een specialistisch en kostbaar product is. Binnen het NPTBC worden vier regionale expertise centra geformeerd. Drenthe vormt daarin samen met de provincies Friesland, Groningen, Overijssel en Gelderland één van die expertisecentra. Deze ontwikkeling leidt tussen de provincies tot nieuwe afspraken waarin wij in 2016 handen en voeten geven. Wij stemmen inhoudelijk af met Groningen.

Bevorderen

Gemeenten werken in 2016 aan de lokale nota volksgezondheid die uiterlijk 2017 gereed moet zijn. Wij ondersteunen gemeenten bij de evaluatie van de oude nota's volksgezondheid en de voorbereiding van en op de nieuwe nota's. Daarnaast bieden we gemeenten ondersteuning in hun opdracht om vorm en inhoud te geven aan preventie in het lokale gezondheidsbeleid en het sociaal domein.

Negen gemeenten in Drenthe nemen in de periode 2015 – 2019 deel aan het landelijke stimuleringsprogramma 'Gezond in de stad'. Dit programma richt zich op het verkleinen van gezondheidsachterstanden door een lokale integrale aanpak. Samen met twee partners ondersteunen wij gemeenten naar hun behoefte bij de invoering. Tevens werken we aan de borging en verspreiding van de resultaten voor na 2019.

Wij benadrukken dat wij onze adviesfunctie primair richten op advies, informatie en bemiddeling en niet op uitvoering van onze adviezen. Hiermee stellen wij ons onafhankelijk op in onze advisering.

Bewaken

In onze rol van adviseur Publieke Gezondheid voor gemeenten presenteren wij beschikbare informatie en kengetallen op gebieds-/wijniveau. Dit doen wij op dusdanige wijze dat gemeenten en professionals vanuit dit overzicht kwantitatief en kwalitatief geïnformeerd worden over trends en ontwikkelingen. Wij voorzien deze informatie van een advies over mogelijkheden en wenselijkheid voor verdiepingsonderzoek en/of over te nemen maatregelen en interventies. Het ontwikkelen en leveren van deze informatie maakt geen onderdeel uit van de basistaken van epidemiologie. In het eerste kwartaal 2015 treden wij de gemeenten tegemoet met een voorstel dat op inhoud en financiën is uitgewerkt voor het realiseren van deze zogenaamde wijkscans.

AWPG

Wij participeren in de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid (AWPG) Noord Nederland. Daarmee hebben we toegang tot onderzoeksinstituten waarmee we in nauwe samenwerking onderzoek kunnen doen naar zaken die voor de Drentse gemeenten van belang (kunnen) zijn. Wij kondigen aan dat gemeenten in 2016 voor de keuze staan of zij door willen gaan met de AWPG en daarvoor zo nodig extra middelen inzetten op het beantwoorden van beleidsvraagstukken en vragen vanuit de praktijk binnen de AWPG.

Jeugd

Basistaken JGZ

In alle Drentse gemeenten werken onze JGZ-teams wijkgericht. Voor acht gemeenten doen wij dit integraal, in teams onderverdeeld naar 0 tot 12 jaar (van zwangerschap tot einde basisschool) en van 12 tot 19 jaar (de periode op de middelbare school). Voor de leeftijdsgroep vanaf 12 jaar wordt op eigentijdse wijze binnen het Jongeren Consult aandacht besteed aan preventie. Dit consult is in 2016 onderdeel van het basistakenpakket.

Begin 2016 evalueren wij het in 2015 ingevoerde basistakenpakket JGZ. Aandachtspunt hierbinnen is het maatwerkdeel. Maatwerk komt deels in de basistaken JGZ terecht en wordt deels overgelaten aan de Jeugdwet. Mogelijk kan er een 'gat' in onze begroting ontstaan. Veroorzaakt door het feit dat wij taken in het kader van maatwerk uitvoeren, maar dat voor dit maatwerkdeel in het basispakket niet is bepaald dat gemeenten de middelen hiervoor aan het basispakket (moeten) toevoegen.

Flexibiliseren

Eerder gaven we aan dat we lokaal werken en een flexibel JGZ-aanbod uitwerken. Onder het kopje organisatie wordt hier nader op ingegaan.

In het flexibele JGZ-aanbod werken we toe naar de situatie dat ouders regie hebben op de inzet van de juiste ondersteuning voor hun kind. Dit vertaalt zich onder meer in de zeggenschap die ouders hebben over wie welke informatie met elkaar deelt, de keuze in welke vorm ze het contact met de JGZ willen onderhouden en de mate waarin ouders gebruik willen maken van de verschillende onderdelen van het basistakenpakket. De inspectie gezondheidszorg stelt voorwaarden aan flexibilisering van contactmomenten. Dit betekent dat wij met de inspectie afstemming zoeken gericht op het verkrijgen van toestemming voor flexibilisering.

Rondkomen met beschikbare formatie

Er is sprake van een (inhoudelijk en financieel) spanningsveld dat ontstaat tussen enerzijds de uitvoering van de basistaken JGZ en anderzijds de nieuwe opdrachten die door de transitie op ons pad komen. De mogelijkheden die de plannen ter versterking van het voorliggende veld ons bieden benutten we daarbij ten volle. Daarnaast moet een flexibel aanbod ruimte creëren om de inzet van onze formatie te richten op die kinderen die dit het meest nodig hebben. We kunnen echter niet voorspellen welke ruimte hierdoor ontstaat. Daarom volgen we dit nauwgezet en gaan we graag met gemeenten in gesprek om oplossingen uit te werken.

We geven aan deze bewegingen prioriteit in ons opleidingsbeleid, waardoor wij onze medewerkers in staat stellen mee te groeien en te veranderen.

3. Organisatie

Door de transformatie in het maatschappelijk domein stappen wij ook een nieuwe wereld binnen. De manier waarop wij de publieke gezondheid borgen en organiseren verandert mee met de lokale situatie. Het is noodzakelijk om met onze preventieopdracht aan te sluiten op gemeentelijke en lokale structuren. Dit brengt met zich mee dat wij onze organisatie anders gaan inrichten. Namelijk door de vorming van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE).

Deels zijn dit teams die op wijk- en buurtniveau opereren, op grote afstand van het hoofdkantoor en management.

Deze teams kunnen bij uitstek in de gemeente of wijk de afweging maken hoe we met onze beschikbare capaciteit het meeste gezondheidswinst, het maximale rendement kunnen behalen. De financiële middelen voor de RVE-ontwikkeling kunnen worden gedekt uit onze reserve organisatieontwikkeling.

4. Middelen

De samenwerking met de Veiligheidsregio Drenthe (VRD) ontwikkelen we met name door op de generieke functies: financiën, P&O, kwaliteitszorg en communicatie. Dit brengt schaalvergroting met zich mee waardoor we onze kwaliteit verbeteren en onze kwetsbaarheid ten aanzien van deze functies verminderen. Door de samenwerking zijn we in staat om ontwikkelingen op de terreinen van ICT en informatievoorziening met aandacht te volgen en te vertalen naar onze externe en interne dienstverlening.

5. Financieel kader

Voor het financiële kader volgen we de lijn die de afgelopen jaren is ingezet. Dat betekent dat accres-ontwikkelingen en kostenverhogingen worden opgevangen door nieuwe bezuinigingen. De inwonerbijdrage wordt gehandhaafd op het nominale bedrag van 2015.

De begroting 2016 wordt opgesteld binnen het financiële kader van een inwonerbijdrage voor de basistaken van twaalf Drentse gemeenten en de acht deelnemende gemeente aan de Integrale jeugdgezondheidszorg

In het overzicht is het verloop geschetst van de inwonerbijdrage voor de basistaken vanaf 2013

<i>Bijdrage 2013</i>	€ 8.865.000
Af: Overheveling GB naar additioneel 2 ^e tranche	- € 110.000
Af: Bezuinigingen AB voorstel oktober 2012	- € 270.000
- € 437.500 voorstel + € 167.500 amendement AB	
<i>Bijdrage 2014</i>	€ 8.485.000
Bij: Overgang 0-4 jarigen zorg voor acht deelnemende gemeenten*	+ € 4.646.000
<i>Gewijzigde bijdrage 2014/bijdrage 2015</i>	€ 13.131.000
Af: Integratievoordeel Integrale jeugdgezondheidszorg voor acht deelnemende gemeenten*	- € 140.600
<i>Bijdrage 2016</i>	€ 12.990.400

* In 2014 is de basisbijdrage gewijzigd als gevolg van de overgang van de 0-4 jarigen zorg voor acht gemeenten. De aanpassing van de bijdrage komt in de plaats van de bedragen die de gemeenten betaalden aan Icare. In 2016 wordt de bijdrage verlaagd als gevolg van het integratievoordeel. De vier niet deelnemende gemeenten blijven van 2013 tot en met 2016 nominaal hetzelfde betalen voor de jeugdgezondheidszorg.

Tot slot

Additionele diensten voeren wij uit als een taak het best in het publieke domein kan worden belegd. Een dergelijke taak wordt dan 'opgedragen' aan GGD Drenthe, via een taakoverdracht voor (on)bepaalde termijn. Daarmee onderscheiden wij ons nadrukkelijk van de (semi-) private zorgaanbieders, die hun opdrachten van gemeenten krijgen via een contract of subsidiebeschikking. Wij kiezen voor deze formele positionering zodat we recht doen aan de intentie van de gemeenschappelijke regeling: we zijn verlengd lokaal bestuur en niet in concurrentie met de markt. Logischerwijs volgt hieruit dat wij in beginsel niet kunnen werken op basis van dienstverleningsovereenkomsten, maar met budgetfinanciering voor opgedragen taken. Uiteraard met intensieve verantwoording over het rendement van het ingezette budget.

Met deze kaderbrief gaat het GGD-bestuur er van uit dat we met u het gesprek voortzetten over de rol en positie van GGD Drenthe in het jeugd- en sociale domein en dat we in deze transformatie met kwaliteit en kundigheid werken aan het realiseren van gezondheidswinst voor alle Drentse inwoners.

Met vriendelijke groet,
namens het Dagelijks Bestuur,



Mevrouw H. Vlieg-Kempe,
voorzitter