

GGD Drenthe

Kaderbrief voor de begroting 2015

Datum: 16 december 2013

Inleiding

GGD Drenthe heeft als goed gebruik dat er elk jaar voorafgaand aan de begroting een Kaderbrief wordt opgesteld. Met de Kaderbrief worden de colleges van burgemeester en wethouders van de 12 deelnemende gemeenten uitgenodigd om vroegtijdig te reageren op het beleid en de activiteiten die in de conceptbegroting 2015 worden verwerkt.

Voor 2015 is het moeilijk om een eenduidige kaderbrief op te stellen. In 2013 en 2014 staan grote ontwikkelingen op de agenda van de GGD, die - als alles volgens plan verloopt - voltooid zijn als 2015 van start gaat. 2015 zal het jaar worden waarin de drie grote transities hun beslag moeten krijgen. Op het moment van schrijven van deze Kaderbrief is niet volledig te voorzien welk effect deze ontwikkelingen zullen hebben voor taken, rol en positie van de GGD.

Deze kader brief bevat vooral een beschouwing van de belangrijkste ontwikkelingen en trends in de omgeving waarin GGD Drenthe werkt. We zullen minder dan anders kunnen ingaan op nieuw beleid en veranderende activiteiten.

Wel is duidelijk dat de gemeenten ook in 2015 met bezuinigingen geconfronteerd worden. In 2015 komen in ieder gevalde eerste bezuinigingen als gevolg van de decentralisaties. Maar ook daarvan valt nu niet te voorspellen hoe die voor gemeenten en GGD zullen uitpakken. Voor de financiële kaders nemen wij daarom de uitgangspunten van de Meerjarenbegroting 2014-2017 als basis.

In het volgende hoofdstuk schetsen wij welke kernwaarden GGD Drenthe zal inbrengen in de discussie over de toekomstige structuur. Vervolgens geven wij aan welke gevolgen deze keuze heeft voor onze opdracht om de gezondheid van de bevolking te bevorderen, te beschermen en te bewaken. Na een korte toelichting op het programma Jeugd gaan wij tot slot in op de organisatie en het financiële kader voor 2015. De financiële paragraaf zal niet ingaan op de iJGZ. Wij hebben toegezegd om voor de vergadering van 16 december 2013 een separate notitie voor te leggen met alle financiële consequenties van de iJGZ voor de 12 c.q. 8 Drentse gemeenten.

1 Beleid en activiteiten

De gemeenten krijgen door de drie decentralisaties steeds meer verantwoordelijkheid op het sociale domein. De decentralisaties zijn ingegeven door de overtuiging dat de stijgende kosten van de zorg en ondersteuning alleen een halt kunnen worden toegeroepen met een integrale aanpak op lokaal niveau. Er moet een ombuiging komen van een zorgrecht voor de burgers naar een plicht voor burgers om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor gezondheid en sociaal functioneren. De gemeenten staan dicht genoeg bij de burger om deze omslag handen en voeten te geven.

Kern van hette transformeren sociale domein i.r.t. gezondheid:



GGD Drenthe kan hierbij een belangrijke rol vervullen voor de gemeenten. Wij schetsen drie dimensies van de GGD die hierbij van belang zijn:

a) Inzicht in de gezondheidssituatie

De GGD heeft als wettelijke opdracht om gemeenten inzicht te geven in de belangrijkste ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Naarmate de maatschappelijke en financiële verantwoordelijkheid voor het bieden van ondersteuning, hulp en zorg groeit, neemt het belang van betrouwbare informatie toe. De GGD verzamelt, interpreteert en verstrekt deze informatie, ter onderbouwing van adviezen aan gemeenten en partners om de mogelijkheden voor het behalen van gezondheidswinst te benutten. Deze taak vraagt verdere uitbouw en professionalisering. GGD Drenthe kiest positie daar waar de bronnen van gezondheidsinformatie zijn (denk aan de iJGZ of CJG's, OGGZ of AMHK). Waar dat niet mogelijk is verricht de GGD eigen – epidemiologisch – onderzoek op landelijk, regionaal of lokaal niveau. De GGD werkt met alle relevante partners samen, maar heeft een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en objectiviteit van de gegevens.

b) Instrument voor gezondheidsbeleid

De GGD ontleent haar bestaansrecht aan het belang van collectieve preventie. Preventie is van oudsher gezien een publieke verantwoordelijkheid, omdat de overheid dat tot haar verantwoordelijkheid rekent. Ook speelt mee dat je van private partijen, die hun inkomsten ontleenen aan het leveren van zorg, niet mag verwachten dat zij primair gericht zijn op preventie. Om die reden is de GGD altijd een belangrijk instrument geweest voor de overheid om invulling te geven aan collectieve preventie. In het nieuwe stelsel komt veel meer nadruk te liggen op preventie, eigen verantwoordelijkheid, vroegtijdige signalering en vroege aanpak. De GGD kan vanuit haar preventieve traditie een belangrijke rol spelen in het voorliggende veld, vooral wanneer regionale regie nodig is en/of de lokale schaal tekort schiet en objectiviteit geboden is. De GGD kan voor de gemeenten een effectief instrument zijn bij de realisatie van gezondheidsbeleid. Daarvoor moet de GGD belangrijke innovaties in haar dienstverlening doorvoeren. In 2015 zal de GGD haar dienstverlening optimaliseren.

c) Onafhankelijkheid

Onder invloed van de marktwerking komen aanbieders van ondersteuning, hulp en zorg steeds meer als concurrenten naast of zelfs tegenover te staan. Ook na decentralisatie is de inzet van ieder om zijn eigen toeleiding van cliënten veilig te stellen. De toeleiding naar de zorg vraagt in deze context bijzondere aandacht. Uiteraard gaat het om cliënten snel naar de juiste – en altijd meeste lichte vorm van – hulp te geleiden, maar zeker ook om te zorgen dat toeleiding alleen in het belang van de cliënt geschiedt. In dit verband kan de GGD als publieke organisatie een rol voor de gemeenten vervullen als onafhankelijke partij in het voorliggend veld. Deze rol heeft GGD Drenthe bijvoorbeeld in het AMHK. Deze rol past wellicht ook bij de toeleiding naar jeugdhulpverlening en andere zorg waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn.



2 Bevorderen, beschermen en bewaken

De decentralisaties kunnen ook gevolgen hebben voor de manier waarop de GGD haar diensten op het gebied van bevorderen, beschermen en bewaken aanbiedt. In 2015 zullen de wettelijke taakopdrachten voor de GGD en de GHOR niet wezenlijk veranderen. Maar de manier waarop GGD Drenthe zich positioneert heeft wel gevolgen voor de wijze van taakuitvoering.

Bevordering

Het vakgebied Gezondheidsbevordering bestaat uit gezondheidsvoorlichting, epidemiologie en beleidsadvisering. Als onafhankelijk adviseur van de gemeenten zal GGD Drenthe meer inzetten op het bijeenbrengen van gezondheidsinformatie om de successen en noden van het lokale gezondheidsbeleid – in steeds bredere zin – te kunnen volgen. De beleidsfunctionaris ondersteunt de gemeenten bij het formuleren en actualiseren van lokaal gezondheidsbeleid en gezondheidsbevordering en adviseert op basis van landelijke, regionale en lokale kennis en ervaring over mogelijke interventies die aansluiten op de lokale prioriteiten.

Voor Gezondheidsbevordering geldt de afspraak dat vanaf 2014 gefaseerd minder budget beschikbaar is voor de uitoefening van de basistaken. Onder deze noemer zal Gezondheidsbevordering zich meer gaan manifesteren als makelaar tussen de behoefte c.q. vraag van de gemeenten en partijen die bevorderingsprojecten en interventies kunnen uitvoeren. In de toekomstige rol van de GGD past het minder goed als de GGD zelf een organisatorisch of financieel belang zou hebben bij aanvullende opdrachten van gemeenten. Dat kan de geloofwaardigheid als onafhankelijk adviseur belasten. Daarom zal de GGD in de toekomst alleen projecten zelf uitvoeren tegen aanvullende vergoeding, als er geen adequaat aanbod in de markt is.

Beschermen

De taken op het gebied van gezondheidsbescherming zijn zeer divers en voor een groot deel landelijk geprotocolleerd. De beleidsvrijheid voor gemeenten is beperkt. Deze taken worden relatief weinig geraakt door de decentralisaties. Op elk deelgebied kan de beschikbare kennis en kunde worden benut voor ondersteuning en advies als zich op lokaal en regionaal niveau incidenten voordoen. Maar voor het overige volgen deze taken een eigen protocol.

In het kader zijn de belangrijke beschermingstaken vermeld. Voor deze taken geldt dat zij in hoge mate gespecialiseerd zijn. De uitvoering is daardoor kwetsbaar. Voor deze specialistische taken wordt daarom samenwerking gezocht met de andere noordelijke GGD'en om de kwetsbaarheid te pareren.

De transities hebben daarentegen direct effect op de manier waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan de taken op het gebied van de

Belangrijkste beschermingstaken:

Seksuele Gezondheid

In 2015 sluit de provincie Friesland aan bij het samenwerkingsverband van de GGD Groningen en Drenthe op dit vakgebied. We beogen de kwaliteit te verbeteren en de kwetsbaarheid van de uitvoering te verminderen. Hierdoor creëren we meer ruimte voor gerichte, preventieve activiteiten.

Medische Milieukunde (MMK)

In Drenthe beschikken we over een klein team voor het inhoudelijke brede terrein van MMK. Om alle kennis op peil te houden gaan de MMK-teams van de drie Noordelijke GGD'en op inhoud samenwerken. In 2015 zetten we gezamenlijk de nodige stappen om te komen tot een kenniscentrum Medische Milieukunde voor Noord-Nederland. GGD Drenthe wil in 2015 een duurzame samenwerking met RUD Drenthe opbouwen. Bijvoorbeeld rondom MMK-gerelateerde vraagstukken die leiden tot vroegtijdige signalering van problemen en een gezamenlijke aanpak.

Forensische geneeskunde

De forensische geneeskunde omvat in Nederland lijkschouw en arrestantenzorg. De GGD is de belangrijkste uitvoerder van deze taken. De wijze waarop de forensische geneeskunde wordt uitgevoerd en de inbedding binnen de GGD'en verschilt. De komst van de Nationale Politie 1 januari 2013 jl. heeft tot gevolg dat de GGD'en voor de arrestantenzorg op landelijk niveau moeten komen tot een uniform aanbod voor de arrestantenzorg. Het sluiten van gevangenis betekent dat er minder werk in de arrestantenzorg te doen is.

openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). De invoering van integrale aanpak op wijk- en buurniveau vraagt vergaande ontschotting tussen de betrokken instellingen. De integrale aanpak zal tot gevolg hebben dat minder cliënten een beroep doen op de vangnetfunctie van de OGGZ maar alseen beroep wordt gedaan op het vangnet, dan OGGZ de problematiek gemiddeld zwaarder zijn. Dat vraagt veel van de deskundigheid van de OGGZ-medewerkers.

Per 1 januari 2015 is het AMHK operationeel. Het AMHK moet onveiligheid in alle gezinssituaties en afhankelijkheidsrelaties stoppen om te komen tot duurzaam herstel van veiligheid. Het AMHK sluit aan bij de praktijk van de CJG's, scholen, reguliere gezondheidszorg en de wijk- en buurtteams in gemeenten. Het AMHK fungeert als één loket voor burgers en professionals voor advies, consultatie en melding voor alle vormen van geweld in gezinssituaties en afhankelijkheidsrelaties. Het AMHK zal functioneel samenwerken met verplichte jeugdzorg en in het veiligheidshuis.

Wij verwachten dat de samenhang en verbinding tussen de GGD en GHOR in 2015 veel verder gaat dan in de huidige situatie. Publieke gezondheid en veiligheid zijn werkelijk verbonden. In Drenthe gaan we een stap verder dan in de rest van het land, omdat we kozen voor integratie van de GHOR en de GGD. Daardoor maken beide organisaties optimaal gebruik van elkaars kennis en kunde en om elkaar te ondersteunen bij incidenten en crises. Deze vorm van samenwerking maakt het mogelijk richting gemeenten optimaal hulp te verlenen, ook wanneer een incident overgaat in een grootschalig voorval. De DPG draagt zorg voor een naadloze opschaling van GGD naar GHOR, maar ook ten aanzien van de overige partners binnen de witte kolom.

Bewaken

De GGD heeft tot taak om inzicht te geven in de belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Dat doet zij door met beide benen in het veld te staan en daar de informatie op te halen. Dat doet zij ook door eigen epidemiologisch onderzoek om informatie op tafel te krijgen. Op basis van deze informatie ontwikkelt de GGD adviezen voor lokaal gezondheidsbeleid. In 2015 staat de bespreking van de uitkomsten van de gezondheids-enquêtes onder jeugd, volwassenen en ouderen op de agenda. Vanaf 1 januari 2015 verwachten wij betere managementinformatie te genereren uit het digitale kinddossier, waardoor we in staat zijn specifiek op de informatiebehoefte en wensen van gemeenten in te spelen.

In de afgelopen zeven jaar hebben de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheidszorg een belangrijke rol gespeeld bij het verbinden van beleid, praktijk en onderzoek. In de werkplaatsen werken GGD en wetenschap samen om te komen tot wetenschappelijk onderbouwd beleid en bewezen interventies. In 2015 houdt de bekostiging vanuit het Rijk op en zullen de gemeenten de inzet vanuit de GGD voor de instandhouding van de academische werkplaats zelf moeten betalen.

3 Jeugd

In 2015 heeft de GGD iJGZ ingevoerd voor acht Drentse gemeenten volgens het in 'Naobij' geschetste eindbeeld. De ongedeelde zorg voor de 0- tot 19-jarigen biedt de gelegenheid om het programma te rationaliseren: andere organisatie van contactmomenten, minder overdrachtsmomenten, differentiatie in aanbod op basis van behoefte van kind en ouders,

inzet van andere disciplines en minder staf- en steundiensten. Hiermee is al een bezuinigingsopdracht gerealiseerd. Verdere efficiencywinst wordt ingezet voor de meer aandacht voor risicokinderen, het bekwamen en inzetten van onze mensen voor PoD3 en intensieve deelname aan lokale zorgnetwerken. Ook gemeenten en zorgaanbieders zullen als gevolg van het Regionale Transitie Arrangement Drenthe investeren in de versterking van het voorliggende veld. De GGD kan een belangrijke rol gaan spelen in de toeleiding naar zwaardere/specialistische zorg, omdat zij beschikt over deskundigheid en een onafhankelijke rol.

Met ingang van 1 januari 2015 wordt ook Wet publieke gezondheidszorg gewijzigd. Met deze wijziging worden nieuwe uitgangspunten voor het basistakenpakket JGZ vastgelegd. Deze uitgangspunten worden meegenomen bij het herontwerp van het programma.

4 Organisatie

De transities vragen een nieuwe wijze van werken van onze mensen. Ook voor onze professionals geldt dat zij doordesemd moeten zijn van de doelstellingen van het nieuwe beleid en dat zij in het voorliggende veld een belangrijke verantwoordelijkheid hebben om deze doelstellingen te realiseren. De mensen van de GGD zijn bij uitstek in staat om er op toe te zien dat een cliënt tijdig de juiste vorm van ondersteuning, hulp of zorg krijgt aangeboden. Dat vraagt nieuwe competenties en wellicht ook andere functie-eisen. Naarmate de rol van GGD Drenthe duidelijker wordt in de sociale domein en het jeugddomein zullen wij onze mensen gaan voorbereiden op hun nieuwe rol.

In 2013 is een organisatie-ontwikkelingstraject ingezet. Dat traject ondersteunt de nieuwe wijze van denken en samenwerken. De invoering van resultaat verantwoordelijke eenheden (RVE) moet gepaard gaan met meer ruimte voor de professional om volgens de regels van het beroep uitvoering te geven aan de opdracht van de gemeenten. De RVE wordt organisatie breed ingevoerd. Vanaf 1 januari 2014 werkt de GGD ook volgens principes van Het Nieuwe Werken (HNW). De vergrijzing van het personeel, ontwikkelingen in het veld, doorontwikkeling van onze RVE- en HNW-principes werken we nader uit in onderwerpen als arbeidsmobiliteit, gedrag en cultuur in relatie tot RVE en HNW, papierloos werken en de ontwikkeling van GGD Drenthe naar een netwerkorganisatie.

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 2014. De GGD is echter niet in staat tot nog veel te bezuinigen zonder het primaire proces te ontzien. Er zijn met de nodige inspanningen mogelijkheden om nog één of twee jaar de 0-lijn te handhaven. Maar wij voorzien dat het daarna noodzakelijk is een (geringe) accres- en/of kostenstijging ook financieel door te vertalen naar de inwonerbijdrage.

De begroting 2015 wordt opgesteld binnen het financiële kader van een inwonerbijdrage voor basistaken van € 8.485.000 voor de twaalf Drentse gemeenten gezamenlijk. In het overzicht is het verloop geschetst van de inwonerbijdrage voor de basistaken vanaf 2012.

<i>Bijdrage 2012</i>	€ 8.940.000
Bij: Gags bijdrage	+ € 35.000
Af: Overheveling GB naar additioneel 1 ^e tranche	- € 110.000
<i>Bijdrage 2013</i>	€ 8.865.000
Af: Overheveling GB naar additioneel 2 ^e tranche	- € 110.000
Af: Bezuinigingen AB voorstel oktober 2012	- € 437.500
Bij: Amendement AB oktober 2012	+ € 167.500
<i>Bijdrage 2014</i>	€ 8.485.000
<i>Bijdrage 2015</i>	€ 8.485.000

De vermelde inwonerbijdrage is exclusief de financiering van de iJGZ. Hiervoor ontvangt u in december ons voorstel, waarin onder andere de volgende onderwerpen aan bod zullen komen:

- De bezuiniging ad. € 370.000¹ zoals die in 'Naobij' is genoemd en op welke wijze daar al invulling aan en nog wordt gegeven.
- Het financiering van de iJGZ als gevolg van het feit dat 8 gemeenten ook de 0- tot 4-jarigenzorg opdragen aan de GGD.
- De wijze waarop de financiering tussen de deelnemers en niet-deelnemers aan de iJGZ zal plaatsvinden en op welke wijze kosten, risico's en mee-en tegenvallers worden verdeeld.

Met deze kaderbrief gaat het GGD-bestuur er van uit dat we met u het gesprek gaan voeren over de rol en positie van GGD Drenthe in het nieuwe sociale domein en dat we ook in 2015 binnen de vele ontwikkelingen en de mogelijkheden die er zijn, met aandacht en expertise gewerkt wordt aan onze publieke gezondheidsfunctie.

Met vriendelijke groet,
namens het dagelijks bestuur,


Mevrouw M.H. Thalens-Kolker,
voorzitter

¹ Bedrag bijgesteld naar aanleiding van het feit dat 8 van 12 gemeenten meedoen aan de iJGZ.