



samen is meer



# Voorwoord

De GGD is een paar jaar geleden een nieuwe koers gaan varen om de gezondheidssituatie van Zuid-Limburg te verbeteren. Aan de hand van vernieuwde visies publieke gezondheid, jeugd en zelfredzaamheid hebben wij onze werkwijzen en takenpakket drastisch aangepast. 2014 heeft volop in het teken gestaan van het implementeren en operationaliseren van deze nieuwe werkwijzen en dit zal ook de komende jaren nog voortduren. De GGD wil blijven vernieuwen en leren om zo aansluiting te houden bij de maatschappelijke ontwikkelingen. Want onze Nederlandse samenleving verandert. Van burgers wordt verwacht dat ze steeds meer participeren. Deze beweging wordt ook versterkt door de decentralisaties waardoor gemeenten veel meer verantwoordelijkheden krijgen op het gebied van jeugd, werk en participatie en zorg. Gemeenten moeten meer gaan doen met minder geld. Dit betekent dat burgers steeds meer de krachten van zichzelf en hun omgeving moeten aanspreken en dat zorgaanbieders - alleen daar waar nodig is - aanvullend maatwerk leveren.

In de afgelopen jaren hebben wij al zo veel mogelijk ingespeeld op deze ontwikkelingen. Daarbij hebben we ons de vraag gesteld: Hoe kunnen wij gemeenten ondersteunen bij de omslag van kwetsbare vragende burgers naar zelfredzame, actieve burgers? Centraal in onze aanpak staan het leggen van nieuwe verbindingen en het zoeken naar nieuwe vormen van samenwerking. Niet alleen intern maar ook

**‘Centraal in onze aanpak staan het leggen van nieuwe verbindingen en het zoeken naar nieuwe vormen van samenwerking. Niet alleen intern maar ook met onze burgers, gemeenten en andere partijen in het veld van zorg en welzijn.’**

met onze burgers, gemeenten en andere partijen in het veld van zorg en welzijn. Ook het werken dichtbij de burger en het doen van onderzoek en innovatie spelen een belangrijke rol.

In dit jaarverslag nemen wij u mee in een aantal van onze ontwikkelingen waarin deze ambities duidelijk invulling hebben gekregen. Zo zijn de

eerste verkennende stappen gezet in de samenwerking tussen huisartsen en de jeugdartsen waardoor de hulpvraag sneller duidelijk is. De steeds intensievere samenwerking van forensische artsen met politie en centrum voor seksueel geweld waardoor zowel de pakkans van de dader wordt vergroot als de zorg voor het slachtoffer verbeterd. Steeds meer medewerkers vervullen een rol in wijkteams. Hier stemmen ze samen met burgers, lokale zorginstellingen en gemeenten hun activiteiten af op de (zorg)vraag. Door samen te denken, te praten en te doen. We zijn steeds meer bezig met de vraag; doen we de juiste dingen en doen we de dingen goed? Dat vraagt om onderzoek en betrouwbare informatie op maat zoals bijvoorbeeld de wijkprofielen. Afgelopen jaar stond ook in het teken van de samenvoeging van beide meldkamers in Limburg tot één meldkamer Limburg en van de samenvoeging van het advies en meldpunt kindermishandeling (AMK) en het steunpunt huiselijk geweld (SHG) tot Veilig Thuis Zuid Limburg.

In het najaar zijn we het proces gestart om te komen tot toekomstscenario's voor de nieuwe beleidsperiode 2016-2019. De recent gepresenteerde regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) 2014 is daarvoor het inhoudelijke startpunt. Maar de vele externe ontwikkelingen zullen de komende periode van nog eminenter belang zijn voor onze toekomst dan de afgelopen jaren het geval was.

*Frank Klaassen, voorzitter directie*  
*Fons Bovens, directeur*

**‘De vele externe ontwikkelingen zullen de komende periode van nog eminenter belang zijn voor onze toekomst dan de afgelopen jaren het geval was.’**

# Inhoud

- Over de GGD 5
- Jaarrekening 7
- Organogram 9
- Gezondheid en maatschappelijke participatie: We maken ons sterk voor de mens in kwetsbare positie 10
- Jeugdgezondheidszorg: Transitie jeugdzorg biedt kansen voor preventie 17
- Kennis en Innovatie: K&I geeft gemeenten een nieuwe kijk op gezondheid 23
- Afdeling Seksuele gezondheid, infectieziekten en Milieu: SIM is er als het nodig is! 28
- Acute Zorg: Een gezond bedrijf in een veranderende omgeving. 36

# Over de GGD

De GGD Zuid Limburg is een gemeenschappelijke regeling die is ingesteld door de 18 gemeenten in Zuid-Limburg. De organisatie kent de volgende onderdelen:

- **Bestuur:** Conform de wettelijke bepaling in de wet gemeenschappelijke regelingen bestaat de bestuursstructuur uit een Algemeen Bestuur, een Dagelijks Bestuur en een voorzitter. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de GHOR ligt bij het VeiligheidsBestuur Zuid-Limburg. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze taken is via een bestuursovereenkomst opgedragen aan de GGD Zuid Limburg.
- **Directie:** De directie bestaat uit twee leden en is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding en het beheer van de organisatie en legt hiervoor verantwoording af aan het Dagelijks Bestuur.
- **Afdelingen:** Onder de directie vallen vijf uitvoerende afdelingen en twee ondersteunende afdelingen.

## Eén centrale backoffice voor de GGD

Het Algemeen Bestuur nam begin 2014 een besluit over de toekomstige huisvesting van de GGD. Andere huisvesting is om inhoudelijke en financiële redenen van groot belang. Nu heeft de GGD nog twee panden in eigendom. Met één centrale backoffice is structureel €500.000 te besparen.

Medio 2014 deed zich een onverwachte tegenslag voor: de bouwer/eigenaar van het toekomstige GGD-pand trok zich terug uit het project. Vervolgens is onderzocht hoe de plannen alsnog gerealiseerd kunnen worden. Uit die verkenningen bleek steeds duidelijker dat vernieuwbouw van het GGD-pand op de locatie Heerlen de beste optie is, met name financieel gezien. Als het GGD-bestuur ermee instemt, wordt dat gebouw zodanig gestript dat alleen het betonnen skelet overblijft waarna het wordt 'vernieuwbouwd' tot centrale backoffice.

Volgens planning zou de GGD voorjaar 2017 kunnen verhuizen. Dit heeft geen gevolgen voor de dienstverlening aan cliënten. De GGD heeft frontoffices op meer dan 20 locaties in heel Zuid-Limburg. Naschrift: het Algemeen Bestuur heeft op 11 februari 2015 definitief besloten tot vernieuwbouw van pand op de locatie Heerlen.

## ► Personeelsgegevens 2014

	GGD Zuid Limburg 1 januari	GGD Zuid Limburg 31 december	Landelijk
Aantal fte	381.5 fte	368 fte	
Aantal medewerkers	470	449	
% mannen	45% (207)	45% (201)	52%
% vrouwen	55% (263)	55% (248)	48%
Gemiddelde leeftijd	46 jaar	46 jaar	47 jaar
Deeltijdwerken	54%	54%	48%
Verzuimpercentage	6,2%	4,3%	5,2%

Het ziekteverzuim is in 2014 gedaald ten opzichte van 2013, toen lieten de cijfers een hoger percentage zien. Met het verzuimcijfer van 2014 komt de GGD terug op het - in meerjarig perspectief bezien - gebruikelijke percentage. De individuele verzuimgevallen zijn onderwerp van gesprek tussen bedrijfsarts, afdelingshoofd en PTO. Binnen de unit PTO is dit jaar veel aandacht geweest voor de reorganisatie binnen de afdeling Acute Zorg en de voorbereiding van de reorganisatie om "Veilig Thuis" (voorheen Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en kindermishandeling) te integreren binnen de GGD. Daarnaast is - passend bij de ambitie van de GGD om een lerende organisatie te zijn - het accent gelegd op het geven van vorm en inhoud aan strategische personeelsplanning.

## Klachten 2014

Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk gemeld worden. Bij een mondelinge klacht wordt direct geprobeerd de klacht in overleg met de klager op te lossen. Een schriftelijke klacht wordt binnen de GGD onderzocht en daarna besproken met de klager. Als de klager dit wenst wordt een bemiddelingsgesprek ingepland. De ervaring leert dat de klacht daarna meestal is opgelost. Als dit niet zo is kan de klager de klacht voorleggen aan de klachtencommissie van de GGD.

## ► Klachten in 2014

Aantal	Opgelost in bemiddelingsfase	Klachtencommissie
33	33	2 (eind 2013 ingediend)

# Jaarrekening 2014 (Balans per 31 december 2014)

	31 december 2014	31 december 2013
<b>Activa</b>		
<b>Vaste activa</b>		
<b>Materiële vaste activa</b>		
Investeringen met economisch nut	9.645.714	10.424.367
<b>Financiële vaste activa</b>		
Kapitaalverstrekkingen aan deelnemingen	189.469	189.469
Overige langlopende leningen	200.00	200.000
	389.469	389.469
<b>Totaal vaste activa</b>	<b>10.035.183</b>	<b>10.813.836</b>
<b>Vlottende activa</b>		
<b>Vorraden</b>	8.595	9.588
<b>Uitzettingen met een rente typische looptijd</b>		
Korter dan één jaar:		
Vorderingen op openbare lichamen	5.407.832	4.532.950
Rekeningen couranten	1.158.775	190.364
Overige vorderingen	1.012.871	4.289.658
	7.579.478	9.012.972
<b>Liquide middelen</b>	1.513.160	1.616.993
<b>Overlopende activa</b>	3.164.875	3.246.086
<b>Totaal vlottende activa</b>	<b>12.266.108</b>	<b>13.885.639</b>
<b>Totaal activa</b>	<b>22.301.291</b>	<b>24.699.475</b>

	31 december 2014	31 december 2013
<b>Passiva</b>		
<b>Vaste passiva</b>		
<b>Eigen vermogen</b>		
Algemene reserve	188.354	279.743
Reserve aanvaardbare kosten	3.898.386	5.988.505
Overige reserves	879.625	1.040.851
Nog te bestemmen Resultaat	-704.013	-5.500.349
	4.262.352	1.808.750
<b>Voorzieningen</b>		
Voorzieningen voor verplichtingen, verliezen en risico's	250.556	443.329
<b>Vaste schulden met een rente typische looptijd van langer dan één jaar:</b>		
Onderhandse leningen van binnenlandse banken en overige financiële instellingen	7.740.243	9.652.100
<b>Vlottende passiva</b>		
<b>Netto vlottende schulden met een rente typische looptijd korter dan één jaar:</b>		
Banksaldi	6.369.148	6.173.020
Rekening couranten	-	-
Overige schulden	3.520.766	5.961.045
	9.889.914	12.134.065
<b>Overlopende passiva</b>		
Vooruit ontvangen bedragen	158.226	661.231
<b>Totaal vlottende passiva</b>	<b>10.048.140</b>	<b>12.795.296</b>
<b>Totaal passiva</b>	<b>22.301.291</b>	<b>24.699.475</b>

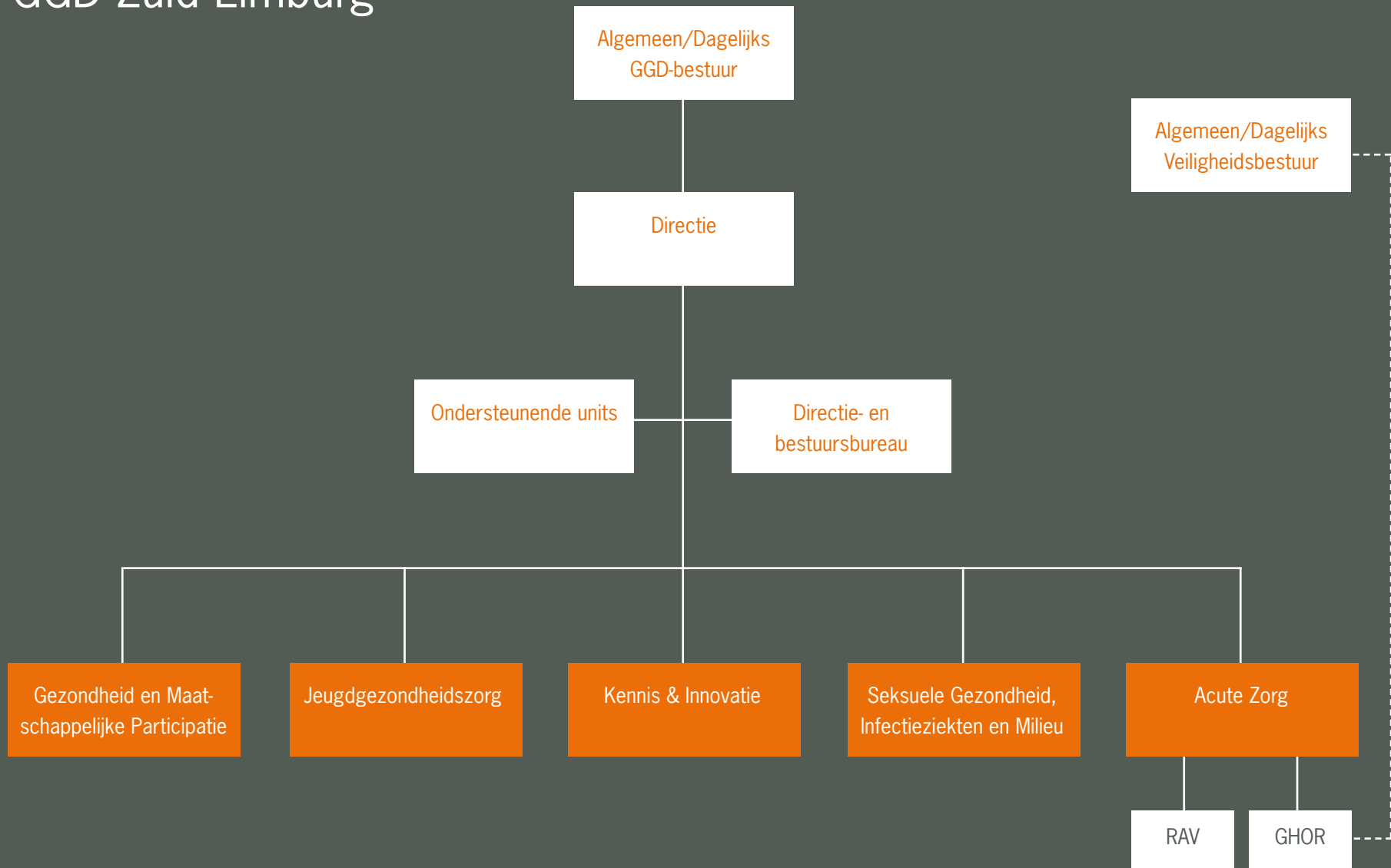
## Rekening van baten en lasten 2014 per bedrijfsonderdeel

	Rekening 2014 GGD Zuid Limburg	Begroting 2014 GGD Zuid Limburg	Rekening 2014 Acute Zorg	Begroting 2014 Acute Zorg	Rekening 2014 Totaal	Begroting 2014 Totaal
<b>Opbrengsten</b>						
Bijdragen gemeenten	11.565.685	11.926.399	893.918	907.634	12.459.603	12.834.033
Bijdragen centrum gemeenten	-	110.000	-	-	-	110.000
Bijdrage Rijk/Provincies	2.080.539	1.926.000	1.561.776	1.548.323	3.642.315	3.474.323
Inkomsten NZA	-	-	16.714.735	16.978.225	16.714.735	16.978.225
Overige bijdragen	3.987.086	2.817.895	2.549.705	1.302.000	6.536.791	4.119.895
<b>Totale opbrengsten</b>	<b>17.633.310</b>	<b>16.780.294</b>	<b>21.720.134</b>	<b>20.736.182</b>	<b>39.353.444</b>	<b>37.516.476</b>
<b>Exploitatiekosten</b>						
Personeelskosten	12.710.617	12.329.194	17.549.478	16.745.637	30.260.095	29.074.831
Huisvestingskosten	1.161.229	1.100.000	1.845.443	927.294	3.006.672	2.027.294
Beheers- en administratiekosten	1.672.578	1.336.000	2.505.535	2.476.050	4.178.113	3.812.050
Automatiseringskosten	1.463.782	1.113.000	886.233	868.000	2.350.015	1.981.000
Kosten medische middelen	569.608	806.000	628.916	610.762	1.198.524	1.416.762
Kosten uitvoering van derden	130.940	85.000	121.631	110.000	252.571	195.000
Kosten Veiligheidsregio	-	-	179.000	179.000	179.000	179.000
Kosten verbindingen	17.051	-	72.867	314.268	89.918	314.268
Kosten communicatiemiddelen	84.052	35.000	4.860	10.000	88.912	45.000
<b>Totale exploitatiekosten</b>	<b>17.809.857</b>	<b>16.804.194</b>	<b>23.793.963</b>	<b>22.241.011</b>	<b>41.603.820</b>	<b>39.045.205</b>
Resultaat voor bestemming	-176.547	-23.900	-2.073.829	-1.504.829	-2.250.376	-1.528.729
Mutaties in reserves gedurende het jaar	134.227	23.900	1.412.136	1.504.829	1.546.363	1.528.729
Nog te bestemmen resultaat	-42.320	-	-661.693	-	-704.013	-



# Organogram

## GGD Zuid Limburg





Michel Limpens, afdelingshoofd GMP:

## ‘We maken ons sterk voor de mens in kwetsbare positie’

De afdeling Gezondheid en Maatschappelijke Participatie (GMP) komt op voor mensen in een kwetsbare positie. Zij hebben vaak op meerdere gebieden problemen en vinden het moeilijk om goed voor zichzelf te zorgen. Daardoor kunnen ze vaak ook niet goed meedoen in de samenleving. De doelgroep van GMP is heel divers. Voorbeelden van mensen waar de medewerkers van deze afdeling zich voor inzetten zijn o.a. slachtoffers van huiselijk geweld, maar ook de dakloze die geen hulp wil en daardoor steeds dieper in de problemen raakt. Om goede hulp te kunnen bieden aan hen die deze hulp het hardst nodig hebben, werkt de afdeling intensief samen met gemeenten, wijknetwerken, scholen, politie, woningcorporaties en zorg- en welzijnsinstellingen. Samen met hen helpt GMP deze mensen om (weer) de verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid.

### Inzicht in mate van zelfredzaamheid levert waardevolle informatie

‘Mee kunnen doen is een belangrijke voorwaarde om regie te hebben en te houden op je eigen leven.’ vertelt Marjan Brugmans, medewerker vangnet openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). ‘Daar waar mensen, al dan niet met hulp uit eigen omgeving of vanuit reguliere zorg, niet in staat zijn om zelfstandig te participeren, is een goed vangnet nodig om burgers te beschermen. Via de GGD beschikken gemeenten over OGGZ-netwerken waarin kwetsbare burgers worden gevonden en zo effectief mogelijk naar zorg worden toegeleid. Sinds medio 2012 werken we binnen onze unit met de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM). Deze matrix meet hoe goed iemand in staat is om zelfstandig te functioneren in zijn dagelijkse leven ofwel hoe zelfredzaam is iemand.’

‘Het versterken van deze zelfredzaamheid en dan vooral van mensen in kwetsbare posities is een belangrijk thema voor gemeenten. Dit past bij de huidige veranderingen in de zorg waarbij het accent ligt op mensen in hun eigen kracht zetten. Uiteindelijk doel is om alle verzamelde cliëntinformatie te analyseren en zo groepsprofielen te ontwikkelen. Dan kunnen we op groepsniveau doelgroepen vergelijken en volgen in de tijd. Dit levert waardevolle informatie voor beleidsmakers en professionals in het sociale domein en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg,’ volgens Brugmans.

In 2014 is op onze afdeling bij **387** cliënten de zelfredzaamheid in kaart gebracht en zijn op basis daarvan (maatwerk)interventies ingezet.

‘In 2014 is de ZRM ook door veel gemeenten in Zuid-Limburg gekozen als het instrument om de mate van zelfredzaamheid van burgers te kunnen beoordelen. Het instrument draagt zo bij aan het spreken van een gemeenschappelijke taal. En het zorgt ervoor dat gemeenten en (zorg)instellingen over hun eigen grenzen kijken om beter zicht te

krijgen op wat een persoon nodig heeft om zijn zelfredzaamheid te vergroten. GGD Zuid Limburg heeft daarom in 2014 het initiatief genomen om te komen tot een regionale aanpak van de ZRM met als uitgangspunt dat we dit instrument op dezelfde manier gaan gebruiken. Er is een expertisecentrum gevormd, waarin gemeenten en (zorg)partners samenwerken om ieders kennis en kunde rondom de ZRM te bundelen. In dit centrum worden de landelijke ontwikkelingen op de voet gevolgd en staat doorontwikkeling van het instrument continu op de agenda,' aldus Brugmans.

Intern hebben we geïnvesteerd in het opleiden van een tweede gecertificeerde trainer. Onze trainers hebben dit jaar **23 ZRM-trainingen** gegeven aan medewerkers van gemeenten en (zorg)partners. Dat betekent dat we intussen **316 geschoolde beoordelaars** hebben die de ZRM in hun werk kunnen gebruiken.

Daarnaast hebben we ons eigen registratiesysteem verder afgestemd op de ZRM om zo onze doelgroep in de nabije toekomst nog beter in beeld te kunnen brengen. In 2014 hebben de Maastrichtse opvangvoorzieningen samen met de unit OGGZ GGD Zuid Limburg een

▶ **Aantal cliënten vangnet OGGZ**

Regio	Jaar van aanmelding					Totaal
	≤2010	2011	2012	2013	2014	
Zuidelijk Zuid Limburg	1	6	19	100	223	349
Westelijke Mijnstreek	5	4	8	77	155	250
<b>Totaal</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>177</b>	<b>378</b>	<b>599</b>

gezamenlijke toegang gerealiseerd tot hun opvangvoorzieningen. Dankzij deze gezamenlijke voordeur kan er snel de meest passende hulp en ondersteuning geboden worden aan cliënten, ongeacht de plek waar iemand zich aanmeldt.

**Eenvoudig medisch advies als het kan, uitgebreid en onderbouwd als het moet**

'In het sociale domein is in 2014 veel veranderd voor de burgers. Onze verzorgingsstaat krijgt een ander gezicht waarbij de burgers steeds meer de krachten van zichzelf en hun omgeving moeten aanspreken, en waarbij de zorgaanbieders aanvullend hierop maatwerk leveren. Door bezuinigingen kunnen minder mensen aanspraak maken op voorzieningen. Dit is de harde realiteit waarin onze afdeling zich sterk maakt voor de burgers in een kwetsbare positie,' aldus Henk Buddingh, arts sociaal medische advisering. 'Wij, als unit Sociaal Medische Advisering (SMA) veranderen mee met de maatschappelijke ontwikkelingen en zijn de afgelopen jaren steeds efficiënter en effectiever gaan werken. Daar waar het kan geven we een eenvoudig medisch advies, daar waar het moet geven we een uitgebreid en onderbouwd advies. Eén van de huidige succesvolle werkwijzen van de SMA is het wekelijkse overleg tussen de gemeentelijke consulent en de sociaal medisch adviseur van de GGD,' volgens Buddingh. 'Tijdens dit overleg worden op korte tijd alle aanvragen die bij de gemeente zijn binnenkomen besproken vanuit medisch oogpunt. In 75% van de gevallen kunnen we direct een medisch advies geven waardoor een aanvraag snel afgehandeld is. Soms zijn de situaties echter complex. Dan nodigen we de mensen uit op ons spreekuur bij de GGD voor een uitgebreider onderzoek.' 'Een andere belangrijke ontwikkeling voor onze afdeling is het ontstaan van de sociale wijkteams.' vertelt Buddingh. 'Gemeente, zorg-

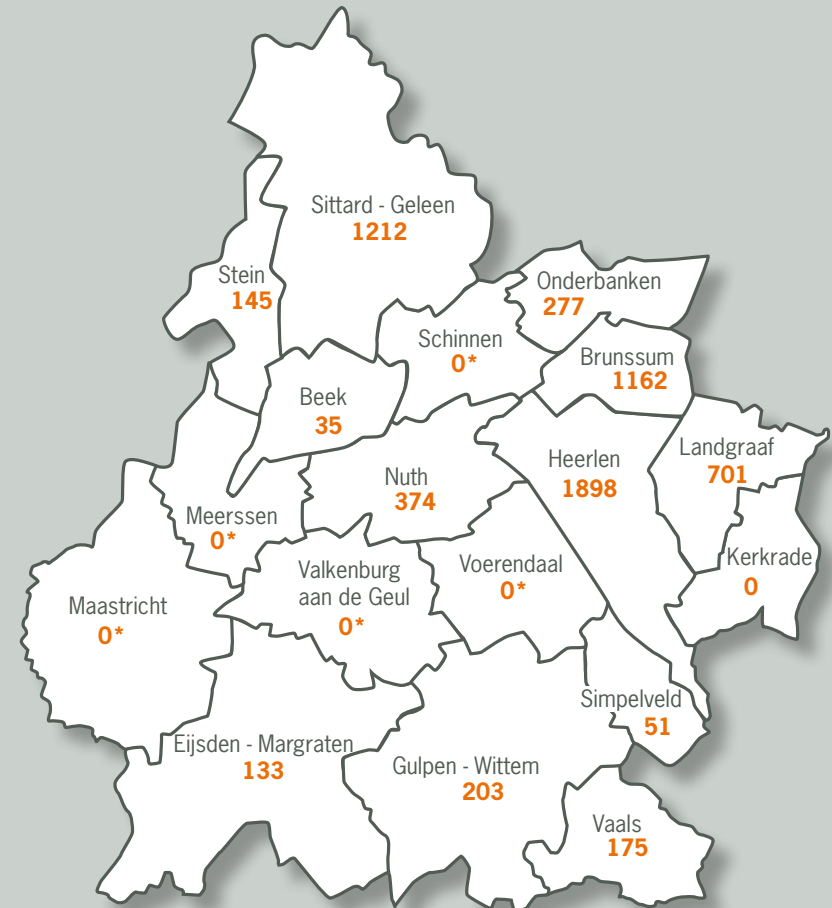
verleners en welzijnswerkers zoeken hier samen naar laagdrempelige en integrale oplossingen voor mensen met een complexe sociaal-medische problematiek. In de praktijk zie je een groot verschil in vormgeving van deze teams.' weet Buddingh. 'Er is verschil in de samenstelling van de teams en ook werkwijzen zijn heel divers. Wij maken al in een paar gemeenten deel uit van dit team vanuit onze rol als sociaal medisch adviseur. Hierin kan de GGD een brugfunctie vervullen tussen de gemeente en de zorg. Vaak fungeren we als contactpersoon voor de huisartsen, een belangrijke zorgpartner uit de eerste-lijnszorg. Medische advisering wordt door deze ontwikkelingen steeds meer maatwerk.'

'Er komt de komende jaren veel af op de gemeentes en op de burgers in een kwetsbare situaties. Daar maken we ons sterk voor. Alles bij elkaar is er genoeg werk aan de winkel voor de afdeling SMA in de komende jaren.'

In 2014 werden er **6.366** aanvragen in het medisch adviesteam besproken in totaal 1012 uur. Dit is een lichte afname van het aantal aanvragen t.o.v. 2013 (n=6.860). In de huidige werkwijze is er eerst een duidelijke vraagverkenning alvorens een aanvraag wordt ingediend bij de GGD. In deze vraaggesprekken worden burgers aangesproken op hun eigen zelfredzaamheid.

Dit verklaart ook de daling van het aantal adviezen na spreekuurbezoek. In 2014 zijn dat **2.673 adviezen** t.o.v. 2013 (n= 2.766).

## Aantal aanvragen in medisch adviesteam besproken



\* In de gemeenten Maastricht, Meerssen, Schinnen, Valkenburg en Voerendaal wordt geen advieswerk verricht in kader van de WMO. In deze gemeenten is er geen medisch adviesteam.

## Samen voor een gezonde jeugd in een gezonde omgeving

JOGG is een landelijke aanpak. Onder de paraplu van de gemeente werken publieke en private partijen, zoals scholen, sportclubs, huisartsen, buurtsupers en woningbouwverenigingen samen. Die lokale samenwerking leidt tot betere sport, beweeg- en speelfaciliteiten en voor meer aandacht voor voeding en beweging. Gezond eten en drinken, dagelijks bewegen en sporten moet de gewoonste zaak van de wereld worden.

### ► Overgewicht cijfers basisschoolkinderen Zuid Limburg

(RVTV 2014, een nieuwe kijk op gezondheid in Zuid-Limburg)

leeftijd	Overgewicht	Obesitas (overgewicht met gezondheidsrisico)
4 jarigen	5%	1-2%
5-6 jarigen	9%	2-3%
9-11 jarigen	17%	3-4%

Patricia Senden, coördinator unit gezondheidsbevordering (GB) aan het woord: 'In 2014 zijn de gemeenten Brunssum, Sittard-Geleen, Maastricht en Heerlen JOGG gemeente geworden. Vanuit de GGD hebben we op verschillende niveaus en manieren een rol vervuld in dit initiatief. Zo is er vanuit de directie deelname in de stuurgroep JOGG en geven we vanuit de GGD ondersteuning aan de werkgroep Begeleiding en evaluatie. Je moet dan denken aan het doen van een 0-meting, het

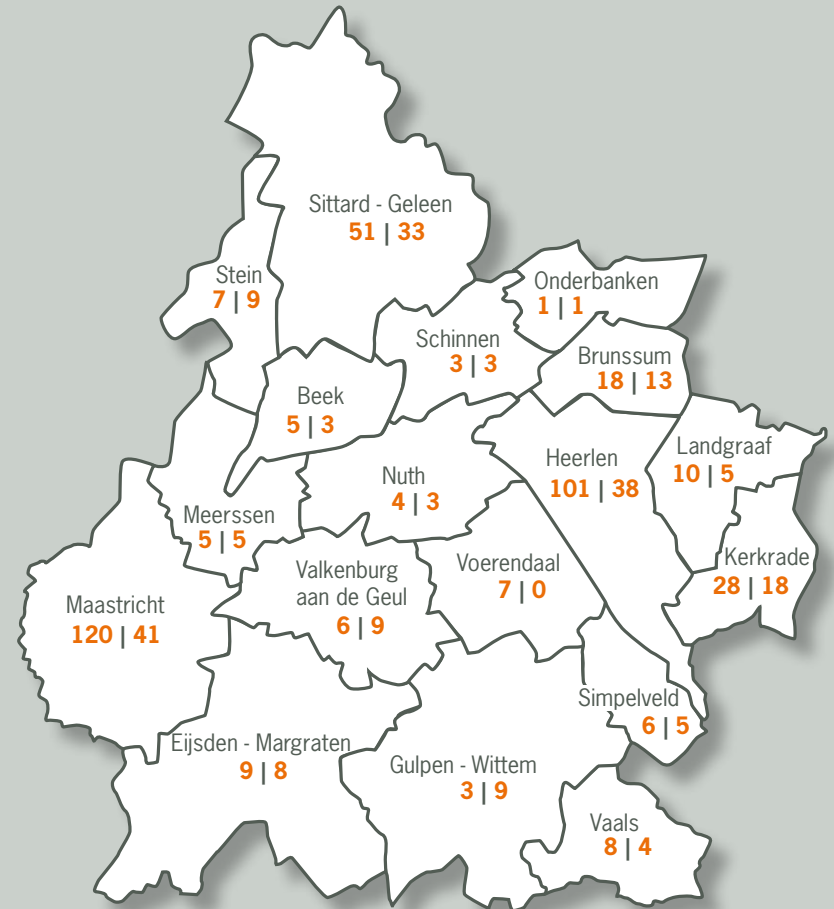
meten van de effecten van de interventies en het evalueren van de processen. Waar mogelijk levert de GGD data aan. Daarnaast zijn onze medewerkers actief bij de uitvoering van het project, bijvoorbeeld als adviseur in een JOGG werkgroep. Zij geven advies over een gezonde leefstijl, gezonde voeding en beweging maar ook over mogelijke interventies en het monitoren en evalueren ervan. Tot slot zijn wij ook verbindend. Wij vinden het belangrijk dat JOGG aanhaakt bij ons reguliere werk zoals "de gezonde school" (werkwijze voor scholen om structureel te werken aan gezondheid) maar ook het wijkgericht werken. In de wijk kun je denken aan samenwerking met gemeente om bv. voldoende speelplaats te realiseren voor kinderen maar ook het autoluw maken van de wijk. JOGG oftewel de noodzaak van een gezonde leefstijl moet echt gaan leven in de gemeente. Zo proberen we om het overgewicht bij de jeugd terug te dringen,' aldus Senden. 'Mooi om te benoemen is het feit dat de gemeente Heerlen ervoor heeft gekozen om de rol van JOGG regisseur uit te laten voeren door een medewerker van GB. Een compliment voor onze afdeling. Bij dit project ligt de focus op kinderen tussen de 0-12 jaar in de wijk Heerlerheide (22.000 inwoners). Op dit moment worden diverse lokale publieke en private partijen benaderd om mee te werken aan de JOGG aanpak in hun wijk.'

## Forensische zorg wordt steeds meer spin in het web

Volgens Roland van Hooren, forensisch arts, wordt de forensisch medische expertise steeds meer gevraagd bij verschillende thema's. 'De forensische zorg wordt door gemeenten ingezet in het kader van de wet op de lijkbezorging waarbij de gemeentelijk lijkshouwer een verklaring dient af te geven bij een vermoeden van (niet) natuurlijk overlijden. Politie en justitie maken echter ook steeds meer gebruik van onze forensische expertise. In het kader van de waarheidsvinding wordt steeds meer gebruik gemaakt van onze innovatieve onderzoeksmethoden zoals bijvoorbeeld forensische radiologie.'

'Bij zedendelicten wordt naast opsporing van de dader, het verlenen van zorg aan het slachtoffer steeds belangrijker,' weet van Hooren. 'De forensisch arts werkt steeds meer samen met politie en het centrum seksueel geweld. Door het doen van zorgvuldig forensisch onderzoek stijgt de pakkans van daders, maar ook de zorg voor slachtoffers verbetert. De forensisch arts draagt zorg voor deze verbinding omdat hij enerzijds zijn forensisch geneeskundige expertise gebruikt bij de opsporing maar anderzijds als arts "de taal" van de zorgverleners spreekt. Deze verbindende rol zie je ook terug bij de zorg voor verwarde personen,' aldus van Hooren. In het verleden kwam het voor dat een verward persoon in een crisissituatie werd ingesloten in een politiecel. In 2014 zijn er afspraken gemaakt om dit zoveel mogelijk te voorkomen. Er heeft een pilot plaatsgevonden waarbij verwarde personen niet meer in de politiecel worden ingesloten maar rechtstreeks in contact werden gebracht met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit heeft het aantal ingesloten verwarde burgers in politiecellen met bijna 50% verminderd en kregen deze mensen ook sneller en meer adequate zorg.'

## Aantal Lijkschouwen/euthanasiën per gemeente in 2014



Het linker getal is het aantal lijkschouwingen en het rechter getal het aantal euthanasiën.

‘Wij signaleren ook dat er in toenemende mate meer aandacht is voor de forensisch medische expertise bij kindermishandeling,’ stelt van Hooren. ‘Landelijk wordt er stevig ingezet op het voorkomen van kindermishandeling maar daar waar het toch mis gaat, is deze expertise onmisbaar voor de zorg aan het slachtoffer en in het kader van waarheidsvinding bij het opsporen van de dader(s).’  
‘Al deze thema’s staan op zichzelf maar zijn met elkaar verbonden waarbij de forensische expertise - vanuit de GGD geboden - steeds vaker de verbindende factor blijkt te zijn.’

In 2014 werden **2.591 verrichtingen** (2013 N = 1.962) geregistreerd inzake de dienstverlening aan politie en justitie. Deze verrichtingen worden door de politie gefinancierd.

### Veilig Thuis, één punt voor alle zorgen en vragen

In het kader van de WMO 2015 zijn gemeenten verplicht per 1 januari 2015 een Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) oftewel Veilig Thuis te hebben ingericht. 2014 heeft daarom in het teken gestaan van de samenvoeging van het advies en meldpunt kindermishandeling (AMK) en het steunpunt huiselijk geweld (SHG) tot Veilig Thuis Zuid Limburg per 1 januari 2015. Vanaf dat moment kunnen burgers en professionals voor vragen en meldingen van geweld in afhankelijkheidsrelaties terecht op één telefoonnummer: 0800-2000.

Dominique Vranken, medewerker beleid en onderzoek GMP vertelt: ‘De naam Veilig Thuis sluit aan op de publiekscampagne “Voor een veilig thuis”, met de bekende slogan: “Het houdt niet op, niet vanzelf”. Door deze fusie worden de aanpak van geweld in huiselijke kring en

de aanpak van kindermishandeling geïntegreerd. Burgers en professionals kunnen straks bij één punt terecht met al hun zorgen en vragen over en meldingen van zowel huiselijk geweld als kindermishandeling. Daarnaast zorgt de samenvoeging voor meer samenhang in de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling en kenmerkt de werkwijze zich door een integrale aanpak volgens het principe ‘1 gezin 1 plan’, één regisseur. Daarmee dragen gemeenten hun verantwoordelijkheid voor de meest kwetsbare groepen in onze samenleving; volwassenen en kinderen die te maken krijgen met agressie, geweld of verwaarlozing in huiselijke kring’.

‘Voor medewerkers van het AMK en SHG betekent Veilig Thuis een verbreding van de doelgroep en deels een nieuwe manier van werken op basis van het handelingsprotocol Veilig Thuis,’ volgens Vranken. ‘In de tweede helft van 2014 is de samenwerking tussen het AMK en het SHG verstevigd door nauwere samenwerkingsafspraken en het gezamenlijk verzorgen van voorlichtingsbijeenkomsten. Daarnaast heeft er al gezamenlijk deskundigheidsbevordering plaatsgevonden gericht op kindermishandeling en de nieuwe manier van werken. Gemeenten hebben besloten Veilig Thuis Zuid Limburg per 1 januari 2015 onder te brengen bij de GGD Zuid Limburg.’



# Jeugdgezondheidszorg



Lidy Van der Goot, afdelingshoofd JGZ:

## ‘Transitie jeugdzorg biedt kansen voor preventie’

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) wil dicht bij het kind en zijn omgeving staan. Ze helpt ouders, leidsters van kinderdagverblijven, leerkrachten en andere professionals om signalen te herkennen als het mis dreigt te gaan met een kind en is dichtbij om daar snel op te kunnen reageren. De jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen houden ook zelf een vinger aan de pols, doordat ze de kinderen op vaste momenten zien en regelmatig op scholen zijn. Door problemen vroegtijdig aan te pakken, willen ze voorkomen dat de groei en ontwikkeling van het kind (ernstig) verstoord raken.

Elk kind en gezin de aandacht en zorg geven die ze nodig hebben, dat is waar de JGZ naartoe wil. Ze neemt de zorg voor het kind niet over, maar maakt het gezin en de mensen om dat gezin heen sterker. Dat doet ze niet alleen, maar samen met een groot aantal partners in de zorg. Samen met hen kan de JGZ goed boven tafel krijgen wat er precies aan de hand is en welke hulp nodig is.

### Zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijke passende hulp

‘Met de inhoudelijke visies “De jeugd dichtbij” tot 2015 en “Een kans voor preventie” tot 2020 zoeken wij, als jeugdgezondheidszorg (JGZ) aansluiting bij de stelselwijziging jeugd in het kader van de transitie jeugdzorg,’ vertelt Lidy Van der Goot, afdelingshoofd JGZ. ‘Onze ambitie is om kinderen zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijke passende hulp te bieden en te voorkomen dat kinderen in onnodige en/of te zware zorg terecht komen. Hiermee neemt JGZ haar verantwoordelijkheid om - de zogenaamde voorkant - in de zorg voor jeugd te versterken waardoor het aantal kinderen en gezinnen dat in de toekomst aanspraak moet maken op zwaardere zorg vermindert. Wij willen dit onder andere vormgeven door meer ruimte en versterking te geven aan de eigen verantwoordelijkheid en kracht van de ouders en jeugdigen. Dit doen we bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat ouders en opvoeders bij vragen over opvoeden en opgroeien voldoende bagage krijgen om opvoed- en ontwikkelproblemen vroeg te herkennen en aan te pakken. Maar ook door te zorgen dat wij als JGZ-professionals dáár aanwezig zijn waar de jeugd zich bevindt; bij voorschoolse voorzieningen, op school, in de wijk en, indien nodig, bij de gezinnen thuis. Zo vangt de JGZ-professional de eerste risicosignalen op en helpt bij het herkennen van zorgsignalen. Niet alleen van de ouders/opvoeders en medewerkers van (pedagogische) basisvoorzieningen maar ook van de jeugd zelf. Daarnaast hechten we veel belang aan meer afstemming en samenwerking met de verschillende professionals in zorg en welzijn. Immers vroegsignalering van problemen kunnen we als JGZ niet alleen. De hulp van anderen die dichtbij het kind en gezin staan, is hard nodig. Hoe beter we weten wat er met een kind aan de hand is, hoe sneller en gericht we hulp kunnen bieden. Vanuit deze ambitie is er in 2014 op andere manieren invulling gegeven aan onze werkzaamheden,’ aldus Van der Goot.

## Steeds meer samen met de huisartsen

‘Zo participeren wij als JGZ in verschillende sociale teams. Binnen de sociale teams stemmen de verschillende professionals in welzijn en zorg hun activiteiten op elkaar af. Samen wordt er gekeken naar welke problemen er spelen en welke hulp hier het beste bij past. Wij leveren als JGZ vooral een bijdrage op het gebied van preventie, probleeminventarisatie en advisering over passende hulp.’

‘Vanuit deze ontwikkeling is er ook expliciet aandacht geweest voor de samenwerking met de huisartsen,’ vertelt Helen De Langen, unit-hoofd JGZ. ‘De huisarts kent meestal de gezinssituatie. Door samen te werken met de huisartsen wordt de kennis over kind en gezin van de jeugdarts gekoppeld aan die van de huisarts. Deze samenwerking helpt ons om de hulpvraag sneller scherp te krijgen waardoor er eerder voor gepaste hulp gezorgd kan worden en er minder snel aanspraak gemaakt moet worden op zwaardere zorg. De JGZ kan gemeenten helpen om de samenwerking met de huisartsen goed vorm te geven. Huisartsen zijn weinig tot niet bekend met sociale teams en participeren niet in de ondersteuningsstructuur in het onderwijs. Wij zien voor onze jeugdartsen een rol als linking pin tussen huisarts en sociale teams en ook onderwijs. De afstemming en samenwerking tussen JGZ en de huisartsen is in het afgelopen jaar opgestart,’ aldus De Langen. ‘In Hoensbroek hebben we onze eerste ervaringen opgedaan met casusoverleg met huisartsen in het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Ook in Maastricht hebben pilots gelopen waarin JGZ en huisartsen meer afstemming met elkaar hebben gezocht in het CJG. In 2015 zal deze samenwerking steeds meer gestalte gaan krijgen.’

## In goede afstemming met speciaal onderwijs

‘In 2014 zijn wij ook in gesprek gegaan met het speciaal onderwijs in het kader van “Passend Onderwijs”,’ vertelt Mirjam Van der Voort, unithoofd JGZ. ‘Alle kinderen verdienen een zo passend mogelijke plek in het onderwijs. Kinderen gaan - als het kan - naar het regulier onderwijs. Het speciaal onderwijs blijft bestaan voor kinderen die daar het best op hun plek zijn. Passend onderwijs legt een zorgplicht bij scholen. Dat betekent dat scholen per 1 augustus 2014 verantwoordelijk zijn om alle leerlingen, die extra ondersteuning nodig hebben, een goede onderwijsplek te bieden. Daarvoor zijn reguliere en speciale scholen steeds meer gaan samenwerken in regionale samenwerkingsverbanden.’

‘Passend Onderwijs maakt een betere afstemming tussen onderwijs en zorg noodzakelijk,’ aldus Van der Voort. ‘Door goede afspraken te maken, kan ondersteuning vanuit de gedachte “één kind, één plan” worden gerealiseerd en zo wordt versnippering van zorg voorkomen. Vanuit onze vanzelfsprekende rol - die wij al jaren hebben in het onderwijs - zijn dit jaar de eerste verkennende stappen gezet in het zoeken van de aansluiting op de nieuwe zorgstructuur van passend onderwijs. Wij hebben gesprekken gevoerd met het speciaal onderwijs om hun wensen en verwachtingen in kaart te brengen ten aanzien van de JGZ. De resultaten van deze gesprekken hebben wij gebruikt bij het ontwikkelen van een nieuwe werkwijze in het speciaal onderwijs. Deze is inmiddels door de Inspectie voor de Gezondheidszorg goedgekeurd. Begin 2015 gaan wij alle directies van de speciaal onderwijs scholen informeren over onze nieuwe werkwijze. Daarnaast zijn we in overleg met de directeuren van de Samenwerkingsverbanden Primair Onderwijs en Voortgezet Onderwijs in Zuid-Limburg. Samen willen we kijken naar een goede invulling van onze rol als JGZ

binnen de ondersteuningsstructuur van het Passend Onderwijs. Onze inbreng ligt vooral op het sociaal-medische vlak en de kennis van de ontwikkelingshistorie van het kind. Dit onderscheidt onze jeugdarts van de andere ketenpartners in het zorgadviesteam en/of Commissie van begeleiding,' aldus Van der Voort.

### **Wij intensiveren ons contact met de adolescenten**

'De 18 gemeenten in Zuid-Limburg hebben vanaf 2014 extra middelen ingezet voor het plan van aanpak contact adolescenten,' vertelt Van der Goot. 'Het plan is bedoeld om het contact tussen adolescenten en de JGZ te intensiveren, om jongeren dichtbij en laagdrempelig te ondersteunen bij leefstijlthema's. Wij hebben als JGZ een ondersteuningsaanbod ontwikkeld voor scholen. Dit aanbod is in 2014 bij 65% van de Voortgezet onderwijsscholen in Zuid-Limburg toegelicht, de rest volgt in 2015. Het aanbod is gericht op een drietal pijlers.'

'Ten eerste het terugdringen van schoolverzuim wegens ziekte. De jeugdarts wordt bij schoolverzuim wegens ziekte zo vroeg mogelijk - op verzoek van de school - ingezet als medisch adviseur. Samen met de jongeren en hun ouders wordt geprobeerd om de problemen te achterhalen die het verzuim veroorzaken en wordt er samen gezocht naar oplossingen. Indien ziekte niet de (enige) oorzaak is van het verzuim worden Bureau Voortijdig Schoolverlaten en andere zorgpartners ook bij het plan betrokken,' vertelt Hub Creemers, unithoofd JGZ.

Als tweede is ervoor gekozen om de Jeugdverpleegkundige zichtbaarder op school te laten zijn. De invulling hiervan kan per locatie verschillen. Schoolprofessionals weten intussen onze jeugdverpleegkundigen goed te vinden, maar ouders en leerlingen nog niet altijd. Daarom lopen er momenteel gesprekken met leerlingraden en krijgt het onderwerp extra aandacht op ouderavonden. Zo kunnen we

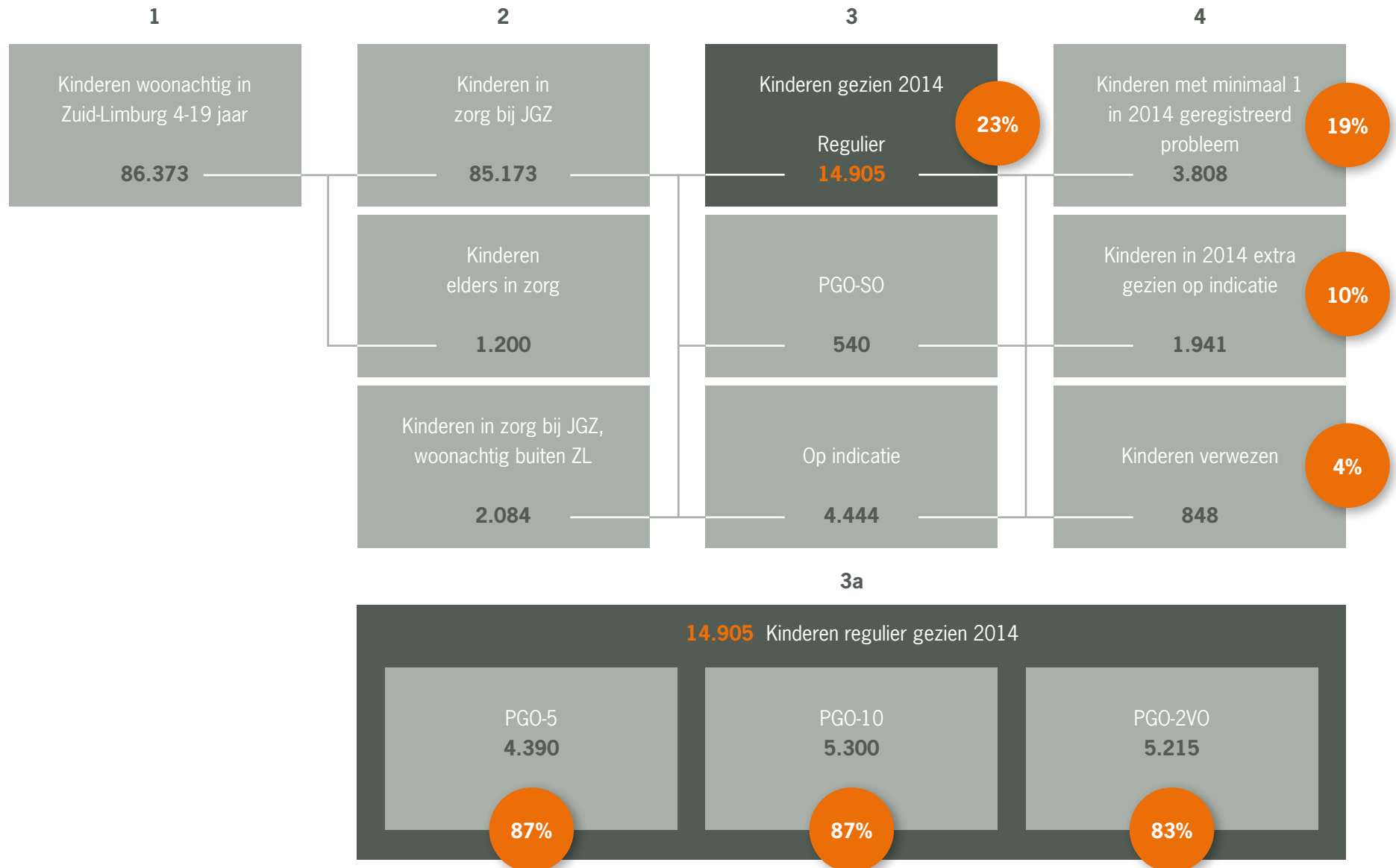
samen bekijken hoe we dit gaan verbeteren. Daarnaast wordt door de jeugdverpleegkundigen bekeken op welke wijze zij het beste een aanspreekpunt kunnen zijn voor leerlingen. Bijvoorbeeld door middel van een vaste plek op school voor face-to-face contact of door het geven van voorlichting gericht op leefstijl. Maar ook het inzetten van social media is een mogelijkheid,' aldus Van der Goot.

'Als laatste pijler is er aandacht voor het bevorderen van gezond seksueel gedrag bij jongeren. Verpleegkundigen van de afdeling JGZ geven samen met hun collegae van de unit seksuele gezondheid de training Sekswijzer op school. Dit is een gratis training waarbij docenten worden klaargestoomd om aan de slag te gaan met seksuele voorlichting met behulp van bestaande lesprogramma's. Voor het basisonderwijs is dit "Relaties en Seksualiteit" en voor het voortgezet onderwijs "Lang Leve de Liefde" .' (zie voor meer informatie pag 33)

### **Goed op weg**

'Als afdeling JGZ anticiperen wij continu op de nieuwe ontwikkelingen. Wij weten wat in de wijk, op school en in de gemeente speelt en vertalen dit naar nieuwe diensten en producten. Wij stellen onze medewerkers steeds meer in staat om zich buiten de grenzen van de organisatie te begeven om maatwerk te kunnen bieden. Ook de samenwerking met ketenpartners ontwikkelt zich steeds verder waardoor netwerkoverleggen steeds meer overleggen-op-maat worden. Het is duidelijk dat er een fundamentele omslag heeft plaatsgevonden in ons werken de afgelopen jaren waarbij vele van onze werkprocessen ingrijpend zijn aangepast. De komende jaren zullen nog nodig zijn om veranderingen verder door te voeren maar daarnaast moeten we ook zorgen voor een goede verankering ervan in onze afdeling,' aldus Van der Goot.

**JGZ in cijfers (toelichting tabel op pagina 23)**



## Toelichting tabel

1. Alle kinderen in de leeftijd van 4 -19 jaar, die woonachtig zijn in Zuid-Limburg. Dit zijn kinderen ingeschreven in de Gemeentelijke Basis Administratie (met een GBA-nr.) en kinderen zonder GBA-nr., waaronder asielzoekerskinderen, Afcent, pleegkinderen.
2. “Kinderen in zorg bij JGZ” zijn alle kinderen woonachtig in Zuid-Limburg, met uitzondering van de “kinderen elders in zorg”, (bv. kinderen die in België op school zitten en daar jeugdgezondheidszorg ontvangen). Daarnaast zijn er “kinderen bij de JGZ in zorg, die woonachtig zijn buiten Zuid-Limburg” (deze kinderen zitten op school in Zuid-Limburg)
3. Van de kinderen die in zorg zijn worden de 5 en 10-jarigen uitgenodigd voor een regulier periodiek gezondheidsonderzoek (PGO), resp. PGO-5 en PGO-10. De 2e klassers van het Voorgezet onderwijs worden uitgenodigd voor het PGO-2VO.  
De kinderen op het Speciaal Onderwijs worden uitgenodigd voor instroom-onderzoeken en onderzoeken op indicatie (PGO-SO). Daarnaast worden kinderen uitgenodigd voor onderzoeken op indicatie. Op verzoek van ouders of derden of op indicatie van een JGZ-medewerker. In totaal hebben we in 2014 23% van alle “kinderen in zorg” gezien.
- 3a. De aantallen en het percentage bereik per regulier onderzoek is hier aangegeven.
4. Van de kinderen die we gezien hebben in 2014 is er bij 19% van de kinderen 1 of meer problemen geregistreerd, is er bij 10% nog een extra onderzoek op indicatie geweest en is 4% verwezen.



Raymond Stijns, afdelingshoofd K&I:

## ‘K&I biedt gemeenten een nieuwe kijk op gezondheid’

De gemeenten krijgen steeds meer wettelijke taken op het gebied van gezondheid, zorg en wonen en moeten ook nog eens fors bezuinigen. De adviseurs van Kennis & Innovatie (K&I) helpen gemeenten bij deze lastige opgave. Dit vraagt om een nieuwe kijk op zorg en gezondheid. Een brede kijk waarin de burger centraal staat, omdat gezondheid bijvoorbeeld ook te maken heeft met de omgeving waarin iemand woont.

Naast kennis staat onze afdeling ook voor innovatie. Innovatie is nodig in een tijd waarin gezondheidszorg onbetaalbaar dreigt te worden. Als expert op het gebied van gezondheid en als schakel tussen overheid en zorgveld zetten we de zorgvragen van dit moment om in concrete projecten.

### Een nieuwe regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning

‘In 2014 heeft de GGD de nieuwe regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) uitgebracht,’ vertelt KlaasJan Hajema, epidemioloog en projectleider rVTV. ‘De rVTV geeft een actueel beeld van de gezondheidssituatie in Zuid-Limburg. Collega’s van verschillende afdelingen hebben in het afgelopen jaar samengewerkt aan onze rVTV. Maar ook externe partijen hebben hun bijdrage geleverd. Gemeenten, het RIVM, het Huis voor de Zorg en de steunpunten mantelzorg hebben allemaal meegewerkt aan dit resultaat.’

### Wat is die nieuwe kijk?

‘Er is op verschillende manieren sprake van een nieuwe kijk op gezondheid. Ten opzichte van de eerste rVTV (2010) is er meer inzicht in belangrijke trends en kunnen de gegevens vaker worden vergeleken met Nederland. In deze uitgave zijn niet alleen cijfers opgenomen uit eigen onderzoek maar ook cijfers en informatie uit andere bronnen, zoals cijfers over het gebruik van jeugdzorg, de AWBZ, de WMO en registraties JGZ 0-4 j.

Er zijn deze keer veel praktijkvoorbeelden opgenomen over hoe gezondheidsproblemen in onze regio zijn aangepakt. Op deze manier worden niet alleen problemen gesignaleerd maar worden ze ook verbonden met oplossingen,’ aldus Hajema. ‘Verder is er aandacht voor actuele thema’s zoals participatie en zorg in de wijk. Het is ook een nieuwe kijk omdat we meer ingaan op positieve aspecten van gezondheid en op het vermogen van burgers zich aan te passen als de gezondheid minder goed wordt.

Tot slot is er letterlijk een nieuwe kijk op de rVTV door de vormgeving; de rVTV is dit jaar verschenen als digibook:

[ggdzuidlimburg.cld.bz/Een-nieuwe-kijk-op-gezondheid-in-Zuid-Limburg](http://ggdzuidlimburg.cld.bz/Een-nieuwe-kijk-op-gezondheid-in-Zuid-Limburg)



'In navolging van het verschijnen van de regionale VTV hebben we in 2014 voor de 18 gemeenten ook een lokale VTV gemaakt. Dit geeft de gemeenten inzicht in de situatie van hun eigen gemeente. Er is dit jaar voor verschillende gemeenten ook informatie beschikbaar op wijkniveau. De nieuwe rVTV biedt veel aanknopingspunten voor het Zuid-Limburgse gezondheidsbeleid,' volgens Hajema. 'Zuid-Limburg is een regio waar al lange tijd sprake is van een minder goede gezondheid. Daarom vormt beleid, gericht op gezond meedoen en participatie, voor onze regio de komende jaren een belangrijke uitdaging. Op deze manier kan de rVTV een positieve bijdrage leveren aan de gezondheid van de Zuid-Limburgers.'

### **Wij bieden gemeenten betrouwbare gegevens op wijkniveau**

Door de drie decentralisaties krijgen de gemeenten veel meer verantwoordelijkheden op het gebied van jeugd, werk en participatie, en zorg. Wijkgericht werken is voor veel gemeenten de oplossing om dichtbij de burger te zoeken naar praktische oplossingen voor sociaal-medische problemen. Dit betekent dat de gemeente -samen met de wijkbewoners, vrijwilligers, zorgverleners en welzijnsinstellingen in de wijk- activiteiten afstemt op de vraag van de bewoners en niet andersom. 'Deze ontwikkeling maakt het belangrijk voor de gemeente om op wijkniveau betrouwbare gegevens te hebben over de gezondheid van de burgers, factoren die de gezondheid beïnvloeden, en de vraag naar voorzieningen, 'aldus Sander Van Kuijk, projectleider wijkprofielen Zuid-Nederland. 'Om de gemeenten hierbij zoveel mogelijk te faciliteren hebben wij binnen het Kennisnetwerk Publieke Gezondheid Limburg samen met Robuust en Universiteit Maastricht het wijkprofiel ontwikkeld. GGD Zuid Limburg verzamelt al jaren structureel gegevens over de gezondheid van de inwoners van onze 18 gemeenten. Maar het is nieuw om ons hierbij te focussen op een wijk en om daar een wijk-

profiel van te maken. In het wijkprofiel vullen we onze gegevens aan met gegevens uit andere bronnen, zoals het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). Met een wijkprofiel heb je in één oogopslag de belangrijke kenmerken van inwoners van deze wijk in beeld. Met deze wijkgegevens gaat de gemeente in gesprek met zorgverleners in een wijk of met burgers zelf. Als GGD halen we op deze manier kennisvragen op, op wijkniveau. Die gebruiken we om gericht onderzoek te doen. Dankzij deze resultaten kunnen we dan onderbouwd sturen op of advies geven over gezondheidsbeleid. Bijvoorbeeld over het beter afstemmen van de vraag naar voorzieningen en het aanbod ervan of het kijken naar welke interventies er het beste passen bij problematiek in bepaalde wijken.'

'Wat we zien is dat op dit moment op meerdere GGD locaties in het land vergelijkbare instrumenten worden ontwikkeld,' aldus Van Kuijk. 'Het is belangrijk om van elkaar te leren en om te kijken of we in de toekomst samen kunnen werken aan de doorontwikkeling van wijkprofielen. Daarom is er een werkgroep gestart op Zuid-Nederlandse schaal. Hierin zijn medewerkers van GGD'en uit de regio, Robuust en het RIVM vertegenwoordigd. Door ervaringen met elkaar te delen kan het instrument verder worden ontwikkeld zodat het steeds beter aansluit op de vraag vanuit de gemeente.'

### **GGD zet in op betere verdeling van de decentralisatie budgetten**

Om hun burgers te kunnen voorzien van ondersteuning en zorg die zij nodig hebben, krijgen de gemeenten vanaf 2015 jaarlijks een budget van het rijk voor elk van de drie gedecentraliseerde takenpakketten te weten jeugd, werk en participatie, en zorg. 'Voorheen lag de verantwoordelijkheid bij het rijk, en een deel van de jeugdzorg bij de provincie. De hoogte van dit budget wordt per gemeente vooraf bepaald door gebruik te maken van verdeelmodellen die door onderzoeksbureaus

worden ontwikkeld,' vertelt Van Kuijk. 'De uitkomst van deze 'herverdeling' maakt dat gemeenten met relatief veel ongezonde inwoners en lage sociaaleconomische status vaak veel minder krijgen dan nodig is. Daar tegenover staat dat gemeenten met veel hoogopgeleide, welgestelde, relatief gezonde inwoners na herverdeling vaak meer budget per inwoner krijgen dan voorheen nodig was. Gemeenten uit de Zuid-Limburgse regio vallen voor een groot deel in de eerste categorie. Door een stapeling van negatieve herverdeeleffecten gaan wij er als regio op achteruit. Kijkend naar de opbouw van de gebruikte verdeelmodellen en hun kenmerken vallen een aantal zaken op. Onze regio-specifieke kenmerken die bepalend zijn voor het gebruik maken van zorgvoorzieningen zien wij niet terug in de huidige verdeelmodellen. Daarnaast vinden wij dat de gebruikte ontwikkelmethode voor het model is achterhaald,' aldus Van Kuijk. 'Als GGD Zuid Limburg hebben wij in 2014 de voortrekkersrol genomen in het onderzoek van wat er in de herverdeling misgaat waardoor onze regio vaak - en wellicht onterecht - gekort wordt na herverdeling van de budgetten. Wij onderzoeken welke indicatoren nodig zijn om een goede verdeling te garanderen. De kans op aanpassing is op korte termijn klein, maar periodiek wordt wel gekeken hoe de verdeling beter kan. Wij hopen hier input voor te kunnen leveren door onze zorgen te uiten en te wijzen op verbeterpunten. Wij delen onze kennis ook met gemeenten over de herverdeelmodellen en denken mee met eventuele vervolgstappen naar het rijk toe.'

### **Wij werken samen met scholen aan een omgeving die uitnodigt tot bewegen!**

Onderzoek toont aan dat gezonde leerlingen op school beter presteren dan minder gezonde leerlingen. Kinderen die bewegen, zijn gezonder dan kinderen die niet of te weinig bewegen. Active Living is een programma dat zich richt op het stimuleren van bewegen bij kinderen op basisscholen. Het is een samenwerking tussen de GGD Zuid Limburg, Universiteit Maastricht en de gemeenten.

Petra Vranken, projectleider van Active Living vertelt: 'Het bijzondere aan dit programma is dat het vooral gericht is op het beweegvriendelijk maken van de omgeving van het kind. Het kind wordt als het ware "verleid" om meer te gaan bewegen. Denk aan het stimuleren van bewegen bij kinderen in de route van en naar school door bijvoorbeeld de verkeersveiligheid te vergroten. Of het aantrekkelijker maken van beweging op school door een uitnodigend schoolplein of leuke gymlessen. Maar ook initiatieven op het gebied van naschoolse beweegactiviteiten zijn een stimulans voor kinderen om meer te bewegen.'

'In het najaar van 2012 is op een tiental scholen een werkgroep bestaande uit leerkrachten, ouders, wijkbewoners, gemeentefunctionarissen en andere organisaties aan de slag gegaan met het aanbrenge van relatief kleine veranderingen in de omgeving. bijvoorbeeld het aanbrenge van belijningen om een veilige zone te markeren of het omvormen van een schoolplein tot beweegplein en het organiseren van acties om lopen en fietsen naar school te stimuleren. In het schooljaar 2013-2014 ontving Active Living een extra financiële impuls van de Provincie Limburg. Hiermee zijn sportmaterialen aangeschaft voor de tien deelnemende scholen en zijn er naschoolse

sportactiviteiten georganiseerd. Het schooljaar werd afgesloten met een groot sportevenement, de Active Living Spelen.'

'De Universiteit Maastricht onderzoekt of de kinderen ook daadwerkelijk meer gaan bewegen door Active Living. Na de eerste twee jaren zijn de resultaten van het onderzoek nog niet bekend, maar de betrokken scholen zijn ervan overtuigd dat de kinderen meer zijn gaan bewegen dankzij Active Living. Volgens de scholen heeft het project ook effect gehad op gezonde voeding, minder ruzie op het schoolplein, bewustwording van gezondere leefstijl, verkeersveiligheid en samen activiteiten ondernemen na schooltijd. Alle tien scholen raden andere scholen aan om aan de slag te gaan met Active Living. Sterke punten die genoemd worden zijn de aandacht voor zowel beweging als omgeving, "het aanbod op maat", de begeleiding door de GGD en de samenwerking met andere organisaties en verenigingen,' Aldus Vranken.

In het schooljaar 2014-2015 zijn al drie nieuwe scholen gestart met Active Living, dat uiteindelijk deel zal gaan uitmaken van de Gezonde School methode, een werkwijze voor scholen om structureel te werken aan gezondheid.

#### ► Overzicht onderzoeken en rapportages 2014 afdeling K&I

Thema	Klein maar fijn onderzoek	Langer lopend onderzoek	Rapportages/ Presentaties
Algemene publieke gezondheid			19 (rVTV/ lokale VTV)
Jeugd	2	1	3
Volwassenen			
Ouderen	3		3
Wijk		1	5
Eenzaamheid	1		1
Roken	1		1
Alcohol	1		3
3 D's (WMO)	1		4
Curatie/preventie	6		2
Bewegen	2	1	1
Luchtweg		1	
Depressie			
Mantelzorg	1		2
Overgewicht		1	2
Data/kennisnetwerken	1	1	5
Armoede	1	1	1
<b>totaal</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>52</b>

# Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu



Prof. dr. Christian Hoebe, afdelingshoofd SIM:

## Afdeling SIM is er als het nodig is!

'Het werkveld van de afdeling Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu is heel divers'. 'De sociaal verpleegkundigen en artsen van de unit Seksuele Gezondheid zien jaarlijks duizenden jongeren die zich willen laten testen op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) of die vragen hebben over seksualiteit. Ze gaan ook naar groepen toe die meer dan anderen risico lopen op een soa om voorlichting te geven en te testen. De inspecteurs van de unit Hygiëne en Inspectie bezoeken naast kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en gastouders, ook schoonheidssalons, tattoo- en piercingstudio's en seksinrichtingen. Ze kijken niet alleen naar hygiëne, maar ook naar veiligheid van ruimtes en materialen en naar de manier waarop de leidsters met de kinderen omgaan. Voor een groot aantal infectieziekten (waaronder ebola, tuberculose, Q-koorts, hepatitis A en legionella) bestaat een wettelijke meldingsplicht zodat de bron van besmetting kan worden achterhaald en risicocontacten opgespoord kunnen worden. Tevens neemt de unit Infectieziektebestrijding maatregelen om verdere verspreiding tegen te gaan. Om dezelfde reden dient ook het gelijktijdig vóórkomen van meerdere gevallen van een infectieziekte binnen een instelling aan de GGD te worden gemeld. De unit Medische Milieukunde staat voor burger, gemeente, provincie en anderen klaar om te adviseren en te ondersteunen daar waar de (volks) gezondheid beïnvloed wordt door aspecten uit onze leefomgeving. De unit adviseert bijvoorbeeld bij milieu-incidenten en bouwplannen.'

### Wij bieden deskundig advies op veelzijdige gezondheidkundige vragen

'Eén van de taken van Medische Milieukunde is de gezondheidkundige advisering bij incidenten met gevaarlijke stoffen, zowel tijdens een incident als in de dagen daarna,' vertelt Marita Bastiaens, unithoofd Hygiëne, inspectie en medische milieukunde.

'Zo is in november bij een grote brand op het industrieterrein in Maastricht onze Gezondheidkundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) ingeschakeld om te adviseren over de mogelijke risico's van de vrijgekomen rook voor de omwonenden. Bij dit soort incidenten werken we nauw samen met de collega's van de GHOR en de brandweer. Het is voor ons werk noodzakelijk dat we alle actuele en volledige informatie krijgen over alle aspecten van de crisisplek en de omgeving. De GAGS heeft tijdens de brand onder andere geadviseerd om de ramen en deuren in de omliggende wijken te sluiten en er is een lijst ontwikkeld met mogelijke vragen en antwoorden over de vrijgekomen stoffen. Deze lijst kan de gemeente dan gebruiken bij de crisiscommunicatie. Bij deze brand waren er - naast de rook - ook asbest en roetdeeltjes in de omgeving terecht gekomen. Medewerkers van de unit medische milieukunde hebben in de dagen na de brand vragen van burgers over de mogelijke risico's van deze asbest beantwoord. Ook hebben we de gemeente geadviseerd bij de communicatie over het uit voorzorg niet consumeren van groenten uit eigen tuin. Onze unit heeft meegewerkt aan het onderzoek naar de samenstelling van de roetdeeltjes. Binnen enkele dagen kon in een bewonersbrief de positieve boodschap gebracht worden dat de groenten uit de moestuintjes in de getroffen wijk weer 'gewoon' gegeten konden worden.'

‘Dit jaar ontvingen we een vraag van het ministerie van Defensie om onderzoek te doen naar twee voormalige POMS-locaties. POMS staat voor Prepositioned Organizational Material Set (ofwel de Nederlandse Materiaal Depots) in Brunssum en Eygelshoven,’ aldus Bastiaens. ‘Het doel achter deze vraag was het in kaart brengen van de gezondheidsrisico’s voor de huidige en toekomstige gebruikers voor het gehele terrein en alle aanwezige gebouwen in relatie tot milieuaspecten. Je moet dan denken aan bodemverontreiniging, grondwaterverontreiniging en aanwezigheid van asbest, chroom VI en uranium. Je praat pas over gezondheidsrisico’s als er naast aanwezigheid van verontreiniging en gevaarlijke stoffen ook blootstellingsmogelijkheden zijn. We zijn gestart met het nagaan van reeds aanwezige onderzoeksrapporten uit het verleden. Afhankelijk van de bevindingen is er bekeken of er nog nader onderzoek moest plaatsvinden. Zo gauw bekend is welke gevaarlijke stoffen er aanwezig zijn op het terrein en in de gebouwen wordt gekeken of en hoe de gebruikers met de aanwezige stoffen in aanraking kunnen komen. Als laatste wordt dan gekeken of de mate waarin de stoffen aanwezig zijn, kan leiden tot gezondheidsrisico’s,’ volgens Bastiaens.

‘In 2014 hebben onze medewerkers ook geadviseerd bij twee belangrijke infrastructurele projecten in Zuid-Limburg die een grote invloed hebben op de leefomgeving van veel mensen. Het Project A2 Maastricht en de Buitenring Parkstad Limburg,’ aldus Bastiaens. ‘Wij geven zowel burgers als de projectorganisaties informatie en advies over specifieke milieugezondheidskundige onderwerpen zoals trillingen, luchtkwaliteit, geluid en bodemverontreiniging. Maar ook adviezen over wat men kan doen om gezondheidsklachten te voorkomen. Soms gaan we op huisbezoek bij een bewoner die zich zorgen maakt over asbest bij een sloop. We geven dan ter plekke informatie en

advies over wat hij zelf kan doen. Maar we adviseren dan ook de projectorganisatie over sloop van woningen met asbest en de communicatie hierover.’

‘Soms krijgen we ook vragen over onderwerpen waar je niet meteen aan zou denken. Zo krijgen we regelmatig te maken met mensen die erg veel hinder ondervinden van een laagfrequent geluid (lfg). De hinder treedt vooral ’s avonds en ’s nachts op waardoor mensen niet meer kunnen slapen. Met als gevolg dat deze mensen zich overdag moe voelen, zich moeilijker kunnen concentreren en sneller geïrriteerd zijn. Om deze mensen beter te kunnen helpen is - op initiatief van de provincie Limburg - de brochure ‘Ik hoor een bromtoon’ geactualiseerd. Onze milieugezondheidskundige die gespecialiseerd is op dit gebied heeft hieraan een zinvolle bijdrage geleverd. De brochure geeft informatie over lfg, welke bronnen het veroorzaken en waarom de één er wel last van heeft en de ander niet. Daarnaast bevat de brochure tips en adviezen om de hinder te verminderen.’

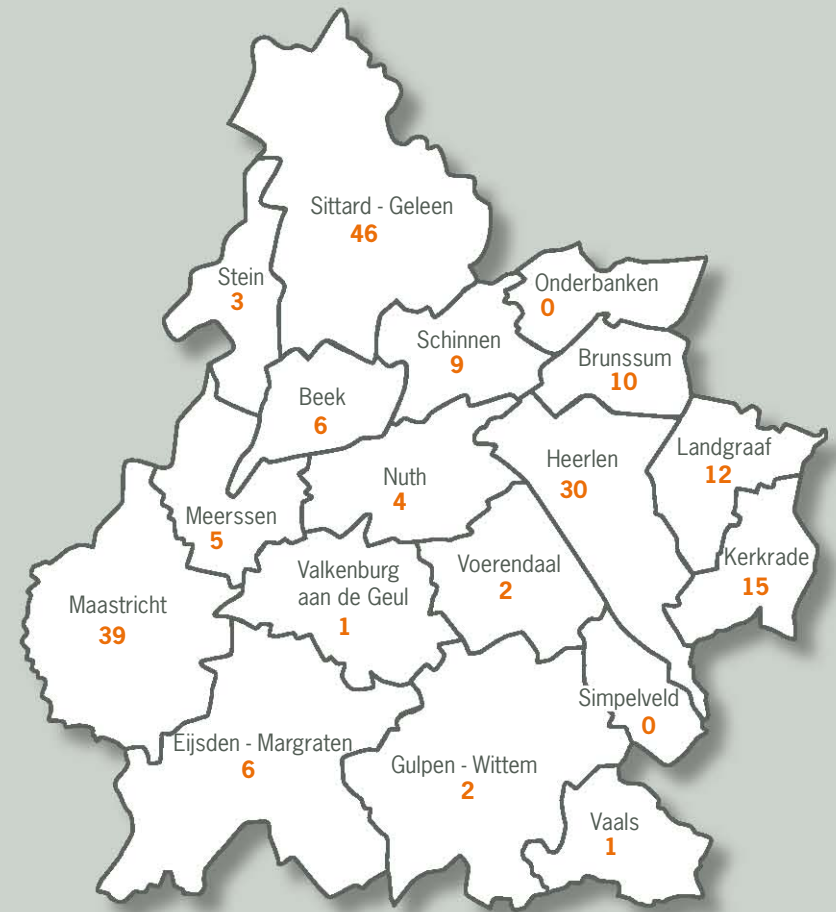
### **Wij spelen continu in op veranderingen**

‘Sinds 2013 wordt het toezicht in de kinderopvang door de inspecteurs van onze GGD risico-gestuurd uitgevoerd op basis van de jaarlijks gemaakte risicoprofielen. Er bestaan vier verschillende risicoprofielen, die het aantal uur toezicht/inspectie op jaarbasis bepalen. Ons basisprincipe is: “meer waar nodig, minder waar mogelijk”. In 2014 is in overleg met de gemeenten, het toezicht op de peuterspeelzalen op dezelfde manier uitgevoerd,’ aldus Bastiaens. ‘Aanvankelijk was dit een hele omschakeling voor de inspecteurs maar inmiddels laat de praktijk duidelijk de voordelen zien. We kunnen nu maatwerk leveren en meer aandacht besteden aan de locaties waar dat nodig is. Gemeenten krijgen zo een duidelijk beeld van de kwaliteit van kinder-

opvang en peuterspeelzaalwerk in hun gemeente en kunnen daar gericht beleid op bepalen,' weet Bastiaens. Graag wil ik ook nog het feit aanhalen dat op maandag 17 november 2014 door de Inspectie van het Onderwijs een rapport "toezicht en handhaving op de kinderopvang" is aangeboden aan de Tweede Kamer. Resultaten laten een positief beeld zien voor de regio Zuid-Limburg. Onze GGD heeft de inspectietaak goed op orde. We hadden de maximale score voor de 100% norm, wat betekent dat 95 tot 100% van alle inspecties zijn uitgevoerd. Verder wordt bij 60 tot 80% van de reguliere inspecties geen advies tot handhaven gegeven wat erop neerkomt dat meer dan 60 procent van de kinderopvangvoorzieningen voldoet aan de kwaliteitseisen.'

'Veranderingen in de wet kinderopvang zijn echter aan de orde van de dag, jaarlijks worden er steeds weer punten aangepast en daar moet je als organisatie continu en flexibel op in kunnen spelen,' vertelt Bastiaens. 'Dit jaar waren het relatief kleine veranderingen. Intussen zijn we achter de schermen al bezig met de voorbereidingen in het kader van de invoering van Het Nieuwe Toezicht dat door minister Asscher is aangekondigd. Voordat we dit in 2017 kunnen invoeren, moeten onze procedures en werkprocessen worden aangepast en moeten onze inspecteurs worden bijgeschoold, kortom weer een hele klus!'

## Aantal vragen en meldingen Medische milieukunde van burgers 2014



## Samen met het RIVM een centrale rol bij voorbereidingen rondom ebola

‘In Afrika wordt hard gewerkt aan de bestrijding van Ebola en ook de rest van de wereld bereidt zich voor op Ebola-patiënten. Vooral het herkennen van een patiënt, het voorkomen van nieuwe besmettingen door isolatie van de patiënt en het monitoren van diens contacten zijn belangrijk.’ vertelt Henriëtte Ter Waarbeek, unithoofd infectieziektebestrijding.

Ebola of ebola hemorrhagische koorts is een ernstige besmettelijke virusziekte met een hoog sterftecijfer, veroorzaakt door het ebolavirus. Tot begin dit jaar was ebola een zeldzame ziekte die in relatief kleine uitbraken in Midden- en West-Afrika voorkwam. Sinds december 2013 is er in West-Afrika de grootste ebola-epidemie ooit gaande. De epidemie is verspreid over de landen Guinee, Liberia, Sierra Leone en de hoofdstad van Mali. Senegal en Nigeria kenden incidentele verspreiding, maar ook buiten Afrika vond besmetting plaats in Spanje en de Verenigde Staten.

‘In Nederland spelen het RIVM en de GGD’en een centrale rol bij voorbereidingen en maatregelen rond een (mogelijke) ebolapatiënt. Alhoewel de kans klein is dat deze situatie zich voordoet, is het belangrijk dat alle betrokken instanties weten hoe zij moeten handelen bij verdenking op Ebola, zeker gezien de ernst van de aandoening. De Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM, heeft protocollen opgesteld voor het geval er zich een patiënt met verdenking op ebola in Nederland presenteert. De GGD heeft onder meer de taak om deze landelijke protocollen te ‘vertalen’ naar onze regio. Daarnaast vervullen wij een belangrijke rol in de informatievoorziening richting onze burgers, de lokale media en de gemeenten.’ aldus Ter Waarbeek.

‘Onze unit heeft ervoor gezorgd dat huisartsen, ambulancezorg en medisch specialisten continu op de hoogte zijn van de laatste stand van zaken. Wij leggen contacten met betrokken instanties (zoals ziekenhuizen, ambulancediensten, meldkamer, begrafenisondernemers) om beschikbare protocollen op elkaar af te stemmen en hoe te handelen indien zich een verdenking op ebola voordoet. Een arts is verplicht iedere verdenking van ebola onmiddellijk telefonisch te melden bij de GGD. Wij zijn verantwoordelijk voor het in kaart brengen van alle contacten rond deze patiënt en het medisch toezicht gedurende maximaal 3 weken. Daarnaast is onze unit betrokken bij het oefenen met het dragen van beschermende kleding door ambulancepersoneel. Wij werken al jaren nauw samen met de collega’s infectieziektebestrijding in België en Duitsland. Ook nu zijn er afspraken gemaakt met de collega’s in onze Euregio over het melden van en omgaan met ebola-verdachte patiënten.



## Afdeling jeugdgezondheidszorg en seksuele gezondheid trekken samen op bij Sekswijzer

Uit de factsheet 'Limburgse jongeren seksueel ongezond' blijkt dat Zuid-Limburgse jongeren in vergelijking met hun leeftijdsgenoten elders in het land slechter scoren op het gebied van seksuele gezondheid.

- Zij beginnen op jongere leeftijd met seks (16,1 ten opzichte van 16,6 landelijk)
- Zij vrijen minder veilig (24% van de jongens en 28% van de meisjes hebben bij laatste contact geen condoom gebruikt, ten opzichte van 21% en 26% landelijk)
- Ze hebben vaak een soa (18% van de jongeren die de poli bezoeken in 2013)
- Ze worden vaker tienermoeder
- Ze hebben veel te maken met seksueel grensoverschrijdend gedrag (aanranding: 35% van de meisjes en 18% van de jongens; verkrachting: 15% van de meisjes en 3% van de jongens)

**Voorlichting op scholen kan beter.** Sinds 2012 zijn alle scholen voor basis- en voortgezet onderwijs verplicht om in hun lessen aandacht te besteden aan seksualiteit en seksuele diversiteit. Uit landelijk onderzoek blijkt dat scholen vooral informatie geven over anticonceptie, soa en voorplanting tijdens de biologieles. Maar de meer relationele aspecten als het aangeven van wensen en grenzen en seksuele diversiteit blijven vaak onderbelicht. Scholen geven ook aan dit lastig te vinden, docenten geven aan dat ze te weinig kennis hebben en goed materiaal missen.

'Dit waren genoeg redenen voor de GGD Zuid Limburg om ondersteuning te gaan geven op alle scholen voor basis- en voortgezet onderwijs in Zuid-Limburg.' Aldus Mieke Steenbakkers, unithoofd seksuele gezondheid. 'De bedoeling is dat wij deze scholen gaan helpen bij het geven van voorlichting op school met behulp van de training SEKSWIJZER. Dit is een gratis training waarbij docenten worden klaargestoomd om met dit onderwerp aan de slag te gaan met behulp van een bestaand lesprogramma. Voor het basisonderwijs is dit "Relaties en Seksualiteit" en voor het voortgezet onderwijs "Lang Leve de Liefde". Tijdens één dagdeel maken docenten kennis met het lespakket, krijgen ze inzicht in de seksuele ontwikkeling van kinderen en ontvangen ze praktische tips voor het geven van seksuele voorlichting en hoe om te gaan met lastige vragen van kinderen en jongeren. Verpleegkundigen van de afdeling jeugdgezondheidszorg en de unit seksuele gezondheid geven samen deze gratis training op school. Op 27 november 2014 is de eerste training gegeven op het Bernard Lievegoed College in Maastricht.'

## SIM in cijfers

### ▶ Aantal inspecties hygiënezorg

Soort inspectie	2013	2014
Kindercentra	317	457
Gastouders	454	436
Peuterspeelzalen	182	205
Seksinrichtingen	11	8
Tattoo- en piercingstudio's	35	43
Publieksevenementen	18	0
Kinderboerderij (nieuw product in 2014)		5
<b>Totaal</b>	<b>1.017</b>	<b>1154</b>

**Toelichting:** Het aantal inspecties is ondanks de veranderingen in de kinderopvang opnieuw gestegen mede door wisselingen in eigenaarschap van kindercentra.

### ▶ Tuberculosezorg

Soort onderzoek	2013	2014
Aantal onderzochte personen	3.080	2701
Röntgenonderzoek	1.816	1225
Mantoux	529	303

**Toelichting:** Bij tuberculose is duidelijk de dalende trend waarneembaar in verrichtingen. Om de kwaliteit van de tuberculosezorg te blijven garanderen, wordt de samenwerking met andere regio's versterkt. Hierbij wordt gewerkt aan een bovenregionaal expertisecentrum voor Zeeland, Brabant en Limburg.

### ▶ Aantal vaccinaties hepatitis B

Risicogroepen	2013	2014
Druggebruikers	4	0
MSM ( mannen die seks hebben met mannen)	520	422
Prostituees	194	180
Overige risicogroepen	28	10
<b>Totaal</b>	<b>746</b>	<b>603</b>

**Toelichting:** MSM blijven belangrijkste doelgroep voor hepatitis B-vaccinatie.

### ► Overzicht infectieziekten

Meldingsplichtige Infectieziekten	Aantal meldingen 2013	Aantal meldingen 2014
Acute hepatitis B	5	8
Chronische hepatitis B	33	31
E. Coli O157 infectie	4	9
Hepatitis A	5	4
Hepatitis C drager	12	13
Invasieve pneumokokken infectie	0	1
Invasieve Streptokokken (groep A) infectie	2	5
Q-koorts	2	0
Kinkhoest	219	299
Legionella longontsteking	26	17
Leptospirose	1	1
Malaria	3	4
Mazelen	2	5
Meningokokkenziekte	3	5
Papegaaizenziekte	6	0
Shigella-infectie	8	10
Tyfus	0	0

**Toelichting:** De meeste infectieziekten wisselen licht over de tijd. In 2014 werd opnieuw een kinkhoest epidemie gezien waarvan de meldingen slechts het topje van de ijsberg vertegenwoordigen. Een kleine mazelen epidemie trad op door introductie uit het buitenland. Thema's in 2014 naast de meldingen waren Ebola dreiging waar veel energie in de voorbereiding is gaan zitten, rotavirus epidemie onder kinderen, 3 waterpokken epidemietjes bij asielzoekerscentra en dreiging van vogelgriep H5N8.

### ► Aantal consulten seksuele gezondheid

Soort consult	2013	2014
Persoonlijke soa-consulten	5.944	6.562
Consulten Sense < 25 jaar	1.673	1.482
Consulten Sense ≥ 25 jaar	243	216
Vindpercentage soa	15,1%	14,8%

**Toelichting:** Het aantal soa-consulten vertoont een stijgende lijn en het aantal Sense-consulten daalt enigszins door scherpere triage. De seksuele (on)gezondheid in de regio blijft een aandachtspunt omdat ook het vindpercentage relatief hoog blijft.

### ► Soa-vindpercentage

Soa-vindpercentage per groep afgelopen 2 jaar	2013	2014
Prostitutie vrouwen	10,2%	11,0%
Prostitutie mannen	12,2%	46,4%
MSM	24,7%	25,6%
Jongeren < 25 jaar	18,2%	15,7%

**Toelichting:** Duidelijk is dat Mannen die seks hebben met mannen (MSM) qua soa een belangrijke doelgroep blijven maar ook bij jongeren onder de 25 jaar zien we veel soa. Mannen prostitutie is een kleine en moeilijk te bereiken doelgroep met ongekend hoge soa percentages.



Ramona Cox, afdelingshoofd Acute Zorg:

## ‘Acute Zorg is een gezond bedrijf in een veranderende omgeving’

De Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Zuid Limburg bestaat uit de ambulancezorg en de Meldkamer (MKA) en vormt samen met de GHOR (Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio) de afdeling Acute Zorg. Als elke seconde telt, rukken de ambulances met zwaailicht en sirene uit. Ook als een patiënt niet in levensgevaar is, maar wel dringend hulp nodig heeft, rijdt de ambulance er zo snel mogelijk naar toe. Daarnaast verzorgt de RAV vervoer op afspraak, bijvoorbeeld van ziekenhuis naar huis. De spin in het web van de ambulancezorg is de Meldkamer. Hier coördineren de centralisten de ambulancezorg en hebben zij contact met melders, de ambulanceteams en andere zorgverleners. Patiënten moeten de best mogelijke zorg krijgen, of het er nu twee, twintig of tweehonderd zijn. De GHOR zorgt ervoor dat de opschaling van dagelijkse naar grootschalige geneeskundige hulpverlening soepel verloopt.

### Wij zijn op tijd, met de juiste zorg, bij hen die ons nodig hebben!

‘Een belangrijk speerpunt voor Acute Zorg is het continu verbeteren van prestaties en de kwaliteit van zorg,’ vertelt Ramona Cox, afdelingshoofd Acute Zorg. ‘Er is in 2014 hard gewerkt aan een verbetering van onze bedrijfsprocessen. Naar aanleiding van een performance-analyse kwam naar voren dat we als RAV wel een goede prestatie leverden maar dat we de landelijke norm om 95% op tijd gereden ritten niet behaalden. We hebben toen een aantal verbeterpunten doorgevoerd zoals extra inzet van ambulances, betere spreiding van de beschikbare ambulances; je zet de ambulance dáár neer waar ze mogelijk nodig zijn, betere registraties in onze systemen en een duidelijkere sturing op het primaire proces. Dit heeft in 2014 geleid tot een zeer grote performance verbetering. De doorgevoerde verbeteringen zijn intussen een absolute noodzaak gebleken vanwege de landelijke budgetkorting op de ambulancezorg als gevolg van een nieuw landelijk financieringsmodel. We zijn in 2015 genooddaakt om de ambulancecapaciteit terug te brengen door de grote korting op onze financiering. Natuurlijk gaan we nauwgezet monitoren wat de invloed is van deze maatregel op onze performance en de kwaliteit van zorg. Het is vanzelfsprekend dat we ons maximaal inspinnen om binnen de nieuwe financiële kaders de performance zo hoog mogelijk te houden waarbij kwalitatief goede dienstverlening aan de burger en hoge kwaliteit van zorg voorop blijft staan.’

## Opening nieuwe ambulancepost voor betere performance aanrijtijden

'5 september 2014 hebben wij onze nieuwe ambulance post in Maastricht in gebruik genomen,' vertelt Swen Keijdener, unithoofd ambulancezorg Maastricht. 'Belangrijkste reden voor deze verhuizing is het realiseren van een betere performance op de aanrijtijden voor de bevolking door onze ambulances. Door de meer centrale ligging van de nieuwe standplaats in ons voorzieningsgebied Maastricht zullen de aanrijtijden richting Meerssen en het Heuvelland verbeteren. Onze nieuwe standplaats is gevestigd in het zorgpark Scharn aan de Vijverdalsweg in Maastricht. Het betreft één van de grootste en meest toekomstbestendige gezondheidscentra van Nederland. Naast de GGD Ambulancevoorziening zijn er diverse eerstelijns zorgaanbieders gevestigd en de 'Stadspoli', waar specialisten uit het ziekenhuis spreekuur houden. Behalve een mooie vormgeving van het gebouw is er ook nagedacht over functionaliteit, energiebeleid en uiteraard werksfeer.'

### ► Aantal keer inzet ambulances

	2012	2013	2014
A1 ( norm binnen 15 min. ter plaatse)	19474	21208	21500
A2 ( norm binnen 30 min. ter plaatse)	16423	17550	19273
B ( besteld vervoer)	16981	16092	16297
<b>Totaal</b>	<b>52878</b>	<b>54850</b>	<b>57070</b>

**Toelichting:** In 2014 zijn er 57070 ritten gereden, een stijging van zowel A1, A2 als B- ritten.

### ► Performance

	2012	2013	2014
% op tijd gereden A1 ritten	91.3%	91.9%	96.7%

**Toelichting:** Met de performance van 2014 scoort Zuid-Limburg ruim boven de landelijke norm van 95% op tijd verreden A1 ritten.

### Wij werken samen met onze medewerkers aan patiëntveiligheid

In februari 2014 behaalde onze RAV het certificaat patiëntveiligheid na een externe certificeringsaudit. Dit is het resultaat van hard werken aan de kwaliteit van onze organisatie die opgebouwd is rondom de zorg en veiligheid voor patiënten. Floor Wolter, kwaliteitsfunctionaris Acute Zorg aan het woord.

'Project Patiëntveiligheid is een landelijk initiatief dat is opgepakt door Ambulancezorg Nederland (AZN). In februari 2010 is er landelijk een plan van aanpak vastgesteld om te komen tot een driejarig programma patiëntveiligheid voor de ambulancezorg. Een goede basis om patiëntveiligheid te borgen is een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Landelijk hebben RAV-expertgroepen instrumenten ontwikkeld, risicoanalyses uitgevoerd en verbetervoorstellen gemaakt. Zowel de instrumenten als de risicoanalyses zijn opgenomen in een soort "toolkit patiëntveiligheid". Iedere RAV kan deze gebruiken bij de inrichting van hun eigen VMS. Wij zijn in 2013 met deze toolkit aan de slag gegaan. Patiëntveiligheid en de inrichting van ons eigen VMS stonden het afgelopen jaar stevig op de agenda met als resultaat onze certificering. Patiëntveiligheid maakt intussen deel uit van ons reguliere proces. Zaken worden op managementniveau opgepakt

maar ook onze professionals zijn hier direct bij betrokken. Alles is gericht op het continu verbeteren van processen die ten goede komen aan de patiëntveiligheid. Zo zijn we gestart met het maken van risicoanalyses van onze werkprocessen en het formuleren van verbeteracties. Daarnaast is er een Veilig Incident Melden (VIM) commissie ingesteld. Deze commissie analyseert alle gemelde incidenten aan de hand van een methodiek (PRISMA light) en formuleert verbetervoorstellen. Ook gemelde casuïstiek vanuit andere GGD afdelingen worden vertrouwelijk behandeld in de commissie. Er is veel meer te vertellen over ons VMS maar het belangrijkste blijft het proces dat je als organisatie met je eigen medewerkers moet doorlopen om bewustwording te creëren en om samen te werken aan patiëntveiligheid. Dat is belangrijker dan het behalen van een certificaat.'

### **Samen met de unit infectieziekten goed voorbereid op ebola**

'De ebola-uitbraak in West Afrika heeft voor veel onrust gezorgd. Uiteraard in de getroffen gebieden maar naarmate de uitbraak langer aanhield is die onrust ook overgewaaid naar onze Westerse landen. Omdat we als ambulancedienst ook betrokken kunnen raken bij het vervoer van een patiënt die van ebola verdacht wordt, werd ook onze afdeling Acute Zorg onrustig,' vertelt Joop Deriks, unithoofd ambulancezorg. 'Dat gold overigens voor alle ambulancediensten in Nederland. Dit was voor de sectororganisatie Ambulancezorg Nederland aanleiding om een landelijk protocol te ontwikkelen. Dat duurde even maar uiteindelijk heeft dat een gedegen en praktisch werkbaar protocol opgeleverd. Wij hebben als afdeling Acute Zorg het protocol goed doorgenomen en vervolgens besproken hoe we dit bij onze collega's onder de aandacht zouden kunnen brengen. Dat heeft geresulteerd in 6 scholingsavonden waarin alle medewerkers getraind zijn in de aan- en uitkleedprocedure die van toepassing is bij het vervoer van een

van ebola-verdachte patiënt. Daarnaast werd er op die avonden van de gelegenheid gebruik gemaakt de collega's meer achtergrondinformatie te verstrekken over de ziekte. Wij hebben hierin nauw samengewerkt met de afdeling infectieziekten van de GGD. Hoewel de kans dat we een ebola-verdachte patiënt zullen gaan vervoeren erg klein is, was het gevoel na afloop van de trainingen wel dat we er als afdeling Acute Zorg klaar voor zijn. Uiteraard mag het niet bij één training blijven en wij zullen vooral de Officieren van Dienst Geneeskundig (OvDG) die een cruciale rol vervullen in de ebola-procedure regelmatig blijven trainen. In het voorjaar van 2015 komt er een nieuwe landelijke richtlijn over omgang met CBRN incidenten\*. Dan zal datgene wat we in de ebola-procedure onder de aandacht gebracht hebben ook weer getraind worden. De "B" in CBRN\* staat immers voor Biologisch.' (\* C = Chemisch, B = biologisch, R = radiologisch, N = nucleair)

### **Op weg naar één Meldkamer Limburg**

'Deze samenvoeging betekent overigens geen fusie,' vertelt Ans Vullers, unithoofd van de witte kolom van beide meldkamers in Limburg. 'Beide meldkamers blijven - in ieder geval voorlopig - verantwoordelijk voor hun eigen werkgebied. Wel zal er steeds meer nauw worden samengewerkt. Deze processen zijn het afgelopen jaar al gestart. Er is nu bijvoorbeeld al uitwisseling van procedures en werkprocessen waardoor personeel van beide meldkamers al kan wennen aan nieuwe werkwijzen en systemen. Als je uiteindelijk echt onder één dak zit, zal dat de samenwerking alleen maar ten goede komen. Ik ben sinds november 2013 unithoofd. Mijn belangrijkste aandachtspunten van het afgelopen jaar waren de het doen van de eerste voorbereidingen op de samenvoeging en het werken aan prestatieverbetering van beide meldkamers,' aldus Vullers.

Afgelopen jaar tekenden het Rijk, de nationale politie, het veiligheidsbe- raad en de ambulancezorg Nederland een akkoord om te komen tot een nieuwe landelijke meldkamerorganisatie (LMO). Dit betekent dat we van 22 meldkamers naar 10 meldkamers gaan in Nederland. Voor Limburg betekent deze reductie dat er van de twee meldkamers slechts één over- blijft. De meldkamer in Maastricht. De meldkamer heeft een witte kolom (geneeskundig), een blauwe kolom (de politie) en de rode kolom (de brandweer).

‘Het Project Meldkamer Limburg ([www.meldkamer-limburg.nl](http://www.meldkamer-limburg.nl)) bestaat uit een Stuurgroep en een projectgroep. Ik ben zelf afgevaardigde namens de witte kolom in de Projectgroep. Door deze projectgroep is een projectplan geschreven om te komen tot co-locatie van de gemeen- schappelijke meldkamer in Maastricht. Een co-locatie is eigenlijk het samenwerken op één locatie maar met behoud van de eigen proces- sen. Diverse werkgroepen zijn samengesteld om aan de slag te gaan met onder andere het uniformeren van de verschillende werkproces- sen en scholingsactiviteiten. Daarnaast is er het afgelopen jaar veel tijd besteed aan het afhandelen van diverse nulmetingen. Zo een meting geeft onder andere inzicht in hoeveel mensen er werken en hoe de financiën zijn geregeld. Dit levert belangrijke informatie op basis waarvan goede afspraken gemaakt kunnen worden voor de samenvoeging.’

‘Intern zijn we druk bezig geweest met prestatieverbetering. Hierbij is vooral ingezet op de bewustwording van onze medewerkers.’ vertelt Vullers. ‘Je moet dan denken aan het bewust worden van je eigen prestaties en teamprestaties. Iedereen doet zijn best maar het is altijd goed om kritisch naar je eigen werk te blijven kijken. Iedereen heeft zijn sterke en minder sterke kanten. Kortom serieus kijken naar verbeterpunten. Zowel in het dagdagelijkse proces maar ook in de

processen bij grote incidenten, waarbij opschaling van personeel en materiaal is vereist.’

‘We hebben regelmatig gekeken naar de individuele prestaties waar- bij gestreefd is naar een verbetering van de meldtijd. Hierdoor werd iedereen zich meer bewust van zijn eigen functioneren. De meldtijd bestaat uit de aannametijd - dit is de tijd tussen aannemen van de melding en het doorgeven van de rit aan de uitgiftecentralist- en de

#### ► Gemiddelde meldtijden per maand

	2012	2013	2014
januari	0:01:50	0:02:09	0:01:39
februari	0:01:47	0:02:11	0:01:33
maart	0:01:48	0:02:17	0:01:32
april	0:01:55	0:02:27	0:01:32
mei	0:01:52	0:02:17	0:01:22
juni	0:02:09	0:02:10	0:01:23
juli	0:02:01	0:02:04	0:01:29
augustus	0:02:03	0:01:59	0:01:27
september	0:02:08	0:01:56	0:01:33
oktober	0:02:04	0:01:47	0:01:28
november	0:02:11	0:01:51	0:01:26
december*	0:02:14	0:01:48	0:01:25
jaargemiddelde	0:02:00	0:02:04	0:01:29

\* December 2014 gemeten tot en met 10 december 2014.

**Toelichting:** Het jaargemiddelde laat zien dat de meldtijden met een halve minuut zijn verbeterd in 2014.



uitgifte tijd; tijd tussen aanname rit door uitgiftecentralist en de koppeling van de rit aan een voertuig. Samen is er gekeken naar eventuele verbeteracties. Deze worden opgevolgd door het management en de medewerker zelf. Dit heeft geleid tot een echte prestatieverbetering. De meldtijden zijn in een jaar tijd met zeker een halve minuut verbeterd. Een halve minuut die zeer waardevol is in ons vak, als je bedenkt dat daar elke seconde telt.'

'Naast de aandacht voor de individuele prestaties hebben we deeltesten ingevoerd,' aldus Vullers. 'Bij zo een deeltest krijgt een team centralisten een fictieve grootschalige casus als oefening. Ze worden in tweetallen geobserveerd en getoetst door een observator en een trainer. De medewerkers leren op hun eigen handelen te reflecteren en feedback te geven aan hun collega. Er wordt gekeken naar zowel de individuele prestatie als de teamprestatie. Het is natuurlijk belangrijk om de procedure- en systeemkennis te beheersen maar daarnaast is het ook van belang dat communicatie en samenwerking goed lopen bij een opgeschaalde situatie. Hoe creatief en oplossingsgericht is de medewerker en hoe verloopt de taakverdeling in het team? Eind 2013 waren deze deeltesten voor de eerste keer en afgelopen jaar hebben we ze wederom uitgevoerd. Voor onze centralisten was dit heel erg wennen. Ineens word je persoonlijk beoordeeld op het werk wat je al jaren doet en moet je zelf met verbeterplannen komen. Maar het voelt voor onze professionals wel als een goede ontwikkeling. De praktijk laat zien dat je er veel van kunt leren en jezelf kunt verbeteren.'

'Tot slot heeft in het kader van kwaliteitsverbetering het hanteren van NTS (Nederlands Triage Systeem) de nodige aandacht gekregen en zitten we inmiddels in de afronding rondom de opleiding van de HAAK Plus auditoren,' vertelt Remco van Zijl, operationeel leidinggevende meldkamer. 'Deze auditoren luisteren naar meldingsgesprekken en scoren de kwaliteit van deze gesprekken met behulp van een tool. Er

wordt niet alleen gescoord op het toepassen van de gespreksmethode maar vooral de wijze waarop je het gesprek voert, dit noemen we ook wel de soft skills. Hierover zijn vaker klachten. Daar waar nodig worden individuele verbeterpunten geformuleerd. Deze auditool heeft geen beoordelend karakter maar is bedoeld om de gesprekskwaliteit te volgen en te verbeteren. We proberen om vijf gesprekken per medewerker per maand te beluisteren en regelmatig deze resultaten te bespreken. In 2015 zal deze auditool verder worden geïmplementeerd.'

### **Communicator brengt snel meer mensen op de been**

'Bij een groot incident met veel slachtoffers is het noodzakelijk om personeel te kunnen oproepen die bij een ramp of calamiteit geen dienst hebben,' vertelt Theo Vullers, beleidsmedewerker GHOR. 'De alarmering van personeel - op het moment van een grootschalig incident - gebeurde tot medio 2014 door middel van een sms, geactiveerd door het Quincy-systeem. Dit bleek in de praktijk onvoldoende efficiënt. Het alarmeringssysteem Communicator kan behalve sms'en ook bellen op een GSM en een vaste telefoonlijn. Daarom hebben we dit jaar Communicator voor GGD- opschalingsdoeleinden ingericht waarbij we rekening hebben gehouden met alle processen van Het GGD Rampen Opvang Plan (GROP). Op dit moment is het systeem ook al geïmplementeerd voor de Regionale Ambulance Voorziening (RAV), de andere organisatieonderdelen volgen nog. We hebben een systeemtest gedaan waaruit bleek dat de vereiste personeelscapaciteit ruim werd gehaald. Dat betekent dat wij in staat zijn om snel alle ambulances te bezetten en om snel extra personeel in te zetten voor de behandeling van slachtoffers.'

Dit is een uitgave van:  
De Geneeskundige Gezondheidsdienst (GGD) Zuid Limburg  
Postbus 2022 - 6160 HA Geleen  
T 046 850 66 66 - F 046 850 66 67  
[info@ggdzl.nl](mailto:info@ggdzl.nl) [www.ggdzl.nl](http://www.ggdzl.nl)



### **Missie GGD Zuid Limburg**

De GGD Zuid Limburg beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van alle Zuid-Limburgers met speciale aandacht voor mensen in een kwetsbare positie. Daarmee wil de GGD eraan bijdragen dat iedereen, van jong tot oud, actief kan deelnemen aan onze samenleving.

### **GGD is een gemeentelijke dienst**

De GGD is een onderdeel van de gemeenten. Gemeenten hebben de taak om de lokale publieke belangen op het gebied van volksgezondheid te behartigen. Gemeenten bepalen het gezondheidsbeleid en voeren de totale regie op de lokale uitvoeringsprogramma's. De GGD adviseert gemeenten hierbij, levert data en kennis, verbindt partijen en is aanjager van processen die moeten leiden tot een betere gezondheid van de Zuid-Limburgers.

*Maart 2015*

# Jaardocument GGD Zuid Limburg 2014

---

Geleen, maart 2015



## Inhoudsopgave

1.	Bestuur en vaststelling .....	4
1.1	Rechtspersoonlijkheid en verantwoordelijkheid.....	4
1.2	Vaststelling en goedkeuring jaardocument 2014.....	5
1.2.1	Vaststelling.....	5
1.2.2	Goedkeuring .....	5
2.	Financiële paragrafen .....	6
2.1	Algemeen .....	6
2.2.	Weerstandvermogen.....	6
2.3.	Onderhoud kapitaalgoederen.....	10
2.4.	Financiering .....	11
2.5.	Bedrijfsvoering .....	12
2.5.1.	Investeringsbeleid .....	12
2.5.2.	Organisatiestructuur .....	12
2.5.3.	Administratieve organisatie .....	12
2.5.4.	Informatisering en automatisering .....	12
2.5.5.	Kansen en bedreigingen .....	13
2.5.6	Personeelsbeleid .....	13
2.6.	Verbonden partijen.....	13
3.	Jaarrekening 2014 .....	14
3.1	Balans per 31 december 2014.....	14
3.2.	Rekening baten en lasten 2014.....	15
3.3.	Rekening van baten en lasten 2014 per bedrijfsonderdeel.....	16
4.	Algemene toelichting en waarderingsgrondslagen .....	17
5.	Financiële toelichting.....	19
5.2.	Toelichting balans .....	19
5.2.1.	Resultaat.....	19
5.2.2.	Activa .....	20
5.2.3.	Passiva .....	23
5.3.	Toelichting rekening van baten en lasten .....	30
5.3.1.	Opbrengsten.....	30
5.3.2.	Exploitatiekosten.....	31
6.	Voorstel tot resultaatbestemming .....	34
6.1	Voorstel tot resultaatbestemming na aanwending bestemmingsreserve. 34	
7.	Begrotingsrechtmatigheid .....	35

8. Controleverklaring jaarrekening 2014.....	36
Bijlage 1 Activastaat .....	37
Bijlage 2 SISA .....	40
Bijlage 3 Staat van reserves en voorzieningen.....	43
Bijlage 4 Berekening weerstandsvermogen .....	45

**Ter identificatie**



Ernst & Young Accountants LLP

**EY** Building a better  
working world

## 1. Bestuur en vaststelling

### 1.1 Rechtspersoonlijkheid en verantwoordelijkheid

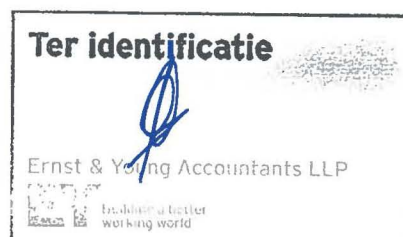
De GGD Zuid Limburg is een gemeenschappelijke regeling waarvan instandhouding geschiedt door de gemeenten in Zuid-Limburg. Het Dagelijks Bestuur van de GGD Zuid Limburg is verantwoordelijk voor het opstellen en vaststellen van de jaarrekening. Het Algemeen Bestuur van de GGD Zuid Limburg is verantwoordelijk voor het goedkeuren van de jaarrekening.

Het Dagelijks Bestuur is als volgt samengesteld (01.03.15):

<b>Naam</b>	<b>Gemeente</b>	<b>Functie</b>
Burgemeester dhr. drs. A.R.B. van den Tillaar	Gulpen-Wittem	Voorzitter
Wethouder dhr. L.G.A.J. Geilen	Sittard-Geleen	Vicevoorzitter
Burgemeester dhr. R.K.H. Krewinkel	Beek	Lid
Wethouder dhr. P.M.A. van Zutphen	Heerlen	Lid
Wethouder mevr. M.V.F. Damsma	Maastricht	Lid
Wethouder dhr. H.M.H. Leunessen	Landgraaf	Lid
Burgemeester mevr. M.A.H. Clermonts-Aretz	Meerssen	Lid

Het Algemeen Bestuur is als volgt samengesteld (01.03.15):

<b>Naam</b>	<b>Gemeente</b>
Burgemeester dhr. R.K.H. Krewinkel	Beek
Wethouder dhr. T.T.J. Gelissen	Brunssum
Wethouder dhr. J.W.P.M. Bisscheroux	Eijsden-Margraten
Burgemeester dhr. A.R.B. van den Tillaar	Gulpen-Wittem
Wethouder dhr. P.M.A. van Zutphen	Heerlen
Wethouder dhr. L.A. Jongen	Kerkrade
Wethouder dhr. H.M.H. Leunessen	Landgraaf
Wethouder mevr. M.F.V. Damsma	Maastricht
Wethouder mevr. M.M.G. Gubbels	Meerssen
Wethouder dhr. A.J.P.M. Slangen	Nuth
Wethouder dhr. L.R. Evers	Onderbanken
Wethouder dhr. J.M.A.R. van der Broek	Schinnen
Wethouder dhr. M.J.J.W. Gulpen	Simpelveld
Wethouder dhr. L.G.A.J. Geilen	Sittard-Geleen
Wethouder dhr. H.J.S. Janssen	Stein
Wethouder dhr. P. de Graauw	Vaals
Wethouder dhr. H.M.L. Dauven	Valkenburg aan de Geul
Wethouder dhr. P.J.E. Leunissen	Voerendaal



## 1.2 Vaststelling en goedkeuring jaardocument 2014

### 1.2.1 Vaststelling

Het jaardocument GGD ZL 2014 is door het Dagelijks Bestuur vastgesteld in de vergadering 23 maart 2015

---

*Voorzitter,  
Dhr. A.R.B. van den Tillaar*

---

*Ambtelijk secretaris,  
Dhr. F.C.W. Klaassen*

---

### 1.2.2 Goedkeuring

Het jaardocument GGD ZL 2014 is door het Algemeen Bestuur goedgekeurd in de vergadering van 3 juli 2015

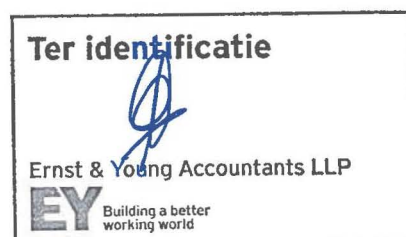
---

*Voorzitter,  
Dhr. A.R.B. van den Tillaar*

---

*Ambtelijk secretaris,  
Dhr. F.C.W. Klaassen*

---



## 2. Financiële paragrafen

### 2.1 Algemeen

De paragrafen handelen vooral over een aantal belangrijke beheersmatige onderwerpen.

De behandelde verplichte paragrafen zijn:

- Weerstandvermogen
- Onderhoud kapitaalgoederen
- Financiering
- Bedrijfsvoering
- Demografische ontwikkelingen
- Verbonden partijen

De paragrafen grondbeleid en lokale heffingen zijn op de GGD niet van toepassing.

### 2.2. Weerstandvermogen

Het weerstandsvermogen geeft aan hoe solide de financiële positie van de organisatie is en wordt bepaald door de weerstandscapaciteit af te zetten tegen de omvang van de risico's.

Risico's die van belang zijn bij de bepaling van het weerstandsvermogen zijn de risico's waarvoor geen maatregelen zijn getroffen en die van materiële betekenis kunnen zijn voor de financiële positie van de organisatie.

De weerstandscapaciteit bestaat uit de middelen en mogelijkheden waarover de organisatie beschikt om deze niet begrote kosten op te kunnen vangen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de algemene reserve, de (vrij aanwendbare) bestemmingsreserves, de stille reserves (indien aanwezig en kwantificeerbaar) en de ruimte in de begroting.

In de gemeenschappelijke regeling ligt vast dat de financiële eindverantwoordelijkheid voor de financiële positie van de GGD door de deelnemende gemeenten wordt gedragen. Onverlet deze eindverantwoordelijkheid heeft de GGD als zelfstandig orgaan een eigen verantwoordelijkheid om voldoende weerstandvermogen te vormen.

In onderstaande tabel wordt zichtbaar gemaakt hoe de weerstandscapaciteit van de GGD ZL is opgebouwd.

#### Algemene Reserve/RAK

Bedrijfsonderdeel	1 januari 2014	Onttrekking/ toevoeging	Voorstel Resultaat- bestemming 2014	31 december 2014
GGD	69.610	-	-42.320	27.290
Huiselijk geweld	11.559	-	-	11.559
<b>Subtotaal GGD</b>	<b>81.169</b>	-	<b>-42.320</b>	<b>38.849</b>
RAV (RAK)	5.283.523	-1.385.137	-660.629	3.237.757
GHOR	107.185	-	-1.064	106.121
<b>Subtotaal Acute Zorg</b>	<b>5.390.708</b>	<b>-1.385.137</b>	<b>-661.693</b>	<b>3.343.878</b>
<b>Totaal</b>	<b>5.471.877</b>	<b>-1.385.137</b>	<b>-704.013</b>	<b>3.382.727</b>

In het AB van 04.12.2006 (GGD Bestuur) is besloten dat de algemene reserve maximaal 6% van de begrote inwonerbijdrage mag bedragen. Ondanks het feit dat vanuit bedrijfseconomisch oogpunt dit een hoger percentage moet zijn, is het AB van mening dat door de garantstelling door de deelnemende gemeenten een algemene reserve van



6% voldoende is. Uitzondering hierop is de GHOR die een plafond van 12% kent. Alle bedrijfsonderdelen blijven onder het gestelde plafond. De algemene reserve van de GGD bedraagt momenteel een ½ % hetgeen een extra risico betekent voor de deelnemende gemeenten.

### **Risico's**

Een risico is de kans dat een gebeurtenis optreedt, met een (negatief) gevolg voor de betrokkene.

De omvang van een risico kan worden geschat door de kans dat een bepaalde gebeurtenis zich voordoet te vermenigvuldigen met het gevolg (€) van deze gebeurtenis.

Als basis voor de risico inventarisatie is tevens gebruik gemaakt van de terugblik 2006-2014 (in financieel perspectief), die in het Algemeen Bestuur van 11 februari 2015 is besproken. Hierbij heeft het Algemeen Bestuur het geschetste beeld bevestigd.

Op basis van de risico-inventarisatie in 2013 is, samen met de Financiële Commissie, een prioritering aangebracht. Zo krijgen het weerstandsvermogen, de financiering van de ambulancezorg, de incidentele gelden (€400.000) en de transitie van de meldkamer op dit moment de hoogste prioriteit. Daarbij is tevens helder dat een aantal risico's nauw met elkaar samenhangen.

Naast bezuinigingen van de gemeenten wordt de GGD ook geconfronteerd met aanzienlijke bezuinigingen vanuit het rijk (o.a. de taakstelling van 2 miljoen euro binnen acute zorg) welke een zware wissel trekken. De gemeenten als eigenaar van de GGD kunnen hier nauwelijks invloed op uitoefenen terwijl een en ander direct zijn weerslag heeft op de GGD als concern. Doordat de GGD een organisatie is waarvan de vaste lasten het grootste gedeelte uitmaken van de kosten (bijvoorbeeld personeel 75% en huisvesting) is bijsturen op korte termijn lastig. Afbouwen van vaste lasten vergt nu eenmaal tijd. Door de omvang van de GGD kon dit in de afgelopen jaren nog plaatsvinden zonder dat dit gevolgen had voor de uitvoering. De maatregelen op het terrein van efficiency zijn maximaal benut. Optimalisatie binnen het concern "brede GGD" heeft op alle terreinen plaatsgevonden.

Door alle geschetste ontwikkelingen is de financiële positie van de GGD inmiddels kwetsbaar. Extra ruimte in de exploitatie is er niet meer. Reeds geruime tijd is er sprake van een selectieve vacaturestop. Opleidingsbudgetten zijn geminimaliseerd. De reserve van de GGD is miniem. Hierover is al diverse malen gesproken in de bestuurlijk Financiële Commissie en het Dagelijks Bestuur.

Door het ontbreken van voldoende weerstandsvermogen en de opbouw van de kosten van de GGD kan het per direct korten van bijdragen/inkomsten (zowel door Rijk als gemeenten) nu niet meer zonder directe (grote) negatieve gevolgen voor de uitvoering worden opgevangen.

De decentralisatie van de taken in het sociaal domein en de daarbij behorende bezuinigingen kunnen grote risico's met zich mee brengen. Vanwege de voortdurende onduidelijkheden rondom deze decentralisaties is op dit moment nog niet goed in te schatten welke financiële gevolgen dit voor de GGD ZL zal hebben. Als gevolg van bovenstaande stelselherzieningen en de huidige economische situatie zijn de toekomstige financiële kaders ongewis. Dit zal wellicht leiden tot een nieuwe visie op en rolbepaling van de GGD. De GGD heeft daarom, samen met gemeenten, scenario's opgesteld voor de periode 2016-2019. Het gekozen scenario zal gedeeltelijk antwoord geven op een aantal bestaande onzekerheden.

Bij de inventarisatie van risico's pretenderen we niet volledig te zijn; er zijn vast risico's die we niet onderkennen. Toch trachten wij zo volledig mogelijk te zijn bij deze inventarisatie.

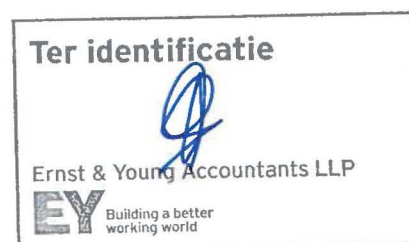


### *Financieel Kwetsbare positie*

De financieel kwetsbare positie van de GGD ZL is tweeledig; enerzijds is in de exploitatie onvoldoende ruimte om tegenvallers c.q. risico's op te vangen. Anderzijds is ook de vermogenspositie onvoldoende om financiële risico's te dekken. Hierdoor is het weerstandsvermogen (de verhouding tussen weerstandscapaciteit en risico's ) te laag ( zie ook onderstaande analyse). Een aantal risico's is;

- Aanbestedingsprocedures (met name openbare en Europese aanbestedingen) hebben een uniek karakter en zijn veelal complex waardoor het risico op fouten groot is. Dit risico kan worden verkleind door bij deze trajecten juridische en inkoop expertise in te winnen. Het is zeer lastig in te schatten wat de financiële consequenties van aanbestedingsfouten zijn, derhalve wordt deze post op PM geraamd.
- Naast artsen kunnen ook andere beroepsbeoefenaren en daarvan afgeleid de gezondheidszorg-organisaties tuchtrechtelijk worden vervolgd c.q. aansprakelijk worden gesteld. Dit in combinatie met de steeds mondigere patiënt en het toenemende claimedgedrag, kan voor de GGD onvoorziene financiële consequenties hebben (€ 500.000).
- De GGD draagt zelf de risico's die optreden wanneer personeel ziek is
- De GGD heeft geen keuze in de huisvesting van de lokale CJG'S. De gemeenten maken hierin lokaal hun bestuurlijke en politieke keuze. Hierdoor ontstaan reeds nu grote verschillen in de huisvestingskosten. De verwachting is dat dit verschil verder zal toenemen.
- Als gevolg van het nieuwe financieringsmodel Ambulancezorg is Zuid-Limburg een nadeel regio. Dit betekent een forse korting op het budget. Dit kan niet gepaard gaan zonder reorganisatie, hetgeen onvermijdelijk tijdelijk tot extra kosten zal leiden (€ 500.000).
- De discussie inzake de schaalvergroting van de meldkamer heeft direct gevolgen voor de MKA. In deze kabinetsperiode is een landelijke bezuiniging van € 10 mln. opgenomen. Voor Zuid-Limburg betekent dit naar alle waarschijnlijkheid een bezuiniging van € 500.000. De structurele effecten van schaalvergroting zijn nog niet duidelijk.
- Landelijk worden voor nieuwe wettelijke taken tarieven vastgesteld. Deze tarieven zijn niet altijd kostendekkend. Tevens worden deze tarieven en producten pas laat bekend waardoor het inrichten van de processen in 1e instantie niet het meest optimaal kan plaatsvinden (€ 150.000).
- Door de bezuinigingen wordt gezocht naar derde geldstromen. Vaak gebeurt dit in de vorm van projecten. Dit geeft geen structurele basis (€ 500.000).
- In de begroting zijn de bijdragen voor met name Forensische geneeskunde, sociaal medische advisering en de veiligheidshuizen gebaseerd op jaarlijkse bijdragen. Hierbij is met name onduidelijkheid in het beleid ten aanzien van de veiligheidshuizen. De andere posten kennen een semi -structureel karakter (€ 275.000).
- In toenemende mate groeit het besef binnen de crisisbeheersing dat een epidemiologische uitbraak van een infectieziekte een groot risico vormt. Bij een dergelijke uitbraak zal de inzet van de GGD enorm zijn. De financiering van deze crisis is niet geregeld maar kan ook niet of nauwelijks worden ingeschat.

Voor de specifieke risico's van de GHOR - die integraal deel uitmaken van de GGD organisatie - verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.



## Weerstandscapaciteit

De weerstandscapaciteit betreft de middelen en mogelijkheden die de organisatie beschikt of kan beschikken om niet begrote kosten te dekken. De weerstandscapaciteit is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Reserves
- Ruimte op de begroting
- Onbenutte belastingscapaciteit
- Langlopende voorzieningen.

Op 31 december 2014 is de weerstandscapaciteit van de GGD per bedrijfs onderdeel als volgt:

### Weerstandscapaciteit GGD Zuid Limburg

Peildatum 31-12-2014 na verwerking resultaat 2014

	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>	<b>Totaal</b>
Reserves	229.193	3.237.757	795.402	4.262.352
Ruimte op de begroting	-	-	-	-
Onbenutte belastingscapaciteit	-	-	-	-
Langlopende voorzieningen	-	193.169	57.387	250.556
<b>Totaal</b>	<b>229.193</b>	<b>3.430.926</b>	<b>852.789</b>	<b>4.512.908</b>

### Weerstandscapaciteit GGD Zuid Limburg

Peildatum 31-12-2014 voor verwerking resultaat 2014

	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>	<b>Totaal</b>
Reserves	230.257	3.898.386	837.722	4.966.365
Ruimte op de begroting	-	-	-	-
Onbenutte belastingscapaciteit	-	-	-	-
Langlopende voorzieningen	-	193.169	57.387	250.556
<b>Totaal</b>	<b>230.257</b>	<b>4.091.555</b>	<b>895.109</b>	<b>5.216.921</b>

## Weerstandsvermogen

Voor de bepaling van het weerstandsvermogen kan onderstaande formule worden gebruikt:

$$\text{Weerstandsvermogen} = \frac{\text{Weerstandscapaciteit}}{\text{Risico's}}$$

Weerstandsvermogen	2014			2013		
	GHOR	RAV	GGD	GHOR	RAV	GGD
Peil datum 31-12 na resultaatbestemming	0,76	1,76	0,64	0,69	1,94	0,76
Peil datum 31-12 voor resultaatbestemming	0,77	2,10	0,68	0,71	2,18	0,82

Bij de bepaling van de waarde van de risico's is rekening gehouden met de waarschijnlijkheid dat een risico zal optreden (zie bijlage 5 voor de berekening weerstandsvermogen).



In onderstaande tabel is de waardering van het weerstandsvermogen aangegeven.

Weerstandsvermogen	Betekenis
> 2,0	Uitstekend
1,4 – 2,0	Ruim voldoende
1,0 – 1,4	Voldoende
0,8 – 1,0	Matig
0,6 – 0,8	Onvoldoende
< 0,6	Ruim onvoldoende

### Conclusie

Het verschil tussen de bedrijfsonderdelen is aanzienlijk. Als gevolg van het feit dat gemeenten ervoor hebben gekozen om het eigen vermogen van de GGD te maximaliseren tot 6% en het feit dat de algemene reserve de afgelopen jaren is aangesproken is het weerstandsvermogen van de bedrijfsonderdelen GGD en GHOR onvoldoende. Dit in tegenstelling van de RAV waar het weerstandsvermogen ruim voldoende tot uitstekend is te waarderen. Aangezien er tussen beide onderdelen geen ontschotting kan plaatsvinden is het niet reëel om het weerstandsvermogen als geheel te waarderen. Hierbij dient nog te worden opgemerkt dat een aantal van de gekwantificeerde risico's een structureel karakter heeft, terwijl het weerstandsvermogen dat daar tegen over staat incidenteel van aard is. Tevens is de weerstandscapaciteit van de GGD positiever als gevolg van het restant van de reserve transitiekosten. Deze reserve zal in 2015 volledig zijn aangewend. Met bestuur en provincie is afgesproken dat het weerstandsvermogen wordt meegenomen bij de uitwerking van de scenario's 2016-2019.

### 2.3. Onderhoud kapitaalgoederen

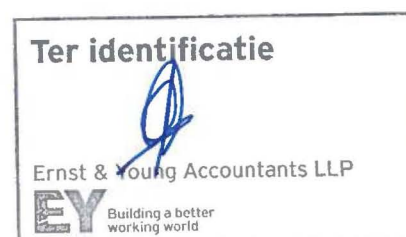
In deze paragraaf dient inzicht te worden gegeven in de realisatie van het beleid ten aanzien van onderhoud van kapitaalgoederen en de daaruit voortvloeiende financiële consequenties ten opzichte van de begroting. Het gaat hierbij tevens om het gewenste onderhoudsniveau, de (lange termijn) onderhoudsplanning voor alle belangrijke activa en het voorzieningenbeleid ter zake.

De kapitaalgoederen kunnen op basis van de volgende criteria worden aangeschaft:

- Vervanging bestaande kapitaalgoederen
- Wettelijke eisen
- Uitbreiding op basis van kwaliteitsverbetering

Voor de ambulancepost te Sittard-Geleen, welke eigendom blijft van de GGD, is een onderhoudsplan opgesteld. Voor de uitvoering van het groot onderhoud is op basis van dit onderhoudsplan een onderhoudsvoorziening, in overleg met de zorgverzekeraars, gevormd. De onderhoudsplanning van de overige activa gebeurt in overeenstemming met de door de desbetreffende leveranciers afgesproken planning.

Het Algemeen Bestuur heeft op 11 februari 2015 ingestemd met de vernieuwbouw op de locatie Heerlen. De financiële gevolgen inzake de herwaardering van de panden is in de jaarrekening 2014 verwerkt.



## 2.4. Financiering

De financieringsparagraaf heeft als doel inzicht geven in het treasurybeleid en de beheersing van de financiële risico's.

Het treasurybeleid van de GGD ZL is gericht op het zo optimaal mogelijk financieren van de publieke taak, waarbij beperking van de financiële risico's centraal staat. Deze financieringsparagraaf en het treasurystatuut zijn belangrijke instrumenten voor transparantie in de financieringsfunctie.

De financiering van de GGD zal in 2015 opnieuw worden bekeken. Als gevolg van de afwikkeling van het huisvesting dossier zal een en ander opnieuw in kaart worden gebracht.

### *Kasgeldlimiet*

Het kasgeldlimiet bij de BNG bedroeg in 2014 € 6,5 mln. (rente per maand 0,118%.)

### *Liquiditeitenbeheer*

In 2014 was de GGD ZL voldoende liquide. Tevens konden rente- en aflossingsverplichtingen van langlopende geldleningen zonder herfinanciering plaatsvinden. Wekelijks is een liquiditeitsplanning gemaakt om zo optimaal mogelijk gebruik te kunnen maken van liquide middelen.

### *Vaste geldleningen*

Ultimo 2014 had de GGD ZL zes langlopende geldleningen met een totale waarde van € 7,740 miljoen. Voor een uitgebreide toelichting op deze leningen, wordt verwezen naar de toelichting op de balans.

### *Schatkistbankieren*

Aangezien de GGD ZL geen contracten en/of beleggingen heeft die na 4 juni 2012 zijn aangegaan, heeft de GGD ZL geen nadelige consequenties ondervonden van het schatkistbankieren.

### *EMU-saldo*

Om deel te kunnen nemen aan de Economische Monetaire Unie (EMU) moeten aangesloten landen onder meer voldoen aan het criterium dat de overheidsschuld (EMU schuld) lager moet zijn dan 60% van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Tevens moet het begrotingstekort (EMU-saldo) lager zijn dan 3% van het BBP.

Het EMU-saldo wordt berekend op kasbasis, terwijl de GGD ZL zelf met het stelsel van baten en lasten werkt en op basis daarvan ook haar saldo bepaalt. Deze saldi kunnen dan ook sterk uiteen lopen. Dat de GGD ZL toch het EMU-saldo moet presenteren heeft te maken met de afspraken in Europa over de maximaal toegestane tekorten in de collectieve sector in de landen van de euro. Ook de EMU-saldi van de decentrale overheden tellen daarbij mee. Het Emu- saldo wordt nu nog centraal doorgegeven aan het CBS en telt nog niet mee bij de afzonderlijke gemeenten. Het berekende EMU-saldo op basis van de jaarrekening bedraagt voor 2014 -/- € 133.000.



## 2.5. Bedrijfsvoering

In deze paragraaf worden de beleidsvoornemens betreffende de volgende onderwerpen behandeld:

- Investeringsbeleid
- Organisatiestructuur
- Administratieve organisatie
- Informatisering en automatisering
- Kansen en bedreigingen
- Personeelsbeleid

### 2.5.1. Investeringsbeleid

In 2014 hebben er met name vervangingsinvesteringen plaatsgevonden. Voor een specificatie verwijzen naar de staat van kapitaaluitgaven (Staat C, bijlage 1) bij dit jaardocument. De belangrijkste nieuwe investeringen in 2014 betreffen:

- Bij de GGD heeft een investering plaatsgevonden in het kader van de automatisering. Het betreft hier vervangingsinvesteringen en investeringen i.v.m. sublocaties zoals herinrichting CJG's.
- De Acute Zorg onderdeel RAV heeft 1 ambulance aangeschaft. Daarnaast is geïnvesteerd in communicatieapparatuur.
- De RAV heeft daarnaast nog geïnvesteerd in de verbouwing van de nieuwe ambulancepost in Maastricht.

Voor meer informatie verwijzen we naar het investeringsbeleid dat in januari 2009 door het DB is vastgesteld en naar de financiële verordening (art. 2.12 gemeentewet).

### 2.5.2. Organisatiestructuur

De volgende onderdelen worden benoemd:

- *Bestuur*: Conform de wettelijke bepaling in de wet gemeenschappelijke regelingen bestaat de bestuursstructuur uit een Algemeen Bestuur, een Dagelijks Bestuur en een voorzitter. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de GHOR blijft bij het Veiligheidsbestuur Zuid-Limburg. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze taken is door middel van een uitbestedingsovereenkomst opgedragen aan de GGD Zuid Limburg.
- *Directie*: De directie bestond in 2014 uit twee leden en is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding en het beheer van de organisatie en legt hiervoor verantwoording af aan het Dagelijks Bestuur.
- *Afdelingen*: Onder de directie vallen vijf uitvoerende afdelingen en vier ondersteunende units.

### 2.5.3. Administratieve organisatie

De interne controle in 2014 heeft zich met name gericht op de ondersteunende processen en de financiële rechtmatigheid. De interne controle is uitgevoerd conform het DB goedgekeurde interne controleplan 2014. Gezien het feit dat de GGD als gevolg van de keuze voor een toekomstscenario het afgelopen jaar grote veranderingen heeft ondergaan, is ervoor gekozen de administratieve organisatie beperkt aan te passen.

### 2.5.4. Informatisering en automatisering

In 2013 is het nieuwe ICT platform in werking getreden en heeft een aanzienlijke kwaliteitsslag plaatsgevonden. Door het outsourcen van een aantal I&A taken is het risico (up-to date zijn en benodigde specialistische kennis) aanzienlijk verminderd.



### **2.5.5. Kansen en bedreigingen**

#### *Kansen:*

- Een toenemende (landelijke) erkenning dat de gezondheid van de Zuid-Limburgers vraagt om een specifieke en innovatieve benadering.
- De decentralisaties van steeds meer landelijke taken, waarmee de beleidsregie in Zuid-Limburg komt te liggen. Hiermee kan meer beleidssamenhang gecreëerd worden.
- De toenemende samenwerking tussen gemeenten op het gebied van publieke gezondheid (regionaal beleid).
- De toenemende verbondenheid tussen preventie en curatie (om zorgkosten te beperken is meer investering in preventie nodig). Noodzaak en behoefte aan beschikbaarheid van gezondheidsdata.
- Noodzaak en behoefte om preventie te vertalen naar maatschappelijke opbrengsten.

#### *Bedreigingen:*

- De blijvende signalen over crisis en bezuinigingen op rijksniveau en gemeenteniveau.
- Nationalisering Politie i.v.m. afname producten.
- Onduidelijkheden rondom de decentralisaties en de invloed hiervan op de organisatie.

### **2.5.6 Personeelsbeleid**

Voor een toelichting op het gevoerde personeelsbeleid verwijzen we naar het jaarverslag.

### **2.6. Verbonden partijen**

In het BBV is verbonden partij gedefinieerd als; "een privaat- dan wel publiekrechtelijke organisatie waarin de gemeente een bestuurlijk en een financieel belang heeft". Een financieel belang is aanwezig wanneer een ter beschikking gesteld bedrag niet verhaalbaar is bij faillissement, dan wel als financiële aansprakelijkheid bestaat indien de verbonden partij haar verplichtingen niet nakomt. Bestuurlijk belang is aanwezig indien er zeggenschap bestaat uit hoofde van stemrecht dan wel vertegenwoordiging in het bestuur van de organisatie.

In 2014 heeft de GGD zowel bestuurlijk als financieel een 50% minus 1 aandeel belang verkregen in Ease. Het resultaat van Ease over 2014 bedroeg € 102.960.

De GGD zelf is een verbonden partij voor de deelnemende gemeenten. Dit zijn de gemeenten: Beek, Brunssum, Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittem, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Maastricht, Meerssen, Nuth, Onderbanken, Schinnen, Simpelveld, Sittard-Geleen, Stein, Valkenburg a/d Geul, Vaals en Voerendaal.



### 3. Jaarrekening 2014

#### 3.1 Balans per 31 december 2014

	31 december 2014	31 december 2013
<b>ACTIVA</b>		
<b><u>Vaste activa</u></b>		
<b>Materiële vaste activa</b>		
Investerings met economisch nut	9.645.714	10.424.367
<b>Financiële vaste activa</b>		
Kapitaalverstrekkingen aan deelnemingen	189.469	189.469
Overige langlopende leningen	200.000	200.000
	389.469	389.469
<b>Totaal vaste activa</b>	10.035.183	10.813.836
<b><u>Vlottende activa</u></b>		
<b>Voorraden</b>	8.595	9.588
<b>Uitzettingen met een rente typische looptijd</b>		
Korter dan één jaar:		
Vorderingen op openbare lichamen	5.407.832	4.532.950
Rekeningen couranten	1.158.775	190.364
Overige vorderingen	1.012.871	4.289.658
	7.579.478	9.012.972
<b>Liquide middelen</b>	1.513.160	1.616.993
<b>Overlopende activa</b>	3.164.875	3.246.086
<b>Totaal vlottende activa</b>	12.266.108	13.885.639
<b>TOTAAL ACTIVA</b>	<b>22.301.291</b>	<b>24.699.475</b>


	31 december 2014	31 december 2013
<b>PASSIVA</b>		
<b><u>Vaste passiva</u></b>		
<b>Eigen vermogen</b>		
Algemene reserve	188.354	279.743
Reserve aanvaardbare kosten	3.898.386	5.988.505
Overige reserves	879.625	1.040.851
Nog te bestemmen Resultaat	-704.013	-5.500.349
	4.262.352	1.808.750
<b>Voorzieningen</b>		
Voorzieningen voor verplichtingen, verliezen en risico's	250.556	443.329
<b>Vaste schulden met een rente typische looptijd van langer dan één jaar:</b>		
Onderhandse leningen van binnenlandse banken en overige financiële instellingen	7.740.243	9.652.100
<b><u>Vlottende passiva</u></b>		
<b>Netto vlottende schulden met een rente typische looptijd korter dan één jaar:</b>		
Banksaldi	6.369.148	6.173.020
Rekening couranten	-	-
Overige schulden	3.520.766	5.961.045
	9.889.914	12.134.065
<b>Overlopende passiva</b>		
Vooruit ontvangen bedragen	158.226	661.231
<b>Totaal vlottende passiva</b>	10.048.140	12.795.296
<b>TOTAAL PASSIVA</b>	<b>22.301.291</b>	<b>24.699.475</b>



### 3.2. Rekening baten en lasten 2014

<b>GGD Zuid Limburg</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
<b>Opbrengsten</b>		
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	12.459.603	12.834.033
Inkomsten uit bijdragen centrum gemeenten	-	110.000
Bijdrage Rijk/Provincies	3.642.315	3.474.323
Inkomsten NZA	16.714.735	16.978.225
Overige bijdragen	6.536.791	4.119.895
<b>Totale opbrengsten</b>	<b>39.353.444</b>	<b>37.516.476</b>
<b>Exploitatiekosten</b>		
Personeelskosten	30.260.095	29.074.831
Huisvestingskosten	3.006.672	2.027.294
Beheers- en administratiekosten	4.178.113	3.812.050
Automatiseringskosten	2.350.015	1.981.000
Kosten medische middelen	1.198.524	1.416.762
Kosten uitvoering van derden	252.571	195.000
Kosten Veiligheidsregio	179.000	179.000
Kosten verbindingen	89.918	314.268
Kosten communicatiemiddelen	88.912	45.000
<b>Totale exploitatiekosten</b>	<b>41.603.820</b>	<b>39.045.205</b>
<b>Resultaat voor bestemming</b>	<b>-2.250.376</b>	<b>-1.528.729</b>
<b>Mutaties in reserves gedurende het jaar</b>	<b>1.546.363</b>	<b>1.528.729</b>
<b>Nog te bestemmen resultaat</b>	<b>-704.013</b>	<b>-</b>

Ter identificatie

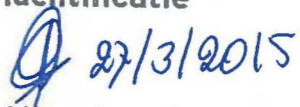

 27/3/2015

Ernst & Young Accountants LLP

 Building a better  
working world

### 3.3. Rekening van baten en lasten 2014 per bedrijfsonderdeel

GGD Zuid Limburg	Rekening 2014 in €	Begroting 2014 in €	Rekening 2014 in €	Rekening 2014 in €	Rekening 2014 in €	Begroting 2014 in €	Rekening 2014 in €	Begroting 2014 in €
Individueel	Programmalijn GGD	Programmalijn GGD	Programmalijn GHOR	Programmalijn RAV	Programmalijn Acute Zorg (totaal GHOR en RAV)	Programmalijn Acute Zorg	Totaal (GGD en Acute Zorg)	Totaal (GGD en Acute Zorg)
<b>Opbrengsten</b>								
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	11.565.685	11.926.399	893.918	-	893.918	907.634	12.459.603	12.834.033
Inkomsten uit bijdragen centrum gemeenten	-	110.000	-	-	-	-	-	110.000
Bijdrage Rijk/Provincies	2.080.539	1.926.000	1.561.776	-	1.561.776	1.548.323	3.642.315	3.474.323
Inkomsten NZA	-	-	-	16.714.735	16.714.735	16.978.225	16.714.735	16.978.225
Overige bijdragen	3.987.086	2.817.895	239.114	2.310.591	2.549.705	1.302.000	6.536.791	4.119.895
<b>Totale opbrengsten</b>	<b>17.633.310</b>	<b>16.780.294</b>	<b>2.694.808</b>	<b>19.025.326</b>	<b>21.720.134</b>	<b>20.736.182</b>	<b>39.353.444</b>	<b>37.516.476</b>
<b>Exploitatiekosten</b>								
Personeelskosten	12.710.617	12.329.194	1.706.988	15.842.490	17.549.478	16.745.637	30.260.095	29.074.831
Huisvestingskosten	1.161.229	1.100.000	321.674	1.523.769	1.845.443	927.294	3.006.672	2.027.294
Beheers- en administratiekosten	1.672.578	1.336.000	258.956	2.246.579	2.505.535	2.476.050	4.178.113	3.812.050
Automatiseringskosten	1.463.782	1.113.000	200.238	685.995	886.233	868.000	2.350.015	1.981.000
Kosten medische middelen	569.608	806.000	7.621	621.295	628.916	610.762	1.198.524	1.416.762
Kosten uitvoering van derden	130.940	85.000	37.820	83.811	121.631	110.000	252.571	195.000
Kosten Veiligheidsregio	-	-	179.000	-	179.000	179.000	179.000	179.000
Kosten verbindingen	17.051	-	6.519	66.348	72.867	314.268	89.918	314.268
Kosten communicatiemiddelen	84.052	35.000	4.056	804	4.860	10.000	88.912	45.000
<b>Totale exploitatiekosten</b>	<b>17.809.857</b>	<b>16.804.194</b>	<b>2.722.872</b>	<b>21.071.091</b>	<b>23.793.963</b>	<b>22.241.011</b>	<b>41.603.820</b>	<b>39.045.205</b>
<b>Resultaat voor bestemming</b>	<b>-176.547</b>	<b>-23.900</b>	<b>-28.064</b>	<b>-2.045.765</b>	<b>-2.073.829</b>	<b>-1.504.829</b>	<b>-2.250.376</b>	<b>-1.528.729</b>
<b>Mutaties in reserves gedurende het jaar</b>	<b>134.227</b>	<b>23.900</b>	<b>27.000</b>	<b>1.385.136</b>	<b>1.412.136</b>	<b>1.504.829</b>	<b>1.546.363</b>	<b>1.528.729</b>
<b>Nog te bestemmen resultaat</b>	<b>-42.320</b>	<b>-</b>	<b>-1.064</b>	<b>-660.629</b>	<b>-661.693</b>	<b>-</b>	<b>-704.013</b>	<b>-</b>

Ter identificatie  
  
Ernst & Young Accountants LLP  
 Building a better working world

#### **4. Algemene toelichting en waarderingsgrondslagen**

De jaarrekening is opgemaakt met inachtneming van de voorschriften die het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten (BBV) daarvoor geeft.

##### Algemeen

De waardering van activa en passiva en de bepaling van het resultaat vinden plaats op basis van historische kosten. Tenzij bij het desbetreffende balanshoofd anders wordt vermeld, worden de activa en passiva opgenomen tegen nominale waarde.

De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop ze betrekking hebben.

Winsten worden slechts opgenomen voor zover zij op balansdatum zijn gerealiseerd.

Verliezen en risico's die hun oorsprong vinden vóór het einde van het verslagjaar, worden in acht genomen indien zij vóór het opmaken van de jaarrekening bekend zijn geworden.

##### Materiële vaste activa

De investeringen met economisch nut worden gewaardeerd tegen aanschaffings-, vervaardigings- verminderd met de cumulatieve afschrijvingen. De jaarlijkse afschrijvingen worden berekend op basis van een vast percentage van voornoemde kosten, op basis van de geschatte economische levensduur.

Voor zowel het pand Geleen en Heerlen is in 2014 een splitsing gemaakt tussen de grondwaarde en de waarde van het gebouw. Omdat over grond niet wordt afgeschreven heeft er een herberekening plaatsgevonden van de afschrijvingskosten hetgeen geleid heeft tot een inhaalafschrijving.

Met betrekking tot het pand Geleen heeft een afwaardering naar nihil plaatsgevonden, zijnde de vermoedelijke verkoopwaarde. De gemeente Sittard-Geleen heeft de intentie uitgesproken om het pand over te nemen.

Het pand Heerlen is gesplitst in een deel GGD en een deel Ambulancepost. Omdat het pand GGD vanaf november 2014 niet meer in gebruik was heeft vanaf die datum geen afschrijving meer plaatsgevonden. De boekwaarde per 31 december 2014 pand Heerlen deel GGD zal als beginwaarde worden genomen voor de vernieuwbouw. Het pand Heerlen deel Ambulancepost is wel nog in gebruik en hierover zal nog worden afgeschreven.

##### Financiële vaste activa

Kapitaalverstrekkingen worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs. De uitstaande gelden zijn opgenomen tegen nominale waarde.

##### Voorraden

De voorraden worden gewaardeerd tegen de inkoopprijs.

##### Uitzettingen met een rente typische looptijd korter dan één jaar

De vorderingen worden opgenomen tegen nominale waarde, onder aftrek van de noodzakelijk geachte voorzieningen voor het risico van oninbaarheid.

##### Liquide middelen

De liquide middelen worden opgenomen tegen nominale waarde.

##### Overlopende activa

De overlopende activa worden opgenomen tegen nominale waarde.

##### Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de reserves en het nog te bestemmen resultaat volgend uit de jaarrekening.

Algemene reserve

De algemene reserve is een overige reserve waarin de winstbestemming respectievelijk verwerking van het verlies wordt verwerkt.

Vaste schulden met een rente typische looptijd van één jaar of langer

Vaste schulden worden gewaardeerd tegen de nominale waarde, verminderd met gedane aflossingen. De vaste schulden hebben een rentetypische looptijd van één jaar of langer.

Vlottende schulden met een rente typische looptijd korter dan één jaar

De schulden worden gewaardeerd tegen de nominale waarde.

Resultaatbepaling.

De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop ze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Verliezen worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn, baten worden verantwoord als deze gerealiseerd zijn. Baten en lasten uit voorgaande jaren die in dit boekjaar zijn geconstateerd, zijn aan het onderhavige boekjaar toegerekend.



## 5. Financiële toelichting

### 5.2. Toelichting balans

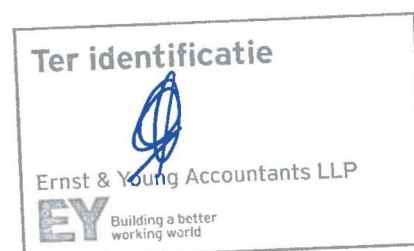
De financiële toelichting vindt plaats middels vergelijking tussen de realisatie en de begroting per kostensoort. In de toelichting per kostensoort is per bedrijfsonderdeel, indien sprake is van een afwijking, een toelichting opgenomen.

Voor de GHOR is een separaat jaardocument opgesteld en de specificaties van de GHOR zijn in dat document opgenomen. In dit document is voor de GHOR alleen een toelichting op hoofdlijnen opgenomen.

#### 5.2.1. Resultaat

Het resultaat van de GGD wordt veroorzaakt door de volgende incidentele aspecten;

Omschrijving	Voordelig	Nadelig
<b>GGD:</b>		
• Projectgelden en detacheringsofbrengsten	1.000.000	
• Extra inzet personeel t.b.v. projecten		900.000
• Reorganisatiekosten		230.000
• Voorzieningen onzekere vorderingen		366.000
• Hogere vergoeding product SOA	70.000	
• Hogere vergoeding opleidingskosten	95.000	
• Hogere automatiseringskosten		577.000
• Mutaties reserves	110.000	
<b>Subtotaal GGD</b>	<b>1.275.000</b>	<b>2.073.000</b>
<b>RAV:</b>		
• Kosten waardevermindering onroerend goed		758.000
• Huurkosten ambulancepost Maastricht		160.000
• Reorganisatiekosten		75.000
• Lagere personeelskosten	500.000	
• Hogere FLO vergoeding	400.000	
• Lagere automatiseringskosten	200.000	
<b>Subtotaal RAV</b>	<b>1.100.00</b>	<b>993.000</b>
<b>GHOR:</b>		
• Hogere contributies		35.000
• Mutaties reserves	27.000	
<b>Subtotaal GHOR</b>	<b>27.000</b>	<b>35.000</b>
	<b>2.402.000</b>	<b>3.101.000</b>



## 5.2.2. Activa

### Vaste activa

#### Materiële vaste activa

<b>Investerings met economisch nut</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Boekwaarde per 1-1</b>	<b>10.292.842</b>	<b>15.036.831</b>
Investerings	1.126.211	1.379.752
Afwaardering wegens duurzame waardeverminderingen	746.733	4.387.451
Desinvesteringen/ Verminderings	-	271.050
Afschrijvings desinvesteringen/verminderingen	-	243.909
Afschrijvings boekjaar	1.667.840	1.709.149
<b>Boekwaarde per 31-12</b>	<b>9.004.480</b>	<b>10.292.842</b>
<b>Ingebruikname 2015/ 2014</b>	<b>641.234</b>	<b>131.525</b>
<b>Totaal</b>	<b>9.645.714</b>	<b>10.424.367</b>

Voor een specificatie verwijzen we naar de bijlage 1: "Activastaat (Staat C)".

De investeringen bedragen € 1.126.211. De belangrijkste nieuwe investeringen in 2014 betreffen:

- Bij het bedrijfsonderdeel Acute Zorg heeft een verbouwing plaatsgevonden in het huurpand van de nieuwe Ambulancepost Maastricht voor een bedrag groot € 634.983
- Bij het bedrijfsonderdeel Acute Zorg zijn verder vervoermiddelen aangeschaft voor een bedrag groot € 164.957
- Bij het bedrijfsonderdeel GGD hebben investeringen plaatsgevonden in de automatisering voor een bedrag groot € 179.967

De post ingebruikname (€ 641.234) betreft de investeringen die weliswaar geactiveerd zijn maar nog niet in gebruik zijn. Het betreft hier investeringen inzake de vernieuwbouw pand Heerlen voor een bedrag van € 278.645 en investeringen inzake vervoermiddelen ambulance voor een bedrag van € 362.589.

De totale duurzame waardevermindering van de panden Geleen en Heerlen over 2014 en 2013 bedraagt € 5.134.184. Een deel (€ 758.767) van deze duurzame waardevermindering van het pand Geleen is toegerekend aan de RAV vanwege de voormalige ambulancepost op locatie Geleen. Dit bedrag is als last verwerkt in de staat van baten en lasten 2014 binnen de RAV. Het pand Geleen is afgewaardeerd naar nihil zijnde de vermoedelijke verkoopwaarde van dit pand aan de gemeente Sittard-Geleen. De gemeente Sittard-Geleen heeft de intentie uitgesproken het pand Geleen over te nemen.

Verder heeft er in 2014 een splitsing plaatsgevonden van de materiële vaste activa aangaande de panden Geleen en Heerlen in enerzijds gebouwen en grond en anderzijds in het gedeelte GGD en Ambulancedienst. De grondwaarde van pand Heerlen deel GGD bedraagt € 1.338.750 en van het deel Ambulancedienst € 675.000 (totale grondwaarde € 2.013.750).

Ter identificatie

Ernst & Young Accountants LLP

**EY** Building a better working world

Pagina 20

## Financiële vaste activa

<b>Kapitaalverstrekking aan deelnemingen</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	189.469	-
Toevoegingen	-	189.469
Onttrekkingen	-	-
Overige mutaties	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>189.469</b>	<b>189.469</b>

In december 2013 heeft de effectuering van de overdracht van de aandelen in EASE BV plaatsgevonden. Bij het aangaan van de samenwerking in 2009 zijn hierover afspraken gemaakt. De kapitaalverstrekking is bepaald op de verkrijgingsprijs zoals destijds is afgesproken.

<b>Overige langlopende leningen</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	200.000	-
Toevoegingen	-	200.000
Onttrekkingen	-	-
Overige mutaties	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>200.000</b>	<b>200.000</b>

De overige langlopende lening heeft betrekking op een overgenomen lening van de voormalige GGD ZZL. Deze lening is verstrekt aan de koper van het pand te Maastricht. Het betreft een lening met een looptijd van maximaal 4 jaar. De GGD ZL ontvangt een jaarlijkse rentevergoeding van 3,5% hiervoor.

## Vlottende activa

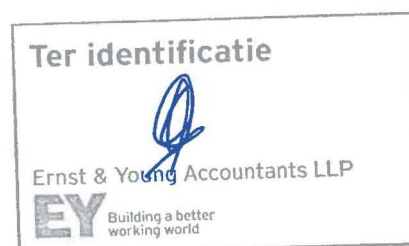
<b>Voorraden</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
Voorraad vaccins	8.595	9.588
<b>Totaal</b>	<b>8.595</b>	<b>9.588</b>

De voorraad vaccins heeft betrekking op de voorraden t.b.v. de GGD afdeling SIM.

## **Uitzettingen met een rente typische looptijd korter dan één jaar:**

<b>Vorderingen op openbare lichamen</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
Vordering op deelnemende gemeenten	4.691.944	3.384.962
Overige vordering op openbare lichamen	715.888	1.147.988
<b>Totaal</b>	<b>5.407.832</b>	<b>4.532.950</b>

De vordering op deelnemende gemeenten heeft betrekking op de vordering die is ontstaan op de gemeenten inzake de afwaardering van de panden. De overige vordering op openbare lichamen betreft grotendeels de debiteurenstand per 31 december 2014 van de GGD.



<b>Rekeningen courant</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
Rekening courantverhouding RAV/NZA	1.158.775	190.364
<b>Totaal</b>	<b>1.158.775</b>	<b>190.364</b>

De rekening courantverhouding tussen de RAV (Ambulancevervoer) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) betreft een rekening courantverhouding Ambulancevervoer/ NZA van € 1.004.762 (2013: € 36.351) en een rekening courantverhouding Meldkamer/ NZA van € 154.013 (2013: € 154.013).

<b>Overige vorderingen</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
Overige vorderingen	1.223.870	4.404.492
Af: voorziening dubieuze debiteuren	-210.999	-114.834
<b>Totaal</b>	<b>1.012.871</b>	<b>4.289.658</b>

De afwikkeling van de overige vorderingen kent een normaal verloop. De overige vorderingen betreffen de debiteurenstand per 31 december 2014. Door actief debiteurenbeleid en versnelling van het facturatieproces zijn de openstaande posten debiteuren 31 december 2014 ten opzichte van 31 december 2013 sterk gedaald. De voorziening dubieuze debiteuren heeft met name betrekking op de openstaande debiteuren RAV.

<b>Liquide middelen</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
Kas	11.146	5.193
Bank	1.502.014	1.611.800
<b>Totaal</b>	<b>1.513.160</b>	<b>1.616.993</b>

Over de liquide middelen kan de GGD Zuid Limburg vrij beschikken.

<b>Overlopende activa</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
Overige vorderingen en overlopende activa	2.500.896	3.018.423
Van de Nederlandse overheden nog te ontvangen voorschotbedragen specifieke uitkeringen	663.979	227.663
<b>Totaal</b>	<b>3.164.875</b>	<b>3.246.086</b>

In de overige vorderingen en overlopende activa is de vordering op het College Sanering opgenomen groot € 1,7 mln.. Deze bijdrage heeft betrekking op de afwikkeling van de voormalige ambulanceposten van SWM en ZZL. De verwachting is dat dit bedrag in het eerste kwartaal 2015 zal worden ontvangen.

In de post van de Nederlandse overheden nog te ontvangen voorschotbedragen specifieke uitkeringen is een nog openstaande vordering opgenomen inzake de reserve transitiekosten.





### 5.2.3. Passiva

#### Vaste passiva

#### Eigen Vermogen

<b>Algemene Reserve</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	279.743	206.418
Toevoegingen	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutaties vanuit resultaatbestemming	-91.389	73.325
<b>Totaal</b>	<b>188.354</b>	<b>279.743</b>

#### Specificatie Algemene reserve:

<b>Algemene Reserve GGD</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	153.814	52.797
Toevoegingen	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutaties vanuit resultaatbestemming	-84.204	101.017
<b>Totaal</b>	<b>69.610</b>	<b>153.814</b>

Op 2 juli 2014 heeft het Algemeen Bestuur besloten het resultaat 2013 van het bedrijfsonderdeel GGD in mindering te brengen op de Algemene Reserve GGD.

<b>Algemene Reserve Huiselijk Geweld</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	11.559	11.559
Toevoegingen	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutaties vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Totaal</b>	<b>11.559</b>	<b>11.559</b>

<b>Algemene Reserve GHOR</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	114.370	114.370
Toevoegingen	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutaties vanuit resultaatbestemming	- 7.185	-
<b>Totaal</b>	<b>107.185</b>	<b>114.370</b>

Op 2 juli 2014 heeft het Algemeen Bestuur besloten het resultaat 2013 van het bedrijfsonderdeel GHOR in mindering te brengen op de Algemene Reserve GHOR.

<b>Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK)</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	5.988.505	6.756.185
Onttrekkingen reeds goedgekeurd door het Bestuur	-1.385.137	-
Mutaties vanuit resultaatbestemming 2013/2012	-704.982	-767.680
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>3.898.386</b>	<b>5.988.505</b>
<b>Resultaat 2014/2013:</b>	<b>-660.629</b>	<b>-704.982</b>

Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) is bedoeld om fluctuaties in de exploitatie van de RAV te egaliseren. De reserve vloeit voort uit de financiering van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Gemeenten kunnen, zonder instemming van de zorgverzekeraars, niet over deze gelden beschikken.



De Reserve Aanvaardbare Kosten is verder als volgt te specificeren:

<b>Reserve Aanvaardbare Kosten specificatie</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
RAK Meldkamer	-96.559	820.354
Regulier RAK Ambulancedienst	3.909.945	5.083.151
Reservering inzake FLO tweede loopbaan (2006-2008)	85.000	85.000
RAK Ambulancedienst	3.994.945	5.168.151
<b>Totaal</b>	<b>3.898.386</b>	<b>5.988.505</b>

Het RAK van de ambulancedienst is in 2008 gesplitst naar een regulier RAK en een reservering opleiding in het kader van 2<sup>e</sup> loopbaanontwikkeling in verband met de FLO.

<b>Overige Reserves</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	1.040.851	1.860.052
Toevoegingen	123.377	-
Onttrekkingen	284.603	804.201
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-15.000
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>879.625</b>	<b>1.040.851</b>

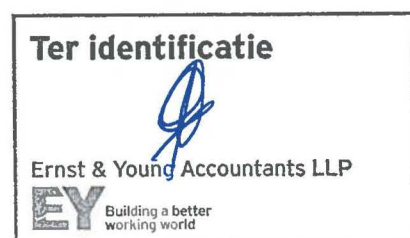
**Specificatie overige reserves:**

<b>Bestemmingsreserve Transitiekosten Gemeenten</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	524.671	1.222.363
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	257.603	697.692
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>267.068</b>	<b>524.671</b>

Bij de vaststelling van de begroting 2012 door het AB op 6 juli 2011 is besloten tot vorming van een bestemmingsreserve transitiekosten (€ 2.000.000). Het bestuur heeft voor 2014 besloten tot een onttrekking van de bestemmingsreserve ter hoogte van € 257.603. Op basis van reeds gemaakte afspraken zal in 2015 de reserve volledig worden aangewend.

<b>Reserve MOA</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	129.623	155.647
Toevoeging	16.192	-
Onttrekkingen	-	26.024
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>145.815</b>	<b>129.623</b>

Van de MOA zijn gelden ontvangen die bestemd zijn voor het opvangen van de frictiekosten en toekomstige projecten. Als gevolg van onder andere de sluiting van het asielzoekerscentrum in Sweikhuizen is de vergoeding die de GGD ZL van GGD Nederland ontvangt ter dekking van de kosten onvoldoende. In 2013 ontstaat hierdoor een tekort van € 26.024 dat ten laste van deze reserve is gebracht. In 2014 ontstaat een overschot welke is toegevoegd aan de reserve.



<b>Reserve risico GMP</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	130.000	130.000
Toevoeging	57.540	-
Onttrekkingen	-	-
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>187.540</b>	<b>130.000</b>

De reserve risico GMP wordt gevormd uit de risico-opslag van detacheringsvergoedingen van GMP, om risico's inzake met name wachtgeldverplichtingen in de toekomst te kunnen opvangen.

<b>Reserve risico JGZ</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	-	-
Toevoeging	49.645	-
Onttrekkingen	-	-
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>49.645</b>	-

De Reserve risico JGZ wordt gevormd uit de risico-opslag van detacheringsvergoedingen van JGZ, om risico's inzake met name wachtgeldverplichtingen in de toekomst te kunnen opvangen.

<b>Risicoreserve FOR GMP</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	106.485	106.485
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>106.485</b>	<b>106.485</b>

Deze bestemmingsreserve is gevormd om schommelingen met betrekking tot het resultaat van forensische geneeskunde te kunnen opvangen. In 2013 en 2014 hebben geen mutaties plaatsgevonden. De afgelopen jaren komen nog nauwelijks schommelingen voor. In verband met de landelijke ontwikkelingen bij politie, en de onzekerheid die daarmee samengaat, is besloten deze reserve voorlopig in stand te houden.

<b>Bestemmingsreserve huisvesting GHOR</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	21.000	21.000
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>21.000</b>	<b>21.000</b>

Deze bestemmingsreserve heeft betrekking op de heroverweging huisvesting GHOR.

<b>Bestemmingsreserve netcentrisch werken GHOR</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	129.072	187.557
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	27.000	58.485
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>102.072</b>	<b>129.072</b>

In 2011 is door het Algemeen Bestuur besloten een bestemmingsreserve voor netcentrisch werken te vormen van de gelden die hiervoor vanuit de rijksbijdrage beschikbaar zijn gesteld maar waarvan de uitvoering nog niet heeft plaatsgevonden. Middels het bestuursbesluit van december 2013 is besloten om de landelijke bijdrage LCMS en KMS ten laste van de reserve te brengen. Dit geldt eveneens voor 2014.

## Vorzieningen

<b>Vorzieningen voor verplichtingen, verliezen en risico's</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	443.329	312.712
Toevoeging	16.940	208.351
Aanwending	209.713	77.734
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>250.556</b>	<b>443.329</b>

### Specificatie voorzieningen:

<b>Vorzieningen wachtgeld OZL</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	18.932	32.075
Toevoeging	757	1.283
Aanwending	12.217	14.426
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>7.472</b>	<b>18.932</b>

Dit betreft een voorziening in het kader van de ontvlechting van de bedrijfsgezondheidszorg van de voormalige GGD Oostelijk Zuid Limburg. De voorziening is bepaald op basis van een contante waarde berekening gebaseerd op een rekenrente van 4%, uitgaande van het huidige premieniveau met indexatie van 2% en rekening houdend met een sterftetekans gebaseerd op Sterftetabel Collectief 2003. De voorziening zal in 2016 volledig zijn aangewend.

<b>Vorzieningen wachtgeld desintegratie BHV</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	79.784	111.398
Toevoeging	-	-
Aanwending	29.869	31.614
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>49.915</b>	<b>79.784</b>

Dit betreft een voorziening in het kader van de desintegratie van de BHV van de GGD Zuidelijk Zuid Limburg. De uitvoering van deze regeling is overgedragen aan de GGD Zuid Limburg. De voorziening is bepaald op basis van een contante waarde berekening gebaseerd op een rekenrente van 4%, uitgaande van het huidige premieniveau met indexatie van 2% en rekening houdend met een sterftetekans gebaseerd op Sterftetabel Collectief 2003. De voorziening zal in 2016 volledig zijn aangewend.

<b>Vorzieningen vervroegde uitstreding RIO</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	2.275	4.592
Toevoeging	-	-
Aanwending	2.275	2.317
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>-</b>	<b>2.275</b>

Deze voorziening betreft de vervroegde uitdienststreding van medewerkers van de GGD Zuidelijk Zuid Limburg bij de ontvlechting van het RIO. De uitvoering van deze regeling is overgedragen aan de GGD Zuid Limburg. De voorziening is bepaald op basis van een contante waarde berekening gebaseerd op een rekenrente van 4%, uitgaande van het huidige premieniveau met indexatie van 2% en rekening houdend met een sterftetekans gebaseerd op Sterftetabel Collectief 2003. De voorziening is in 2014 volledig aangewend.

Ter identificatie

<b>Voorzieningen FPU OZL</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	4.576	32.647
Toevoeging	183	1.306
Aanwending	4.759	29.377
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>-</b>	<b>4.576</b>

Deze voorziening betreft de FPU vergoeding van personeel van de voormalige GGD Oostelijk Zuid Limburg. De voorziening is bepaald op basis van een contante waarde berekening gebaseerd op een rekenrente van 4%, uitgaande van het huidige premieniveau met indexatie van 2% en rekening houdend met een sterftkans gebaseerd op Sterftetabel Collectief 2003. De voorziening is in 2014 volledig aangewend.

<b>Voorziening onderhoud gebouw RAV</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	148.000	132.000
Toevoeging	16.000	16.000
Aanwending	-	-
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>164.000</b>	<b>148.000</b>

Voor de ambulancepost van de RAV aan de Demystraat te Geleen is een meerjaren-onderhoudsplan opgesteld door Bremen Bouwadviseurs BV. Het pand dateert oorspronkelijk uit 2008.

<b>Voorziening FLO RAV</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	189.762	-
Toevoeging	-	189.762
Aanwending	160.593	-
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>29.169</b>	<b>189.762</b>

Deze voorziening FLO RAV is gevormd uit door het College Sanering gefinancierde toekomstige verplichtingen uit hoofde van de "oude" FLO regelingen. De voorziening zal in 2015 volledig zijn aangewend.



## Vaste schulden met een rente typische looptijd van langer dan één jaar:

Onderhandse leningen van binnenlandse banken en overige financiële instellingen:	31 dec. 2014	31 dec. 2013
1. BNG 4,03%	1.000.000	1.500.000
2. ING 6,90%	619.410	667.057
3. BNG 5,08%	1.912.500	2.062.500
4. BNG 3,915%	800.000	1.200.000
5. BNG 5,00%	1.250.000	1.300.000
6. BNG 1,30%	2.158.333	2.858.333
7. Waterschapsbank	-	64.210
<b>Totaal</b>	<b>7.740.243</b>	<b>9.652.100</b>

Lening nr. 1 is afgesloten om de aankoop van het pand in Geleen te kunnen financieren (fusie januari 2006).

Lening nr. 2 is overgenomen van de voormalige GGD Oostelijk Zuid Limburg ten behoeve van de financiering van het pand te Heerlen (fusie januari 2006).

Lening nr. 3 is aangegaan om het restant van de aankoop van het pand te Heerlen te financieren (fusie januari 2006).

Lening nr. 4 is aangegaan om de overdracht van de RAV-activa te kunnen financieren en als werkvoorschot omdat de zorgverzekeraars pas achteraf betalen.

Lening nr. 5 is afgesloten ter financiering van het nieuwbouwpand bij Orbis.

Lening nr. 6 is afgesloten om de aanschaf van diverse activa RAV te kunnen financieren alsmede als werkvoorschot.

Lening nr. 7 is in 2013 overgedragen i.v.m. de liquidatie van de voormalige GGD ZZL.

De totale rentelast van de leningen bedraagt € 322.346 in het verslagjaar. De aflossingsverplichting korter dan één jaar (2015) bedraagt € 1.847.647.

### Mutatieoverzicht

Omschrijving	31 dec. 2014	31 dec. 2013
<b>Saldo per 1-1</b>	9.652.100	7.877.204
Opnamen	-	3.628.420
Aflossingen lopend boekjaar	1.911.857	1.853.524
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>7.740.243</b>	<b>9.652.100</b>

## Netto vlottende schulden met een rente typische looptijd korter dan één jaar:

Banksaldi	31 dec. 2014	31 dec. 2013
Banksaldi	6.369.148	6.173.020
<b>Totaal</b>	<b>6.369.148</b>	<b>6.173.020</b>

Dit betreft de rekening courantverhouding met de BNG. Het betreft hier kasgeldlening.

Overige schulden	31 dec. 2014	31 dec. 2013
Pensioenpremie en sociale lasten	322.910	413.048
Loonheffing	1.176.335	1.362.300
Omzetbelasting	98.785	92.747
Overige schulden en nog te betalen bedragen	1.922.736	4.092.950
<b>Totaal</b>	<b>3.520.766</b>	<b>5.961.045</b>

Het saldo van de overige schulden bestaat uit openstaande posten inzake het normale handelsverkeer. De afwikkeling hiervan kent een normaal verloop.



## Overlopende passiva

<b>Vooruit ontvangen bedragen</b>	<b>31 dec. 2014</b>	<b>31 dec. 2013</b>
Van de Nederlandse overheden ontvangen, nog te besteden specifieke uitkering	158.226	80.873
Vooruit ontvangen bedragen	-	236.087
Nog te betalen bedragen	-	344.271
<b>Totaal</b>	<b>158.226</b>	<b>661.231</b>

### Niet uit de balans blijvende verplichtingen

- De aangegane verplichtingen inzake servicecontracten (RAET, Openline en Konica Minolta) bedragen € 1.388.940
- De aangegane huurverplichtingen op balansdatum inzake CJG's en ambulancepost bedragen € 3.759.200
- De vakantiegeldverplichting op balansdatum bedraagt € 718.325
- De aangegane leaseverplichtingen bedragen € 68.672

Ter identificatie

Ernst & Young Accountants LLP

 Building a better working world

### 5.3. Toelichting rekening van baten en lasten

In de toelichting op de rekening van baten en lasten wordt ingegaan op de, in materiële zin, belangrijkste posten.

#### 5.3.1. Opbrengsten

Opbrengsten	Rekening 2014 in €	Begroting 2014 in €
Bijdragen gemeenten	12.459.603	12.834.033
Bijdragen centrumgemeenten	-	110.000
Bijdragen rijk/provincies	3.642.315	3.474.323
Bijdragen Nederlandse Zorgautoriteit	16.714.735	16.978.225
Bijdragen overige	6.536.791	4.119.895
<b>Totaal</b>	<b>39.353.444</b>	<b>37.516.476</b>

##### *Bijdragen gemeenten*

Dit betreft de bijdrage per inwoner van alle 18 gemeenten alsmede de bijdrage van gemeenten op basis van tarieven. De bijdrage is lager dan begroot als gevolg van achterblijvende opbrengsten in met name de WMO gerelateerde producten.

##### *Inkomsten uit bijdragen centrumgemeenten*

Dit betreffen de inkomsten van de gemeenten Heerlen en Maastricht die voor Zuid-Limburg de taak van centrum gemeenten voor het product Huiselijk Geweld vervullen. Deze post is in de realisatie opgenomen onder de bijdragen gemeenten.

##### *Bijdrage Rijk/Provincie*

De afwijking tussen de realisatie 2014 en de begroting 2014 (€ 167.992) wordt met name veroorzaakt door een hogere eindafrekening product SOA dan in de begroting is opgenomen. Daarnaast is de realisatie van de ontvangen opleidingsgelden ten behoeve van artsen JGZ en SIM € 95.000 hoger dan begroot.

##### *Bijdrage NZA*

De bijdragen NZA betreffen de opbrengsten ten behoeve van het Ambulancevervoer (AMB) en de Meldkamer (MKA). De opbrengsten van de Nederlandse Zorg Autoriteit wijken af in verband een efficiencykorting en afbouwregeling in de bijdrage van de NZA. Hierdoor is de gerealiseerde bijdrage lager dan begroot. Met de zorgverzekeraars is afgesproken om voor 2014 geen nacalculatie toe te passen.

##### *Overige bijdrage*

De gerealiseerde overige bijdragen in 2014 overschrijden de begroting 2014 met € 2.416.896 De verklaring per bedrijfsonderdeel is als volgt:

##### GGD

De overige bijdrage van de GGD laten een overschrijding zien als gevolg van een hogere realisatie van de projectopbrengsten (€ 500.000) dan begroot en een hogere realisatie detacheringsoopbrengsten (€ 500.000) dan begroot.

##### Acute Zorg

Bij de Acute zorg zien we een stijging van € 250.000 zijnde de verkoopopbrengsten van twee ambulances in 2014. Deze waren niet begroot. Verder heeft de RAV ten opzichte van de begroting een hogere bijdrage vanuit het Ministerie van VWS inzake FLO-regeling (€ 400.000) ontvangen.

Ter identificatie

Ernst & Young Accountants LLP

**EY** Building a better  
work and world



### 5.3.2. Exploitatiekosten

<b>Personeelskosten</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
Personeelskosten	30.260.095	29.074.831
<b>Totaal</b>	<b>30.260.095</b>	<b>29.074.831</b>

De personeelskosten laten een stijging zien van € 1.185.264 ten opzichte van de begroting. Deze stijging is te verklaren uit reorganisatiekosten personeel voor een bedrag van € 300.000. Deze kosten worden gedekt door de vrijval van de transitiereserve. Daarnaast zijn er hogere personeelskosten (€ 500.000) als gevolg van extra inzet personeel op projecten die in 2014 extra zijn uitgevoerd dan begroot. Ook zien we een stijging van de inhuur personeel derden van € 200.000. Het restant betreft de afwijking tussen de begrote Cao-aanpassing en de daadwerkelijke aanpassing.

Bij de GGD Zuid Limburg wordt het Bestuur (AB en DB) beschouwd als topfunctionaris in de zin van de WNT. De governance van de GGD Zuid Limburg is in 2014 namelijk zo ingericht dat het Bestuur de beslissingen neemt over aangelegenheden die de gehele organisatie betreffen. De directie is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding van de GGD Zuid-Limburg en haar leden zijn in die hoedanigheid eveneens een topfunctionaris in de zin van de WNT. De bezoldiging van de directie van de GGD Zuid Limburg overschrijdt de WNT normbedragen niet. De bestuursleden van de GGD Zuid Limburg zijn niet in dienst bij de GGD Zuid Limburg. Tevens vindt er geen doorbelasting vanuit de aangesloten gemeenten plaats. De directie is wel in dienst van de GGD Zuid Limburg. Hieronder zijn de topfunctionarissen van de GGD Zuid Limburg en hun bezoldiging weergegeven:

Directieleden:

F. Bovens

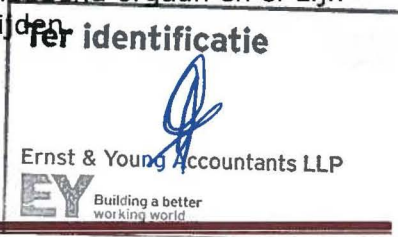
- Bruto salaris; € 135.500
- Belastbare vaste en variabele onkostenvergoedingen; € 5.000
- Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn; € 24.598
- Functie; directeur
- Duur en omvang van het dienstverband in het boekjaar; in full time dienstverband gedurende het gehele boekjaar 2014.
- Indien van toepassing omvang uitkering wegens beëindiging dienstverband; NVT

F. Klaassen

- Bruto salaris; € 151.668
- Belastbare vaste en variabele onkostenvergoedingen; € 9.758
- Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn; € 27.428
- Functie; directeur (voorzitter directie)
- Duur en omvang van het dienstverband in het boekjaar; in full time dienstverband gedurende het gehele boekjaar 2014.
- Indien van toepassing omvang uitkering wegens beëindiging dienstverband; NVT

Bestuur: Voor de bestuursleden verwijzen we naar het overzicht (tabel) op pagina 4. Alle bestuursleden hebben in 2014 deze functie onbezoldigd vervuld.

De GGD Zuid Limburg beschikt verder niet over een toezichthoudend orgaan en er zijn geen functionarissen die de gestelde normbedragen overschrijden.



<b>Huisvestingskosten</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
Huisvestingskosten	3.006.672	2.027.294
<b>Totaal</b>	<b>3.006.672</b>	<b>2.027.294</b>

De huisvestingskosten zijn € 979.378 hoger dan de begroting. De huisvestingskosten acute zorg kennen ieder jaar een overschrijding. Uitgangspunt voor de begroting is de rekenstaat van het NZA. In het zorgverzekeraarsoverleg is reeds meerdere malen geconstateerd dat de gebudgetteerde huisvestingskosten (normbedrag verstrekt door de NZA) substantieel lager zijn dan de werkelijke huisvestingskosten. Verder is ten laste van de exploitatie van de ambulancedienst een last groot € 758.767 gebracht inzake de toerekening duurzame waardevermindering van het pand Geleen vanwege de voormalige ambulancepost op deze locatie. Deze kosten waren niet begroot. De huurkosten zijn in de realisatie ten opzichte van de begroting gestegen met € 160.000 als gevolg van de nieuwe ambulancepost Maastricht en de verhuizing van de GGD op locatie Heerlen in verband met de vernieuwbouwplannen.

<b>Beheers- en administratiekosten</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
Beheers- en administratiekosten	4.178.113	3.812.050
<b>Totaal</b>	<b>4.178.113</b>	<b>3.812.050</b>

De overschrijding bedraagt € 366.063 en wordt volledig veroorzaakt binnen de GGD en betreft hoofdzakelijk voorzieningen die getroffen zijn voor onzekere vorderingen.

<b>Automatiseringskosten</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
Automatiseringskosten	2.350.015	1.981.000
<b>Totaal</b>	<b>2.350.015</b>	<b>1.981.000</b>

De overschrijding van de automatiseringskosten bedraagt € 369.015. Deze overschrijding wordt veroorzaakt door enerzijds een stijging van de Openline kosten (uitbesteding ICT) van € 250.000 en anderzijds door een stijging van de afschrijvingskosten op de investeringen die gedaan zijn (€ 150.000).

<b>Kosten medische middelen</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
Kosten medische middelen	1.198.524	1.416.762
<b>Totaal</b>	<b>1.198.524</b>	<b>1.416.762</b>

De kosten medische middelen liggen € 218.238 lager dan de begroting door lagere kosten diagnostiek. Hier staat ook een lagere vergoeding tegenover.



<b>Kosten uitvoering van derden</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
Kosten uitvoering van derden	252.571	195.000
<b>Totaal</b>	<b>252.571</b>	<b>195.000</b>

De overschrijding bedraagt € 57.571. Dit wordt met name veroorzaakt een hogere bijdrage van de GGD aan het project Emric dan begroot (€ 35.000) en daarnaast extra kosten die samenhangen met het samenwerkingsverband Zeebralm.

<b>Kosten Veiligheidsregio</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
Kosten Veiligheidsregio	179.000	179.000
<b>Totaal</b>	<b>179.000</b>	<b>179.000</b>

De kosten zijn gelijk aan de in de begroting 2014 opgenomen kosten inzake de Veiligheidsregio. Conform de begroting van het programmabureau bedraagt de bijdrage 2014 € 179.000.

<b>Kosten verbindingen</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
Kosten verbindingen	89.918	314.268
<b>Totaal</b>	<b>89.918</b>	<b>314.268</b>

Een deel van de verbindingskosten RAV zijn in de realisatie verwerkt onder de automatiseringskosten terwijl deze begroot waren bij kosten verbindingen.

<b>Kosten communicatiemiddelen</b>	<b>Rekening 2014 in €</b>	<b>Begroting 2014 in €</b>
Kosten communicatiemiddelen	88.912	45.000
<b>Totaal</b>	<b>88.912</b>	<b>45.000</b>

In de begroting zijn hier de kosten voor de volwassen-, jongeren-, en ouderenmonitor (€ 45.000) onder verantwoord terwijl de realisatie is verantwoord onder de beheers- en administratiekosten. De realisatie 2014 groot € 88.912 betreft hoofdzakelijk projectkosten.



## 6. Voorstel tot resultaatbestemming

### 6.1 Voorstel tot resultaatbestemming na aanwending bestemmingsreserve

Het resultaat voor de mutaties in de reserves bedraagt € 2.250.376 negatief. De reeds goedgekeurde onttrekkingen aan de reserves bedragen € 1.546.363 negatief waardoor een nog te bestemmen resultaat van € 704.013 negatief resteert.

De mutaties aan de reserves zijn als volgt:

<b>Door Bestuur reeds goedgekeurde mutaties reserves</b>	
Onttrekking transitie reserve GGD	-257.603
Onttrekking reserve aanvaardbare kosten	-1.385.137
Onttrekking bestemmingsreserve netcentrisch werken GHOR	-27.000
Toevoeging MOA reserve GGD	16.192
Toevoeging reserve risico GMP	57.540
Toevoeging reserve risico JGZ	49.645
<b>Totaal</b>	<b>-1.546.363</b>

Het voorstel is om het negatieve reguliere bedrijfsresultaat € 704.013 als volgt te bestemmen:

<b>Voorstel bestemming reguliere bedrijfsresultaat</b>	
Onttrekking Algemene Reserve GGD	-42.320
Onttrekking Algemene Reserve GHOR	-1.064
Onttrekking Reserve Aanvaardbare Kosten	-660.629
<b>Totaal</b>	<b>-704.013</b>

#### Algemene toelichting.

Algemeen uitgangspunt bij de bestemming van het resultaat is dat indien de algemene reserve op peil is positieve resultaten worden uitgekeerd aan de deelnemende gemeenten. Negatieve resultaten worden, bij voldoende saldo van de algemene reserve, ten laste van de algemene reserve gebracht.

Bij de RAV worden de positieve of negatieve resultaten altijd ten gunste of ten laste van het RAK gebracht. Het RAK heeft eenzelfde functie als de algemene reserve alleen kunnen de gemeenten hierover niet beschikken aangezien zij ook niet bijdragen aan de RAV.



## 7. Begrotingsrechtmatigheid

Voor een toelichting op de afzonderlijke bedrijfsonderdelen en de afzonderlijke kosten posten verwijzen we naar de toelichting op de rekening van baten en lasten.

<b>GGD</b>	<b>Rekening 2014</b>	<b>Begroting 2014</b>	<b>Vershil</b>
Personeelskosten	12.710.617	12.329.194	381.423
Overige kosten	5.099.240	4.475.000	624.240

De afwijking van de begroting is in overeenstemming met de binnen het bestuur gemaakte afspraken. De verschillen worden met name veroorzaakt door kosten die ten laste komen van de reserve transitiekosten en de extra inzet van personeel bij projecten. De opbrengsten vertonen een gelijke afwijking.

<b>Acute zorg</b>	<b>Rekening 2014</b>	<b>Begroting 2014</b>	<b>Vershil</b>
Personeelskosten	17.549.478	16.745.637	803.841
Overige kosten	6.244.485	5.495.374	749.111

De afwijking van de begroting is in overeenstemming met de binnen het bestuur gemaakte afspraken.



## 8. Controleverklaring jaarrekening 2014



## Bijlage 1 Activastaat

<b>Materiële vaste activa staat</b>	<b>Aanschafwaarde</b>	<b>Cumulatieve Afschrijving</b>	<b>Boekwaarde</b>	<b>Investerings</b>	<b>Verminderings</b>	<b>Waardevermindering</b>	<b>Reguliere Afschrijving</b>	<b>Afschrijving Verminderings</b>	<b>Aanschafwaarde</b>	<b>Cumulatieve Afschrijving</b>	<b>Boekwaarde</b>
	<b>1-1-2014</b>	<b>t/m 2013</b>	<b>1-1-2014</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>2014</b>	<b>31-12-2014</b>	<b>t/m 2014</b>	<b>per 31-12-2014</b>
	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>
<b>1. Terreinen</b>											
GGD	1.797.000	-	1.797.000	-	-	458.250	-	-	1.338.750	-	1.338.750
RAV-Ambulancedienst	675.000	-	675.000	-	-	-	-	-	675.000	-	675.000
<b>Totaal</b>	<b>2.472.000</b>	<b>-</b>	<b>2.472.000</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>458.250</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2.013.750</b>	<b>-</b>	<b>2.013.750</b>
<b>2. Bedrijfsgebouwen</b>											
GGD	7.449.157	1.468.984	5.980.173	-	4.884.250	3.752.910	115.490	4.884.250	2.564.907	453.134	2.111.773
RAV-Ambulancedienst	2.110.488	245.030	1.865.458	-	-	-	42.210	-	2.110.488	287.240	1.823.248
<b>Totaal</b>	<b>9.559.645</b>	<b>1.714.014</b>	<b>7.845.631</b>	<b>-</b>	<b>4.884.250</b>	<b>3.752.910</b>	<b>157.700</b>	<b>4.884.250</b>	<b>4.675.395</b>	<b>740.374</b>	<b>3.935.021</b>
<b>3. Renovatie bedrijfs-/huurgebouwen</b>											
GGD	852.427	254.548	597.879	-	852.427	543.482	54.397	852.427	-	-	-
GHOR	32.876	22.811	10.065	-	32.876	-	10.063	32.876	-	-	-
RAV-Ambulancedienst	8.036	1.569	6.467	634.983	-	-	32.010	-	643.019	33.579	609.440
<b>Totaal</b>	<b>893.339</b>	<b>278.928</b>	<b>614.411</b>	<b>634.983</b>	<b>885.303</b>	<b>543.482</b>	<b>96.470</b>	<b>885.303</b>	<b>643.019</b>	<b>33.579</b>	<b>609.440</b>
<b>4. Technische installaties in bedrijfsgebouwen</b>											
GGD	284.496	108.807	175.689	12.210	296.706	168.609	19.290	296.706	-	-	-
GHOR	95.478	51.746	43.732	-	95.478	-	43.732	95.478	-	-	-
RAV-Ambulancedienst	7.997	1.689	6.308	-	-	-	533	-	7.997	2.222	5.775
RAV-Meldkamer	105.204	27.859	77.345	-	-	-	7.014	-	105.204	34.873	70.331
<b>Totaal</b>	<b>493.175</b>	<b>190.101</b>	<b>303.074</b>	<b>12.210</b>	<b>392.184</b>	<b>168.609</b>	<b>70.569</b>	<b>392.184</b>	<b>113.201</b>	<b>37.095</b>	<b>76.106</b>

<b>Materiële vaste activa staat</b>	<b>Aanschafwaarde</b> 1-1-2014 €	<b>Cumulatieve Afschrijving</b> t/m 2013 €	<b>Boekwaarde per</b> 1-1-2014 €	<b>Investeringen</b> 2014 €	<b>Verminderingen</b> 2014 €	<b>Waardevermindering</b> 2014 €	<b>Reguliere Afschrijving</b> 2014 €	<b>Afschrijving Verminderingen</b> 2014 €	<b>Aanschafwaarde</b> 31-12-2014 €	<b>Cumulatieve Afschrijving</b> t/m 2014 €	<b>Boekwaarde per</b> 31-12-2014 €
<b>5. Inventaris</b>											
GGD	949.481	539.759	409.722	21.865	-	-	93.618	-	971.346	633.377	337.969
GHOR	163.367	160.176	3.191	-	10.161	-	1.767	10.161	153.206	151.782	1.424
RAV-Ambulancedienst	58.810	31.691	27.119	29.318	-	-	5.787	-	88.128	37.478	50.650
RAV-Meldkamer	6.278	4.719	1.559	-	-	-	429	-	6.278	5.148	1.130
<b>Totaal</b>	<b>1.177.936</b>	<b>736.345</b>	<b>441.591</b>	<b>51.183</b>	<b>10.161</b>	<b>-</b>	<b>101.601</b>	<b>10.161</b>	<b>1.218.958</b>	<b>827.785</b>	<b>391.173</b>
<b>6. Vervoermiddelen</b>											
GHOR	501.500	310.497	191.003	-	135.520	-	60.451	135.520	365.980	235.428	130.552
RAV-Ambulancedienst	3.694.803	2.495.978	1.198.825	164.957	268.695	-	723.014	268.695	3.591.065	2.950.297	640.768
RAV-Ambulancedienst - motoren	151.352	148.108	3.244	-	151.352	-	3.244	151.352	-	-	-
<b>Totaal</b>	<b>4.347.655</b>	<b>2.954.583</b>	<b>1.393.072</b>	<b>164.957</b>	<b>555.567</b>	<b>-</b>	<b>786.709</b>	<b>555.567</b>	<b>3.957.045</b>	<b>3.185.725</b>	<b>771.320</b>
<b>7. Automatisering</b>											
GGD	2.882.871	2.425.479	457.392	179.957	-	-	267.879	-	3.062.828	2.693.358	369.470
GHOR	129.795	126.165	3.630	-	-	-	1.613	-	129.795	127.778	2.017
RAV-Ambulancedienst	195.998	142.732	53.266	-	-	-	28.844	-	195.998	171.576	24.422
RAV-Meldkamer	224.381	35.460	188.921	-	-	-	72.862	-	224.381	108.322	116.059
<b>Totaal</b>	<b>3.433.045</b>	<b>2.729.836</b>	<b>703.209</b>	<b>179.957</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>371.198</b>	<b>-</b>	<b>3.613.002</b>	<b>3.101.034</b>	<b>511.968</b>
<b>8. Medische apparatuur</b>											
GGD	19.859	19.000	859	-	-	-	859	-	19.859	19.859	-
RAV-Ambulancedienst	1.632.722	868.181	764.541	-	-	-	225.136	-	1.632.722	1.093.317	539.405
<b>Totaal</b>	<b>1.652.581</b>	<b>887.181</b>	<b>765.400</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>225.995</b>	<b>-</b>	<b>1.652.581</b>	<b>1.113.176</b>	<b>539.405</b>

Ter identificatie



Ernst & Young Accountants LLP



Building a better working world



<i>Materiële vaste activa staat</i>	Aanschafwaarde 1-1-2014 €	Cumulatieve Afschrijving t/m 2013 €	Boekwaarde per 1-1-2014 €	Investeringen 2014 €	Verminderingen 2014 €	Waardevermindering 2014 €	Reguliere Afschrijving 2014 €	Afschrijving Verminderingen 2014 €	Aanschafwaarde 31-12-2014 €	Cumulatieve Afschrijving t/m 2014 €	Boekwaarde per 31-12-2014 €
<b>9. Communicatieapparatuur</b>											
GGD	9.024	9.024	-	-	-	-	-	-	9.024	9.024	-
GHOR	198.459	194.636	3.823	-	-	-	3.823	-	198.459	198.459	-
RAV-Ambulancedienst	423.190	299.107	124.083	82.921	-	-	51.942	-	506.111	351.047	155.064
RAV-Meldkamer	17.729	17.729	-	-	-	-	-	-	17.729	17.729	-
<b>Totaal</b>	<b>648.402</b>	<b>520.496</b>	<b>127.906</b>	<b>82.921</b>	-	-	<b>55.765</b>	-	<b>731.323</b>	<b>576.259</b>	<b>155.064</b>
<b>10. Bedrijfskleding</b>											
GHOR	47.282	44.615	2.667	-	-	-	2.667	-	47.282	47.282	-
RAV-Ambulancedienst	4.500	3.500	1.000	-	-	-	1.000	-	4.500	4.500	-
RAV-Meldkamer	38.729	28.397	10.332	-	-	-	9.099	-	38.729	37.496	1.233
<b>Totaal</b>	<b>90.511</b>	<b>76.512</b>	<b>13.999</b>	-	-	-	<b>12.766</b>	-	<b>90.511</b>	<b>89.278</b>	<b>1.233</b>
<b>Mutatie inhaalafschrijving voorgaande jaren</b>						<b>210.933</b>	<b>-210.933</b>	-	-	-	-
<b>TOTAAL</b>	<b>24.768.289</b>	<b>10.087.996</b>	<b>14.680.293</b>	<b>1.126.211</b>	<b>6.727.465</b>	<b>5.134.184</b>	<b>1.667.840</b>	<b>6.727.465</b>	<b>18.708.785</b>	<b>9.704.305</b>	<b>9.004.480</b>
<b>INGEBRUIKNAME ACTIVA 2015</b>											<b>641.234</b>
<b>TOTAAL-GENERAAL</b>											<b>9.645.714</b>









			Kopie beschikingsnummer	Cumulatieve besteding ten laste van provinciale middelen tot en met (jaar T)	Cumulatieve overige bestedingen tot en met (jaar T)	Toelichting	Eindverantwoording Ja/Nee
			<i>Aard controle n.v.t. Indicatornummer: E27B / 06</i>	<i>Deze indicator is bedoeld voor de tussentijdse afstemming van de juistheid en volledigheid van de verantwoordingsinformatie Aard controle n.v.t. Indicatornummer: E27B / 07</i>	<i>Deze indicator is bedoeld voor de tussentijdse afstemming van de juistheid en volledigheid van de verantwoordingsinformatie Aard controle n.v.t. Indicatornummer: E27B / 08</i>	<i>Aard controle n.v.t. Indicatornummer: E27B / 09</i>	<i>Als u kiest voor 'ja', betekent dit dat het project is afgerond en u voor de komende jaren geen bestedingen meer wilt verantwoorden Aard controle n.v.t. Indicatornummer: E27B / 10</i>
1				€ 8.750	€ 8.923		Nee

Ter identificatie



Ernst & Young Accountants LLP



Building a better  
working world



Departement	Nummer	Specifieke uitkering Juridische grondslag Ontvanger	SiSa bijlage verantwoordingsinformatie 2014 op grond van artikel 3 van de Regeling informatieverstrekking sisa - d.d. 2 januari 2015		
			I N D I C A T O R E N		
VWS	H3	Seksualiteitscoördinatie- en hulpverlening + aanvullende curatieve SOA bestrijding  Subsidieregeling publieke gezondheid  Gemeenten	Aantal consulten (jaar T) seksualiteitshulpverlening in het verzorgingsgebied.	Aantal gevonden SOA's (jaar T) in het verzorgingsgebied	Aantal SOA- onderzoeken (jaar T) in het verzorgingsgebied
			<i>Aard controle D1</i>	<i>Aard controle D1</i>	<i>Aard controle D1</i>
			<i>Indicatorenummer: H3 / 01</i>	<i>Indicatorenummer: H3 / 02</i>	<i>Indicatorenummer: H3 / 03</i>
			1.741	1.427	8.942

Ter identificatie

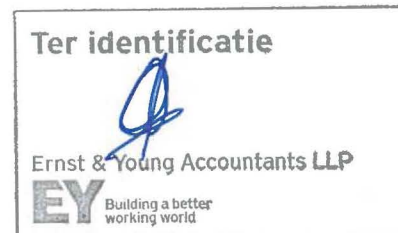


### Bijlage 3 Staat van reserves en voorzieningen

Omschrijving	Saldo 1-1-2014	Resultaat- bestemming 2013	Toevoegingen 2014	Onttrekkingen 2014	Saldo 31-12-2014 incl. res. best. 2013
<b>Reserves</b>					
Algemene reserve GGD	165.373	-84.204	-	-	81.169
Algemene reserve GHOR	114.370	-7.185	-	-	107.185
<b>Algemene Reserve</b>	<b>279.743</b>	<b>-91.389</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>188.354</b>
Reserve Aanvaardbare kosten AMB	5.168.151	-192.898	-	980.308	3.994.945
Reserve Aanvaardbare kosten MKA	820.354	-512.084	-	404.829	-96.559
<b>Reserve Aanvaardbare kosten totaal</b>	<b>5.988.505</b>	<b>-704.982</b>	<b>-</b>	<b>1.385.137</b>	<b>3.898.386</b>
Bestemmingsreserve tranistiekosten Gemeenten	524.671	-	-	257.603	267.068
Reserve Friciekosten personeel MOA	129.623	-	-	-	129.623
Reserve PGA	-	-	16.192	-	16.192
Reserve risico GMP	130.000	-	57.540	-	187.540
Reserve risico FORGNK GMP	106.485	-	-	-	106.485
Reserve risico JGZ	-	-	49.645	-	49.645
Bestemmingsreserve netcentrisch werken GHOR	129.072	-	-	27.000	102.072
Bestemmingsreserve voor huisvesting GHOR	21.000	-	-	-	21.000
<b>Overige reserves</b>	<b>1.040.851</b>	<b>-</b>	<b>123.377</b>	<b>284.603</b>	<b>879.625</b>
<b>Totaal</b>	<b>7.309.099</b>	<b>-796.371</b>	<b>123.377</b>	<b>1.669.740</b>	<b>4.966.365</b>

Ter identificatie

<b>Omschrijving</b>	<b>Saldo 31-12- 2014</b>		<b>Toevoegingen 2014</b>	<b>Onttrekkingen 2014</b>	<b>Saldo 31-12-2014</b>
<b>Vorzieningen</b>					
Voorziening wachtgeld OZL	18.932	nvt	757	12.217	7.472
Voorziening wachtgelden desintergratie BHV	79.784	nvt	-	29.869	49.915
Voorziening vervroegde uittreding RIO	2.275	nvt	-	2.275	-
Voorziening FPU OZL	4.576	nvt	183	4.759	-
Voorziening onderhoud gebouw RAV	148.000	nvt	16.000	-	164.000
Voorziening FLO RAV	189.762	nvt	-	160.593	29.169
<b>Totaal</b>	<b>443.329</b>		<b>16.940</b>	<b>209.713</b>	<b>250.556</b>



## Bijlage 4 Berekening weerstandsvermogen

### Weerstandscapaciteit GGD Zuid Limburg

Peil datum 31-12-2014 na verwerking resultaat 2014

	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>	<b>Totaal</b>
Reserves	229.193	3.237.757	795.402	4.262.352
Ruimte op de begroting	-	-	-	-
Onbenutte belastingscapaciteit	-	-	-	-
Langlopende voorzieningen	-	193.169	57.387	250.556
<b>Totaal</b>	<b>229.193</b>	<b>3.430.926</b>	<b>852.789</b>	<b>4.512.908</b>

### Weerstandscapaciteit GGD Zuid Limburg

Peil datum 31-12-2014 voor verwerking resultaat 2014

	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>	<b>Totaal</b>
Reserves	230.257	3.898.386	837.722	4.966.365
Ruimte op de begroting	-	-	-	-
Onbenutte belastingscapaciteit	-	-	-	-
Langlopende voorzieningen	-	193.196	57.387	250.583
<b>Totaal</b>	<b>230.257</b>	<b>4.091.582</b>	<b>895.109</b>	<b>5.216.948</b>

	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>	<b>Totaal</b>
<b>Risico's 90% waarschijnlijkheid</b>	300.000	1.950.000	1.325.000	3.725.000
				-
LMO		500.000		500.000
Nieuw financieringsmodel aansprakelijkheid		500.000		500.000
Incidentele gelden			500.000	1.000.000
beleid veiligheidshuizen			400.000	600.000
Tariefstelling			275.000	275.000
Bezuinigingen	150.000		150.000	150.000
Landelijke ontwikkelingen/ maatschappelijke druk	150.000	450.000		550.000

<b>Weerstandvermogen</b>	<b>2014</b>			<b>2013</b>		
	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>
Peil datum 31-12 na resultaatbestemming	0,76	1,76	0,64	0,69	1,94	0,76
Peil datum 31-12 voor resultaatbestemming	0,77	2,10	0,68	0,71	2,18	0,82

Ter identificatie



Begroting 2016

# Aansluiten op de ontwikkelingen in het sociale domein





# Kansen benutten

2016 is het eerste jaar van de nieuwe beleidsperiode 2016 -2019. De inhoudelijke en financiële kaders voor deze periode worden in 2015 bepaald. Gemeenten krijgen voorjaar 2015 een aantal scenario's voorgelegd met inhoudelijke, financiële en organisatorische keuzes. Na een zienswijze door de gemeenten zal het Algemeen Bestuur begin juli een besluit nemen. De formele begrotingscyclus, waarbij een begroting voor 1 april van het voorafgaande jaar aan de gemeenten moet worden aangeboden, loopt niet volledig in de pas met het scenariotraject. Daarom is dit een pro forma begroting. Na keuze voor een scenario zal najaar 2015 een bijgestelde begroting 2016 volgen die gebaseerd is op de nieuwe meerjaren kaders.

Welke inhoudelijke speerpunten er voor 2016 ook zullen volgen uit het scenariotraject, het zal u niet verbazen dat de GGD heeft ingespeeld op de decentralisaties in de jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Nu gemeenten meer taken moeten uitvoeren met minder budget wordt het nog belangrijker om gezondheidsproblemen te voorkomen. Door de decentralisaties hebben gemeenten meer mogelijkheden om preventie integraal vorm te geven en dat biedt nieuwe kansen. Voor de GGD is preventie een kerntaak. Wij willen dan ook graag meedenken met de gemeenten om die kansen te benutten.

Tegelijkertijd mogen we de financiële realiteit niet uit het oog verliezen. Het budget van de GGD neemt al jaren af. De financiële positie van de GGD is inmiddels kwetsbaar. Vanuit zo'n positie is het moeilijk te voldoen aan de vraag van gemeenten om meer te innoveren en de doorontwikkeling van de publieke gezondheid verder vorm te geven. We zullen slimmer moeten omgaan met de gelden in het bredere sociale domein om minder (meer-)kosten te maken. Dat is een grote uitdaging, even groot als de inhoudelijke uitdaging: mensen helpen gezond en vitaal te blijven zodat ze kunnen meedoen in de maatschappij.

*Frank Klaassen, voorzitter directie*

*Fons Bovens, directeur*

# Inhoud

• Over de GGD	4
• Kernelementen van de GGD-koers	4
• Organogram GGD Zuid Limburg	5
• Toelichting op de begroting 2016	6
• Meerjarenraming	7
• Begroting 2016 per afdeling	8
• De aansluiting van de GGD op de ontwikkelingen in het sociale domein	9
• Gezondheid en Maatschappelijke Participatie	11
• Begroting Gezondheid en Maatschappelijke Participatie	15
• Jeugdgezondheidszorg	16
• Begroting Jeugdgezondheidszorg	18
• Kennis & Innovatie	19
• Begroting Kennis & Innovatie	21
• Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu	22
• Begroting Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu	25
• Acute Zorg	26
• Begroting Acute Zorg	28

## Over de GGD

De GGD Zuid Limburg is een gemeenschappelijke regeling die is ingesteld door de 18 gemeenten in Zuid-Limburg. De organisatie kent de volgende onderdelen:

- **Bestuur:** Conform de wettelijke bepaling in de Wet gemeenschappelijke regelingen bestaat de bestuursstructuur uit een Algemeen Bestuur, een Dagelijks Bestuur en een voorzitter. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de GHOR ligt bij het Veiligheidsbestuur Zuid-Limburg. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze taken is via een bestuursovereenkomst opgedragen aan de GGD Zuid Limburg.
- **Directie:** De directie bestaat uit twee leden en is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding en het beheer van de organisatie en legt hierover verantwoording af aan het Dagelijks Bestuur.
- **Afdelingen:** Onder de directie vallen vijf uitvoerende afdelingen en twee ondersteunende afdelingen.

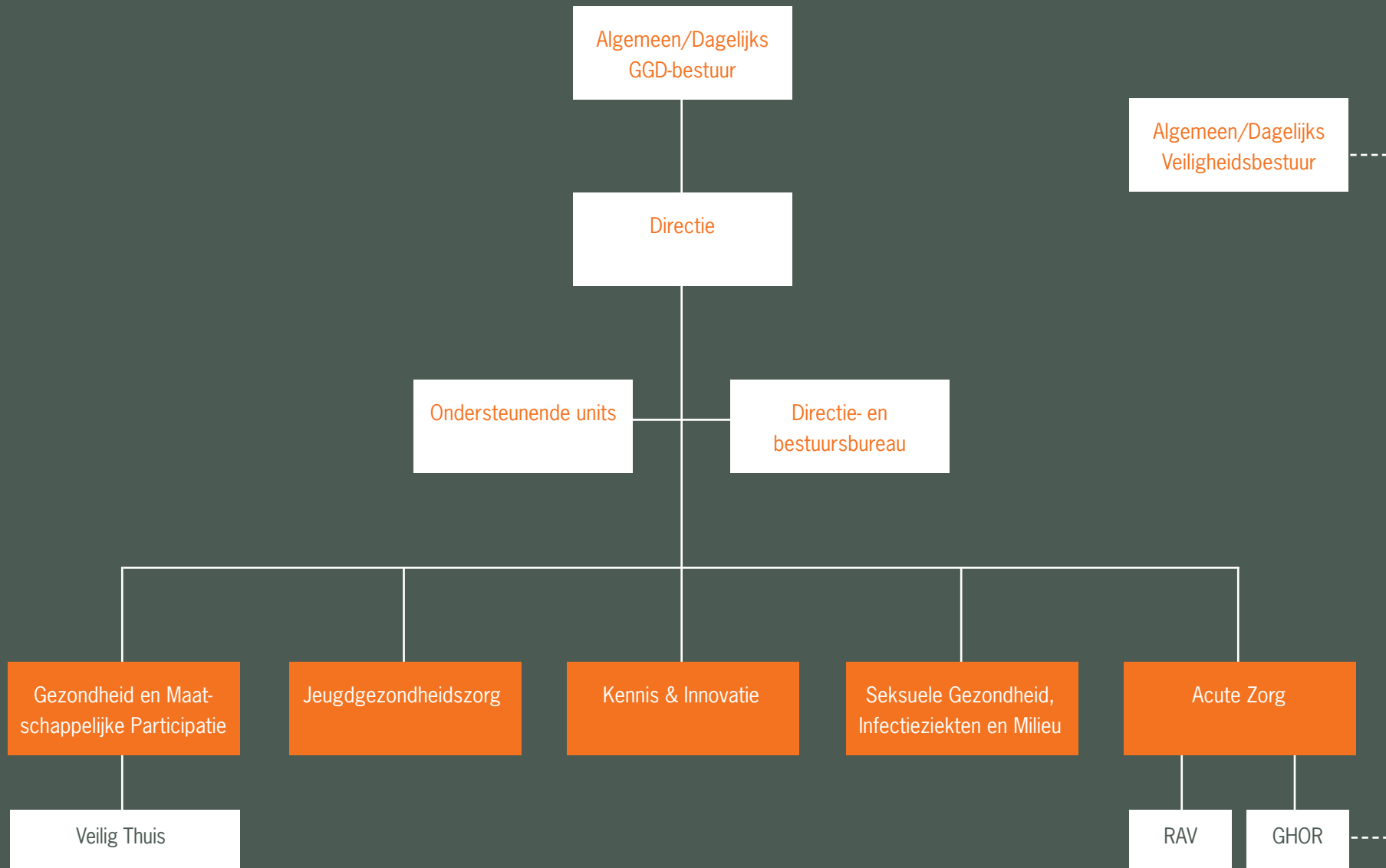
### ► Personeel

	GGD Zuid Limburg	Landelijk
Aantal fte	368 fte	
Aantal medewerkers	449	
% mannen	45 % (201)	52 %
% vrouwen	55 % (248)	48 %
Gemiddelde leeftijd	46 jaar	47 jaar
Deeltijdwerken	54 %	48 %
Ziekteverzuim	4.3 %	5.2 %

## Kernelementen van de GGD-koers

- **Meer gezondheidswinst:** Het verkleinen van de gezondheidsachterstand van Zuid-Limburg en het verminderen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.
- **Focus op mensen in een kwetsbare positie:** Dit zijn vooral jongeren en ouderen in een kwetsbare positie en mensen met een lage sociaaleconomische status.
- **Ketengericht samenwerken:** Flexibel ketengericht samenwerken tussen organisaties is van belang om een adequaat antwoord te hebben op de veelal complexe gezondheidsproblemen. Hiaten en doublures moeten worden voorkomen.
- **Integrale aanpak:** Gezondheid wordt door diverse factoren beïnvloed. Een benadering vanuit verschillende domeinen is het effectiefst. Ontschotting van beleidsterreinen is essentieel, evenals de samenwerking met publieke en private partners.
- **Contextgebonden werken:** Gedragsverandering alleen volstaat niet. Het is van belang om ook structuren en processen om mensen heen te veranderen (via de context van het gezin, het werk, de buurt, de school, et cetera).
- **Dialogo met burgers:** Mensen zijn zelf medeverantwoordelijk voor hun gezondheid. Preventie-activiteiten worden bij voorkeur in samenspraak met hen vormgegeven. Het draait daarbij vooral om empowerment.
- **Samen leren:** Samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk is essentieel om maatschappelijke problemen op te lossen.

# Organogram GGD Zuid Limburg



# Toelichting op de begroting 2016

De GGD stelt jaarlijks een zo realistisch mogelijke begroting op met daarin de inkomsten en uitgaven voor het komend kalenderjaar. De algemene uitgangspunten voor de begroting zijn in de Gemeenschappelijke Regeling of door besluitvorming in het Algemeen Bestuur vastgelegd. Daarnaast heeft de GGD voor de periode 2016 tot en met 2019 scenario's opgesteld voor de programmalijn GGD met uitzondering van Veilig Thuis. Acute Zorg valt niet onder de programmalijn GGD. Gemeenten kiezen een scenario waarmee het inhoudelijke en financiële beleid voor de komende vier jaar wordt bepaald. In de voorliggende begroting 2016 is de keuze voor een scenario nog niet verwerkt. De keuze voor een scenario wordt gelijktijdig gemaakt met de vaststelling van de begroting 2016. In het najaar ontvangen gemeenten op basis van het gekozen scenario ter informatie een aangepaste begroting 2016. Voor de programmalijn GGD (m.u.v. Veilig Thuis) is dan ook in de voorliggende begroting sprake van een zogenoemde pro forma begroting 2016.

## Algemene uitgangspunten

- De bijdrage van de gemeenten wordt gebaseerd op het aantal inwoners van Zuid-Limburg op basis van de CBS-cijfers per 1 januari van twee jaar voorafgaand aan het boekjaar (begroting 2016 is gebaseerd op het aantal inwoners van 2014).
- Bij het opstellen van de begroting wordt gebruik gemaakt van indexcijfers van het Centraal Planbureau. Van de indexpercentages voor loon en materieel wordt een gemiddelde index berekend op basis waarvan de opbrengsten (inclusief gemeentelijke bijdrage) worden geïndexeerd.
- Voor 2016 hanteert de GGD (m.u.v. de RAV) een index van 1,250% voor materieel en een index van 1,5% voor personeel.
- De GGD gebruikt voor de meerjarenraming een standaard index percentage van 1,75%.

- Bij de jaarrekening vindt een herrekening plaats op basis van de daadwerkelijke index. Om te voorkomen dat er grote verschillen bij de herrekening ontstaan, wordt bij significante afwijkingen in de index (meer dan € 0,10 per inwoner) de begroting bijgesteld.

## Uitgangspunten Veilig Thuis

Op verzoek van de gemeenten in Zuid-Limburg is Veilig Thuis per 1 januari 2015 ondergebracht bij de GGD Zuid Limburg. Omdat het onderdeel Veilig Thuis nieuw is en nog in de opstartfase zit, zal Veilig Thuis geen onderdeel uitmaken van het scenariotraject. Conform bestuursbesluit van 1 december 2014 zijn de te verwachten kosten voor 2016 begroot. Bij de vaststelling van de begroting 2016 worden de cijfers van Veilig Thuis vastgesteld. Er zal geen begrotingswijziging naar aanleiding van de scenariokeuze volgen.

## Uitgangspunten regionale ambulancevoorziening

De regionale ambulancevoorziening (= acute zorg m.u.v. de GHOR) wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars. Uitgangspunt voor de begroting is het budget op basis van de rekenstaat NZA inclusief de taakstellingen die met de zorgverzekeraars zijn overeengekomen.

# Meerjarenraming

	Begroting 2016	Begroting 2017	Begroting 2018	Begroting 2019
<b>Opbrengsten</b>				
Bijdragen gemeenten	14.239.107	14.488.291	14.741.836	14.999.818
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	3.491.179	3.552.275	3.614.440	3.677.693
Inkomsten NZA	16.000.000	16.280.000	16.564.900	16.854.786
Overige bijdrage	3.833.500	3.900.586	3.968.846	4.038.301
Vrijval reserve	74.000	-	-	-
Vrijval RAK	495.500	-	-	-
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>38.133.286</b>	<b>38.221.152</b>	<b>38.890.022</b>	<b>39.570.598</b>
<b>Exploitatiekosten</b>				
Personeelskosten	28.071.523	28.058.603	28.549.629	29.049.248
Huisvestingskosten	2.745.000	2.793.038	2.841.916	2.891.650
Beheers- en adm.kosten	3.666.163	3.730.321	3.795.602	3.862.025
Automatisering	1.870.000	1.902.725	1.936.023	1.969.903
Medische middelen	1.226.000	1.247.455	1.269.285	1.291.497
Uitvoering van derden	166.000	168.905	171.861	174.869
Kosten veiligheidsregio	179.000	182.133	185.320	188.563
Kosten verbindingen	155.000	157.713	160.473	163.281
Communicatiemiddelen	35.000	35.613	36.236	36.870
Dotatie reserve	19.600	-	-	-
Taakstelling	-	-55.354	-56.323	-57.308
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>38.133.286</b>	<b>38.221.152</b>	<b>38.890.022</b>	<b>39.570.598</b>
<b>Exploitatiesaldo</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

# Begroting 2016 per afdeling

	Gezondheid en Maatschappelijke Participatie	Jeugdgezond- heidszorg	Kennis & Innovatie	Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu	Acute Zorg	Totaal
<b>Opbrengsten</b>						
Bijdragen gemeenten	3.659.948	4.602.765	1.932.794	3.115.249	928.351	14.239.107
Bijdragen centrumgemeenten	-	-	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	-	229.000	-	1.724.000	1.538.179	3.491.179
Inkomsten NZA	-	-	-	-	16.000.000	16.000.000
Overige bijdrage	1.226.500	809.000	100.000	413.000	1.285.000	3.833.500
Vrijval reserve	-	44.000	-	-	30.000	74.000
Vrijval RAK	-	-	-	-	495.500	495.500
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>4.886.448</b>	<b>5.684.765</b>	<b>2.032.794</b>	<b>5.252.249</b>	<b>20.277.030</b>	<b>38.133.286</b>
<b>Exploitatiekosten</b>						
Personeelskosten	3.957.348	4.190.765	1.591.794	3.623.749	14.707.867	28.071.523
Huisvestingskosten	211.500	601.500	101.500	290.500	1.540.000	2.745.000
Beheers- en adm.kosten	390.500	402.500	238.000	319.500	2.315.663	3.666.163
Automatisering	211.500	476.500	101.500	201.000	879.500	1.870.000
Medische middelen	-	13.500	-	802.500	410.000	1.226.000
Uitvoering van derden	86.000	-	-	-	80.000	166.000
Kosten veiligheidsregio	-	-	-	-	179.000	179.000
Kosten verbindingen	-	-	-	-	155.000	155.000
Communicatiemiddelen	10.000	-	-	15.000	10.000	35.000
Dotatie reserve	19.600	-	-	-	-	19.600
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>4.886.448</b>	<b>5.684.765</b>	<b>2.032.794</b>	<b>5.252.249</b>	<b>20.277.030</b>	<b>38.133.286</b>
Exploitatiesaldo	-	-	-	-	-	-

# De aansluiting van de GGD op de ontwikkelingen in het sociale domein

Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet het louter ontbreken van ziekte. (WHO, 1948). Volgens deze definitie zou bijna niemand gezond zijn. Tegenwoordig gaat gezondheid veel meer om het vermogen je aan te passen aan de uitdagingen van het leven en zelf regie te voeren op je leven (Machteld Huber, Louis Bolk Instituut). Óók als je te maken hebt met een ziekte of aandoening. Vanwege de ontwikkelingen in het sociale domein is deze eigentijdse kijk op gezondheid zeer actueel. Gezonde mensen kunnen meer maatschappelijk bijdragen en omgekeerd helpt maatschappelijke participatie mensen om gezond te leven. Gezondheid is daarmee een middel om de participatie en zelfredzaamheid te vergroten en dat is weer een hoofddoel van de decentralisaties in het sociale domein.

## Preventie belangrijk in sociaal domein

In het kader van de decentralisaties wordt het nog belangrijker om gezondheidsproblemen te voorkomen. Als geen ander is de GGD partner voor de gemeenten om preventie een plek te geven in het sociale domein. De GGD is immers vanouds gericht op kwetsbare groepen en preventie. Daarbij is de GGD onafhankelijk en werkzaam in het publieke domein. Gemeenten zijn (officieel) pas 1 januari 2015 begonnen met de uitvoering van hun nieuwe taken. In deze fase is het moeilijk een compleet beeld te hebben van de ondersteuning die gemeenten van de GGD verwachten. Gemeenten en GGD kunnen gezamenlijk verkennen welke rollen en taken de GGD in het sociale domein zal uitvoeren. De komende tijd moet dan ook worden gezien als een transitiefase. Hoewel een transitiefase vraagt om ruimte voor verkenning en ontwikkeling worden de inhoudelijke koers en de

### Wat levert preventie op?

Gemeenten die willen bezuinigen, zouden moeten investeren in preventie. De helft van de ziektes en aandoeningen is vermijdbaar en dus ook de helft van de ziektekosten. De lasten bestaan uit kosten voor zorg, voorzieningen en (huishoudelijke) ondersteuning, maar ook uit uitkeringen als gevolg van ziekte en arbeidsongeschiktheid.

De winst van preventie bestaat uit een lager gebruik van voorzieningen voor zorg en ondersteuning, een hogere arbeidsparticipatie, een lager ziekteverzuim, een toename van gezonde levensjaren, meer welzijn en

meer mensen die in staat zijn om te sporten, vrijwilligerswerk te doen of mantelzorg te geven.

Uit onderzoek blijkt dat preventie in de zorg voor de maatschappij als geheel kostenbesparend is (Preventie in de zorg, RIVM, 2013).

**Een voorbeeld:** als mensen tussen hun 20e en 44e stoppen met roken, levert dat de maatschappij een gemiddeld rendement op van circa €12.000 euro per gestopte roker (Prevention pays for everyone, PwC, 2010).



financiële kaders voor de nieuwe beleidsperiode 2016 -2019 natuurlijk wel bepaald. Dat gebeurt in het scenariotraject. Voorjaar 2015 legt de GGD enkele scenario's voor een zienswijze voor aan de gemeenten, waarna het bestuur medio 2015 een besluit zal nemen.

#### Kans om taken in sociaal domein slimmer te organiseren

De decentralisaties gaan gepaard met bezuinigingen. De beschikbare gelden moeten op een slimme manier worden ingezet. Door nieuwe vormen van onderlinge samenwerking kunnen taken efficiënter worden uitgevoerd. Zo kan een gemeente de nieuwe taken zelfstandig organiseren, maar ook gezamenlijk met andere gemeenten op regionale schaal. Dit leidt tot minder (meer)kosten voor het sociale domein en tot slimme inhoudelijke combinaties. Ook in de samenwerking tussen gemeenten en GGD is winst te behalen in de

vorm van meer doelmatigheid. Hoe? Door de samenwerking meer vorm te geven als een alliantie. In een dergelijke verbintenis geldt voor de GGD een taakstellend budget voor de uitvoering van de taken in de komende jaren. Tegelijkertijd wordt er ruimte behouden voor de concrete invulling van het takenpakket, zodat het ook de komende jaren mogelijk is om 'nieuwe' taken in het sociale domein bij de GGD onder te brengen. Op basis van onderbouwde financiële en kwalitatieve keuzes kan de GGD dan meebewegen met de ontwikkelingen in het sociale domein.

Samenwerken in de vorm van een alliantie heeft twee voordelen. Ten eerste is er financiële duidelijkheid. Immers, het budget en het niveau van de taakuitvoering worden vooraf vastgesteld. Ten tweede kunnen gemeenten met deze taak-flexibele aanpak hun behoefte aan ondersteuning van de GGD veel gericht en daarmee veel effectiever bepalen.

## Gezondheid en Maatschappelijke Participatie

De afdeling Gezondheid en Maatschappelijke Participatie (GMP) komt op voor mensen in een kwetsbare positie. Zij hebben vaak op meerdere gebieden problemen en vinden het moeilijk om goed voor zichzelf te zorgen. Daardoor kunnen ze vaak ook niet goed meedoen in de samenleving. De doelgroep van GMP is heel divers. Voorbeelden van mensen voor wie deze afdeling zich inzet zijn de oude vrouw die zelden bezoek krijgt en moeilijk de deur uit kan en de dakloze die hulp uit de weg gaat en daardoor steeds dieper in de problemen raakt. Om goede hulp te kunnen bieden aan hen die deze hulp het hardst nodig hebben, werkt de afdeling intensief samen met gemeenten, wijknetwerken, scholen, politie, woningcorporaties en zorg- en welzijnsinstellingen. Samen met hen helpt GMP deze mensen om (weer) de verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid.

# Expertise die mensen helpt om zelfredzaam te blijven

## Sociaal Medische Advisering: partnerschap met Sittard-Geleen

Een grote uitdaging voor gemeenten is het vinden van een balans tussen enerzijds passende ondersteuning voor kwetsbare burgers en anderzijds de betaalbaarheid hiervan. De unit Sociaal Medische Advisering ontwikkelt met de gemeente Sittard-Geleen een nieuwe werkwijze die aansluit bij de actuele situatie in het sociale domein. Daarin gaat het om een eerlijke en transparante toewijzing van voorzieningen, zodat deze terecht komen bij de meest kwetsbare mensen. Belangrijk is ook dat voorzieningen de versterking van de zelfredzaamheid niet belemmeren. De expertise van de GGD op het sociaal medische vlak kan gemeenten hierbij helpen.

Leidend in het partnerschap is de vraag van de gemeente. In een intentieverklaring is de wijze van samenwerking globaal beschreven. Door gezamenlijke evaluaties zal de samenwerking steeds verder verfijnd worden.

## Sociale wijkteams kunnen hulp Vangnet OGGZ inschakelen

In elke wijk wonen mensen die het zonder hulp niet redden. Niet altijd vragen deze mensen zelf hulp. Bijvoorbeeld uit schaamte. Als het sociale wijkteam deze mensen in het vizier krijgt en hen helpt hun problemen op te lossen, zijn ze veelal opgelucht.

Er is ook een groep hulpbehoevende mensen die totaal geen prijs stelt op hulp. Ze vermijden hulpverleners op alle mogelijke manieren. Het gaat hier om de zorgwekkende zorgmijders. Zuid-Limburg telt er circa 4.250.

Het zijn de mensen die hun woning ernstig vervuilen, die zo veel spullen verzamelen dat de voordeur niet meer open kan, die op een flatje wonen met 15 katten en 6 honden. Het zijn de daklozen die bij een snijdende kou hun zelfgemaakte hutje verkiezen boven de nachtopvang, de mensen die overlast in de wijk veroorzaken en voor wie buurtbewoners bang zijn, omdat

ze zomaar schreeuwen of juist een zeer teruggetrokken bestaan leiden. Hun gedrag veroorzaakt spanningen in de buurt en leidt tot ruzies. Het zijn die zonderlingen die je weleens met een winkelwagentje vol 'bezittingen' door de stad ziet lopen.

Ga er als sociaal wijkteam maar aan staan om deze mensen op te sporen en te helpen. Alleen al het leggen van contact kost veel tijd en geduld. Speciale kennis en ervaring ook, want de zorgwekkende zorgmijders hebben vaak een psychiatrische stoornis, waarvoor ze zich niet willen laten behandelen of waarvoor geen afdoende behandeling bestaat. Kenmerkend is ook dat deze mensen vele problemen hebben op allerlei terreinen. Ze hebben het hele zorgcircuit al doorlopen. Zonder veel resultaat. Hun wantrouwen in zorgverleners is daardoor alleen maar toegenomen.

De verwachting is dat deze groep door de bezuinigingen in de zorg en individualisering van de samenleving zal toenemen. Ook de Wet verplichte GGZ speelt hierbij een rol. Een belangrijk verschil ten opzichte van de huidige wetgeving is dat verplichte zorg straks ook buiten een instelling opgelegd kan worden.

Als reguliere hulpverlening zou volstaan om het leven van deze zorgmijders weer op de rit te krijgen, zou het werk van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) overbodig zijn. Maar dat is niet het geval, zo leert de ervaring. Sociale wijkteams die te maken krijgen met zorgwekkende zorgmijders kunnen een beroep doen op het Vangnet OGGZ.

### Forensische Geneeskunde: inschrijving op aanbesteding politie

De unit Forensische Geneeskunde (FG) levert onder meer forensisch geneeskundige diensten voor de politie. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld arrestantenzorg en waarheidsvinding bij niet natuurlijk overlijden. Forensisch geneeskundige expertise wordt ook gevraagd bij gemeentelijke lijkschouw en bij sporenonderzoek voor het Centrum Seksueel Geweld. Verder heeft dit vakgebied raakvlakken met het Vangnet en Veilig Thuis.

De nationale politie heeft een opdracht voor forensisch geneeskundige dienstverlening nationaal aanbesteed. De GGD'en in Limburg hebben hierop gezamenlijk ingeschreven, omdat Limburg één regionale politie-eenheid vormt. De toekomst van FG hangt sterk af van de uitkomst van deze aanbesteding. Zonder de forensisch geneeskundige diensten voor de politie is FG moeilijk levensvatbaar. Het huidige contract loopt tot eind 2015. De (financiële) situatie voor 2016 is begin 2015 nog ongewis.

### Gezondheidsbevordering: ouderen stimuleren om te bewegen

Voor de unit Gezondheidsbevordering (GB) is de wijkscan een waardevol instrument. Zo blijkt de gesignaleerde problematiek op een school een goede afspiegeling te zijn van de problematiek in de wijk. Dit geldt vooral voor basisscholen. Scholen voor voortgezet onderwijs trekken leerlingen uit een bredere omgeving. Telt een school veel kinderen met overgewicht dan is dat beeld terug te zien in de wijk. Omgekeerd leveren de GGD-medewerkers die actief zijn in wijken en op scholen informatie aan voor de wijkscan. De unit GB wil scholen die structureel aan gezondheid werken blijven helpen, zodat steeds meer Zuid-Limburgse scholen het vignet Gezonde School mogen voeren. Wie op jonge leeftijd een gezonde leefstijl heeft aangeleerd, heeft daar z'n hele leven profijt van!

Gemeenten hebben terecht veel aandacht voor een gezonde jeugd, maar gezondheidsbevordering bij ouderen is ook belangrijk. Deze groep wordt vanwege de vergrijzing de komende jaren groter en zal zo lang mogelijk thuis moeten blijven wonen. GB zou zich binnen het wijkgericht werken de komende jaren meer willen richten op bewegen bij ouderen. Het doel is

behoud van vitaliteit en zelfredzaamheid, zodat ouderen in hun eigen omgeving zelfstandig uit de voeten kunnen met huishoudelijke karweitjes, boodschappen doen en persoonlijke verzorging.

### Komst Veilig Thuis goed opgepakt

Niemand wil mensen die te maken hebben met geweld door mensen van wie ze afhankelijk zijn in de kou laten staan. En voor kwetsbare groepen, zoals kinderen en ouderen, geldt dat nog sterker. Eind 2014 was de druk dan ook groot om per 1 januari 2015 in Zuid-Limburg een frontoffice Veilig Thuis operationeel te hebben. Veilig Thuis is de naam van het gecombineerde meldpunt Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Door de fusie is de aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties geïntegreerd. Met de decentralisaties in het sociaal domein zijn gemeenten sinds 2015 verantwoordelijk voor de organisatie van Veilig Thuis.

De Zuid-Limburgse gemeenten hebben de GGD aangewezen als organisatie om Veilig Thuis bij onder te brengen. Daar komt door de fusie van het SHG (onderdeel van de GGD) en het AMK (onderdeel van Bureau Jeugdzorg) sowieso veel bij kijken. Wat het tot een complexe operatie maakt is dat er nog heel veel onduidelijkheden en onzekerheden zijn rondom Veilig Thuis. Om enkele voorbeelden te noemen: de bestuurlijke aansturing, de opvang van piekmomenten in hulpvragen, de formatie in relatie tot het takenpakket, het garanderen van specifieke deskundigheid, de 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid en een gezamenlijk registratiesysteem.

Ook financieel gezien wachten de nodige vragen op een antwoord, want over de financiering zijn bij de start van Veilig Thuis slechts beperkte afspraken gemaakt. Wel is vastgelegd dat het financiële risico van Veilig Thuis bij de opdrachtgever (de 18 Zuid-Limburgse gemeenten) ligt, en niet bij de GGD.

Dat nog vele inhoudelijke en financiële aandachtspunten opgelost moeten worden, heeft de GGD er niet van weerhouden om de opdracht van de gemeenten voortvarend uit te voeren. Daardoor kunnen burgers en profes-

sionals bij één punt terecht met hun zorgen en vragen over en meldingen van geweld in afhankelijkheidsrelaties. De frontoffice is voor burgers het meest zichtbare resultaat van de totale samenvoeging van SHG en AMK. De vorming van Veilig Thuis verloopt gefaseerd. In overgangsjaar 2015 worden knelpunten en risico's aan de hand van een plan opgepakt. Die tijd is ook nodig om in te spelen op de ontwikkelingen in het sociale domein en het veiligheidsdomein.

Op verzoek van de gemeenten in Zuid-Limburg is Veilig Thuis per 1 januari 2015 ondergebracht bij de GGD Zuid Limburg. De kosten die de GGD maakt voor het leveren van deze dienst zijn voor rekening van de 18 Zuid-Limburgse gemeenten. De begroting van het startjaar, 2015, bestaat uit de samengevoegde begrotingen van het Steunpunt Huiselijk Geweld en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (de voorlopers van Veilig Thuis). Voor de begrotingswijziging 2015 en de begroting 2016 zijn de reële kosten in kaart gebracht. Hieraan ten grondslag liggen de berekeningen die Bureau Jeugdzorg en de Zuid-Limburgse gemeenten in de voorbereiding op de start van Veilig Thuis hebben gemaakt. De daadwerkelijk gemaakte kosten worden gepresenteerd in de jaarrekening 2015 en 2016. Het spreekt voor zich dat een eventueel overschot terugvloeit naar de gemeenten.

# Begroting Gezondheid en Maatschappelijke Participatie

Staat van Baten en Lasten	Sociaal Medische Advisering	Vangnet Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	Forensische Geneeskunde	Gezondheidsbevordering	Incidenteel	Veilig Thuis	Totaal
<b>Opbrengsten</b>							
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	943.000	505.000	230.000	415.309	-	1.566.639	3.659.948
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	-	-	-	-	-	-	-
Inkomsten NZA	-	-	-	-	-	-	-
Overige bijdrage	-	152.000	507.000	153.000	414.500	-	1.226.500
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>943.000</b>	<b>657.000</b>	<b>737.000</b>	<b>568.309</b>	<b>414.500</b>	<b>1.566.639</b>	<b>4.886.448</b>
<b>Exploitatiekosten</b>							
Personeelskosten	708.500	451.000	665.000	436.309	394.900	1.301.639	3.957.348
Huisvestingskosten	36.000	51.500	11.000	33.000	-	80.000	211.500
Beheers- en adm.kosten	69.500	98.000	29.000	64.000	-	130.000	390.500
Automatisering	43.000	56.500	32.000	30.000	-	50.000	211.500
Medische middelen	-	-	-	-	-	-	-
Uitvoering van derden	86.000	-	-	-	-	-	86.000
Kosten verbindingen	-	-	-	-	-	-	-
Communicatiemiddelen	-	-	-	5.000	-	5.000	10.000
Dotatie reserve	-	-	-	-	19.600	-	19.600
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>943.000</b>	<b>657.000</b>	<b>737.000</b>	<b>568.309</b>	<b>414.500</b>	<b>1.566.639</b>	<b>4.886.448</b>
Exploitatiesaldo	-	-	-	-	-	-	-

## Jeugdgezondheidszorg

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) wil dicht bij het kind en zijn omgeving staan. Ze helpt ouders, leidsters van kinderdagverblijven, leerkrachten en andere professionals om signalen te herkennen dat het mis dreigt te gaan met een kind en is dichtbij om daar snel op te kunnen reageren. De jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen houden zelf een vinger aan de pols doordat ze de kinderen op vaste momenten zien en regelmatig op scholen aanwezig zijn. Door problemen in een vroeg stadium aan te pakken, willen ze voorkomen dat de groei en ontwikkeling van het kind verstoord raken.

Elk kind en gezin de aandacht en zorg geven waar ze behoefte aan hebben, dat is waar de JGZ naartoe wil. Ze kijkt naar wat kinderen nodig hebben om gezond op te groeien en naar wat ouders nodig hebben om hun kind gezond op te voeden. De deskundigheid van de Jeugdgezondheidszorg op lichamelijk, psychisch, sociaal en cognitief gebied en de kennis van hoe het een het ander beïnvloedt, helpt daarbij. De JGZ wil de zorg voor het kind niet overnemen, maar het gezin en de mensen om dat gezin heen sterker maken. Dat doet de JGZ niet alleen, maar samen met een groot aantal partners in de zorg. Samen met hen kan ze goed boven tafel krijgen wat er precies aan de hand is en waar behoefte aan is.

# Elke euro verdient zichzelf vele malen terug

De afdeling Jeugdgezondheidszorg heeft de afgelopen tijd ingespeeld op de transitie van de jeugdzorg per 1 januari 2015. Op basis van de visie 'De jeugd dichtbij' is een nieuwe manier van werken ontwikkeld. Hiermee is de transformatie die nodig is vanwege de transitie van de jeugdzorg vroegtijdig in gang gezet. De nieuwe werkwijze is erop gericht om kinderen zo vroeg mogelijk passende hulp te bieden en te zware of onnodige zorg te voorkomen. De zorg en hulp worden zo dicht mogelijk om een gezin heen geboden en zijn gericht op het versterken van de eigen kracht van ouders en jeugdigen. Een sterk punt is dat de JGZ niet afwacht, maar alle kinderen in beeld wil hebben en hun ontwikkeling volgt. Daarmee heeft de JGZ een schat aan (epidemiologische) gegevens die gemeenten kunnen gebruiken om beleid in het sociale domein te onderbouwen, monitoren en evalueren.

## “Gemeenten hebben goud in handen”

Hoewel het veranderproces van de JGZ nog niet is afgerond, zijn er grote stappen gezet. Dat vindt de Inspectie voor de Gezondheidszorg ook. In 'De jeugdgezondheidszorg beter in positie' (2014) concludeert de inspectie dat:

- de JGZ in het nieuwe stelsel voor jeugd een basisvoorziening moet zijn;
- de JGZ goede zorg levert op het merendeel van de onderzochte onderdelen;
- de zorg de afgelopen jaren verder is verbeterd.

Vanwege de bezuiniging die gepaard gaat met de decentralisatie van de jeugdzorg wordt preventie nog belangrijker. Een goed werkende JGZ, die waar mogelijk ontzorgt en normaliseert, kan daaraan bijdragen. Elke euro voor preventie door de JGZ betaalt zich 3 tot 50 maal terug. Hoe vroeger, hoe beter én goedkoper. Zo blijkt uit onderzoek ('Investeren in opvoeden en opgroeien loont!', ActiZ en GGD Nederland, 2013). Preventie leidt op termijn tot beperking van benodigde budgetten. Elke euro die een gemeente jaarlijks investeert in de JGZ levert minimaal 11 euro op. En door de inzet van JGZ leven inwoners één jaar langer gezond. ('Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg' ActiZ, 2012). De inspectie stelt dan ook: "De gemeente heeft met een goed werkende JGZ goud in handen".

De JGZ heeft een unieke positie om verbindingen te leggen tussen publieke gezondheid en het bredere sociaal domein. Vanuit het basispakket Jeugdgezondheidszorg dat per 1 januari 2015 van kracht is, draagt de Zuid-Limburgse JGZ bij aan de nieuwe gemeentelijke taken in het sociale domein en aan preventie in het bijzonder.



# Begroting Jeugdgezondheidszorg

Staat van Baten en Lasten	Basiszorg	Risicozorg	CJG-arrangement	Incidenteel	Totaal
<b>Opbrengsten</b>					
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	1.703.023	1.334.802	1.564.940	-	4.602.765
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	229.000	-	-	-	229.000
Inkomsten NZA	-	-	-	-	-
Overige bijdrage	450.000	-	-	359.000	809.000
Vrijval reserve	-	-	-	44.000	44.000
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>2.382.023</b>	<b>1.334.802</b>	<b>1.564.940</b>	<b>403.000</b>	<b>5.684.765</b>
<b>Exploitatiekosten</b>					
Personeelskosten	1.674.023	959.802	1.153.940	403.000	4.190.765
Huisvestingskosten	200.500	200.500	200.500	-	601.500
Beheers- en adm. kosten	143.000	124.000	135.500	-	402.500
Automatisering	358.000	48.000	70.500	-	476.500
Medische middelen	6.500	2.500	4.500	-	13.500
Uitvoering van derden	-	-	-	-	-
Kosten verbindingen	-	-	-	-	-
Communicatiemiddelen	-	-	-	-	-
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>2.382.023</b>	<b>1.334.802</b>	<b>1.564.940</b>	<b>403.000</b>	<b>5.684.765</b>
Exploitatiesaldo	-	-	-	-	-

## Kennis & Innovatie

De afdeling Kennis & Innovatie helpt de Zuid-Limburgse gemeenten met het werken aan gezondheid. Dat doet ze op twee manieren: ze voorziet de gemeenten van informatie en adviseert bij het maken van beleid. Elke vier jaar nemen de epidemiologen van K&I gezondheidsenquêtes af onder de jongeren, volwassenen en ouderen in Zuid-Limburg. Deze enquêtes leveren enorm veel informatie op over onder andere overgewicht, roken en alcoholgebruik, maar bijvoorbeeld ook over het gebruik van zorg, depressie en eenzaamheid. Door deze gegevens te combineren met kennis die de afdeling op andere manieren vergaart, kan ze een goed beeld geven van de gezondheid en het welzijn van de inwoners van een gemeente. Dat kan ze zelfs op wijkniveau. Daarmee ondersteunt ze de gemeenten om maatregelen te nemen die wijkbewoners helpen om gezond te leven.

De gemeenten krijgen steeds meer wettelijke taken op het gebied van gezondheid, zorg en wonen en moeten ook nog eens fors bezuinigen. De adviseurs van K&I helpen hen bij deze lastige opgave, die vraagt om een nieuwe kijk op zorg en gezondheid. Een brede kijk waarin de burger centraal staat, omdat gezondheid bijvoorbeeld ook te maken heeft met de omgeving waarin iemand woont: voelt hij zich daar prettig? Zijn er veilige fietspaden, zodat hij er vaker voor kiest om de auto te laten staan?

# Niemand mag tussen wal en schip vallen

Er verandert momenteel heel veel in het sociale domein. Ter voorbereiding daarop hebben gemeenten visies opgesteld en plannen ontwikkeld waarin het draait om integraal werken, maatwerk, preventie, gebruik van nabije voorzieningen, met en voor elkaar, burgers die meer zelf doen en meer sturen op resultaat. Op papier kunnen de decentralisatieplannen nog zo goed in elkaar zitten, de praktijk is veelal weerbarstiger. De voorbereiding kan nog zo zorgvuldig zijn geweest, garanties dat alles soepel zal verlopen zijn er niet. Bij zulke grote transities als de drie decentralisaties zijn kinderziektes te verwachten. 2015 wordt niet voor niets een overgangsjaar. De vraag is hoe het in 2016 zal gaan en de jaren daarna.

Hoe zal het bijvoorbeeld al die mensen vergaan die nu nog huishoudelijke hulp krijgen, maar straks niet meer, of veel minder? Zullen er meer mensen in hun huis vervuilen? Het wordt vaak gezegd: door de decentralisaties mogen mensen niet tussen wal en schip vallen. Gemeenten willen geen schrijnende gevallen en kwetsbare groepen over het hoofd zien. Maar hoe krijg je daar een goed inzicht in?

## Wat zijn de effecten van de decentralisaties?

Het nieuwe overheidsbeleid is erop gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis wonen. Zal dat leiden tot meer valpartijen in huis waarna mensen hulpbehoevender raken en meer hulp nodig hebben?

Bijna elke gemeente heeft sociale wijkteams ingezet om meer integraliteit en maatwerk te realiseren. Sociale wijkteams zijn er in alle soorten en maten. Welke invulling sluit het beste aan bij de lokale behoefte?

De decentralisaties gaan gepaard met bezuinigingen. Gemeenten kunnen

niet alle mensen die steun blijven geven die ze gewend zijn. Keuzes maken is onvermijdelijk, maar wat zijn de slimste keuzes?

Alle betrokkenen proberen de decentralisaties in het sociale domein zo goed mogelijk te laten verlopen, maar worden met al die inspanningen ook de beoogde doelen bereikt? Doen we de juiste dingen?

De antwoorden op deze en tal van andere vragen zouden gemeenten goed kunnen gebruiken om hun beleid aan te scherpen en de effectiviteit van de uitvoering te vergroten.

## Meten is weten

Helaas kan niemand nu al zeggen wat uiteindelijk het beste blijkt te werken. Er is informatie nodig om het effect van de gemaakte keuzes in de praktijk te kunnen beoordelen en om zicht te krijgen op het resultaat van de ingezet te ondersteuning. Monitoren is een middel om daarachter te komen.

De GGD heeft veel kennis en ervaring met monitoring, zoals met de jeugdmonitor en volwassenmonitor. De afdeling Kennis & Innovatie heeft daarin een leidende rol. De GGD verzamelt en analyseert zelf data, maar kan ook gebruik maken van externe databronnen. Afhankelijk van de vraag zijn er allerlei meetmethoden. Het wijkprofiel bijvoorbeeld is een instrument om de dialoog met burgers en zorgprofessionals in een wijk op een laagdrempelige manier aan te gaan en zo beleidsrelevante informatie op te halen. Door in te zoomen op specifieke wijken waar een gemeente vragen over heeft, kunnen grove cijfers verfijnd worden. De vraag van een gemeente bepaalt de aanpak.

# Begroting Kennis & Innovatie

Staat van Baten en Lasten	Data en informatie-management	Onderzoek	Beleid en consultancy	Incidenteel	Totaal
<b>Opbrengsten</b>					
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	386.559	773.118	773.117		1.932.794
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	-	-	-	-	-
Inkomsten NZA	-	-	-	-	-
Overige bijdrage	-	-	-	100.000	100.000
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>386.559</b>	<b>773.118</b>	<b>773.117</b>	<b>100.000</b>	<b>2.032.794</b>
<b>Exploitatiekosten</b>					
Personeelskosten	308.059	598.618	585.117	100.000	1.591.794
Huisvestingskosten	20.500	47.000	34.000	-	101.500
Beheers- en adm. kosten	37.500	80.500	120.000	-	238.000
Automatisering	20.500	47.000	34.000	-	101.500
Medische middelen	-	-	-	-	-
Uitvoering van derden	-	-	-	-	-
Kosten verbindingen	-	-	-	-	-
Communicatiemiddelen	-	-	-	-	-
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>386.559</b>	<b>773.118</b>	<b>773.117</b>	<b>100.000</b>	<b>2.032.794</b>
Exploitatiesaldo	-	-	-	-	-

## Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu

Het werkveld van de afdeling Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu (SIM) is heel divers. De artsen en sociaal verpleegkundigen van de unit Seksuele Gezondheid zien jaarlijks duizenden jongeren die zich willen laten testen op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) of die vragen hebben over seksualiteit. Ze gaan ook naar groepen toe die meer dan anderen risico lopen op een soa om voorlichting te geven en te testen. De inspecteurs van de unit Hygiëne en Inspectie bezoeken naast kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en gastouders, ook schoonheidssalons, tattoo- en piercingstudio's en seksinrichtingen. Ze kijken niet alleen naar hygiëne, maar ook naar de veiligheid van ruimtes en materialen en naar de manier waarop de leidsters met de kinderen omgaan. Voor een groot aantal infectieziekten (waaronder tuberculose, Q-koorts, hepatitis A en legionella) bestaat een meldingsplicht, zodat de bron van besmetting kan worden achterhaald en de GGD maatregelen kan nemen. Ook moeten meerdere gevallen van een infectieziekte binnen een instelling worden gemeld zodat de artsen en sociaal verpleegkundigen van de unit Infectieziektebestrijding adviezen kunnen geven om verdere verspreiding tegen te gaan. De unit Tuberculosebestrijding screent, behandelt, adviseert en spoort contacten op om zo de verspreiding van tuberculose ter voorkómen. De unit Medische Milieukunde probeert te voorkomen dat mensen ziek worden door invloeden van de omgeving. De unit adviseert bijvoorbeeld gemeenten en provincie bij milieu-incidenten en bouwplannen.

# Nauwelijks financiële ruimte voor vernieuwing en kwaliteitsverbetering

De afdeling SIM heeft beperkt raakvlakken met het sociale domein. De taken zijn meer medisch georiënteerd waarbij veelal volgens professionele (landelijke) protocollen wordt gewerkt. Daarbij gelden vaak wettelijke eisen. De beleidsruimte is beperkt. De dienstverlening zit op het minimumniveau. De behoefte aan vernieuwing en verhoging van de kwaliteit is groot. Er komen niet alleen taken bij, ze zijn ook nog eens veel complexer. Het reguliere gemeentelijke budget is ontoereikend om dit te financieren. De afdeling is (noodgedwongen) zeer actief in het binnenhalen van externe gelden.

## 24-uurs infectieziektebestrijding: uitbraken nauwelijks bij te benen

'Nieuwe' ziekten als Q-koorts en ebola steken de kop op, terwijl 'oude' ziekten als mazelen, kinkhoest en de bof blijven voorkomen. Daarbij verspreiden infectieziekten zich sneller en zijn steeds meer bacteriën die infectieziekten veroorzaken minder gevoelig voor bestaande antibiotica. Deze bedreigingen voor de volksgezondheid stellen nieuwe eisen aan onderzoek, aanpak en bestrijding en vragen om een goede voorbereiding, met procedures, draaiboeken, protocollen en regelmatig oefenen. Daarbij is ook gestructureerde samenwerking en afstemming met onze buurlanden van groot belang. De voorbereiding ten aanzien van het ebola-virus dat in 2014 delen van Afrika trof, heeft veel gevraagd van de unit Infectieziektebestrijding, maar ook van de ambulancezorg en de GHOR.

Veel GGD'en kampen met een tekort aan medisch personeel voor de infectieziektebestrijding. De bezetting van de GGD Zuid Limburg voldoet dankzij een recente uitbreiding net aan de minimale norm. Het bestrijden van infectiehaarden met een minimale bezetting gaat echter ten koste van andere taken, zoals het oefenen van uitbraken, het onderhouden van netwerken met huisartsen, verpleeghuizen en kindercentra, het opzetten van essentiële

projecten voor preventie van infectieziekten en de voorbereiding op de ontwikkelingen in het sociale domein. Hulpbehoevende mensen moeten zo lang mogelijk thuis blijven wonen. De zorg en dus ook infecties verplaatsen zich naar de thuissituatie.

## Seksuele Gezondheid: uitgegroeid tot basisvoorziening

Sense, het Centrum voor Seksuele Gezondheid, is in 2008 opgericht en inmiddels niet meer weg te denken uit de regio. Het is uitgegroeid tot een gewaardeerde basisvoorziening. Jongeren kunnen er terecht met hun vragen over seksualiteit en voor een soa-test. Zorgverleners raadplegen en verwijzen steeds vaker naar het centrum. Onderwijzers en leraren worden sinds 2014 getraind in het praten met leerlingen over relaties en seksualiteit en het geven van seksuele voorlichting op school. Het centrum wordt regelmatig om advies en ondersteuning gevraagd bij maatschappelijke onrust door seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Sense wordt grotendeels bekostigd uit landelijke middelen. Zo betaalt het RIVM de soa-poli. Hiermee heeft de GGD extra deskundigheid in huis waar gemeenten profijt van hebben bij het bevorderen van de publieke gezondheid. Tijdens soa-consulten wordt namelijk vaak ook voorlichting gegeven. Dat is een preventietaak die bij gemeenten ligt. Deze kosten worden niet doorberekend aan gemeenten.

## Tuberculosezorg: acht bovenregionale expertisecentra

Het aantal tuberculosepatiënten daalt licht en daarmee ook het aantal verrichtingen. Dat komt onder meer door een wijziging van het screeningsbeleid voor risicogroepen. Het ziektebeeld en de patiëntengroep worden complexer door toenemende resistentie, hiv-co-infectie en sociale proble-

matiek. Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat tuberculosezorg in bovenregionale expertisecentra wordt georganiseerd. Zuid-Limburg werkte in de tuberculosebestrijding al samen met Limburg Noord, maar heeft deze uitgebreid naar heel Zuid Nederland: met Zeeland en Noord-Brabant.

#### Hygiëne & Inspectie: voorbereiding op Het Nieuwe Toezicht

De Rijksoverheid verandert regelmatig de wet- en regelgeving op het gebied van de kwaliteit van de kinderopvang en peuterspeelzalen. Dit heeft gevolgen voor de regionale uitvoering.

In 2012 is met de invoering van het risico-gestuurd toezicht een eerste stap gezet naar een doeltreffender en flexibeler toezicht: meer inspecteren waar het moet en minder waar het kan. Inmiddels is ook het project Het Nieuwe Toezicht gestart met de bedoeling een nieuw toetsingskader te ontwikkelen. Doel daarvan is meer ruimte voor de kinderopvanginstelling om zich te kunnen onderscheiden op kwaliteit, meer ruimte voor de toezichthouder om een professioneel oordeel te vellen over de kwaliteit en meer ruimte voor de pedagogisch medewerker om zich te focussen op kwalitatief goede opvang. De unit Hygiëne & Inspectie start de voorbereidingen op Het Nieuwe Toezicht met een inventarisatie van nog te ontwikkelen competenties door inspecteurs. Dit sluit aan bij het streven van de GGD om de goede kwaliteit van de inspecties te handhaven en waar mogelijk verder te verbeteren. Het Nieuwe Toezicht zal ook in 2016 veel impact op het werk van de inspecteurs hebben. Zij moeten niet alleen hun kennis vergroten, maar ook een andere manier van werken aanleren.

#### Medisch Milieukunde: nu op waakvlamniveau

De verscheidenheid aan onderwerpen waar Medische Milieukunde mee te maken heeft, neemt toe. Voorbeelden zijn asbest, geluidshinder, (fijn)stof en bodemverontreiniging. De complexiteit van de problematiek en de maatschappelijke impact nemen ook toe, evenals de advisering bij incidenten en vragen over een gezond binnenmilieu. De formatie is echter niet evenredig meegegroeid met de ontwikkelingen in dit vakgebied. Vóór 2011 was de unit Medische Milieukunde zelfs zwaar onderbezet. Het aantal fte haalde nog niet de helft van de vereiste bezetting. Na een beperkte personele uitbreiding komt deze unit in 2015 op waakvlamniveau. Daarmee beschikt de regio in 2016 over de minimaal noodzakelijke deskundigheid op dit specialistische werkerterrein. Financiële ruimte voor extra dienstverlening of kwaliteitsverhoging is er niet. De kwaliteit en kwantiteit van de medische milieukundige expertise binnen de GGD moeten echter wel op peil blijven om aan de vraag van onder meer de gemeenten te kunnen voldoen, zowel in reguliere situaties als bij (dreigende) crises.

# Begroting Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu

Staat van Baten en Lasten	24 Uurs infectieziektebestrijding	Seksuele Gezondheid	Tuberculose-zorg	Hygiëne en Inspectie	Medische Milieukunde	Incidenteel	Totaal
<b>Opbrengsten</b>							
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	923.000	608.580	608.580	608.580	366.509	-	3.115.249
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	-	1.724.000	-	-	-	-	1.724.000
Inkomsten NZA	-	-	-	-	-	-	-
Overige bijdrage	-	51.000	10.000	-	178.000	174.000	413.000
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>923.000</b>	<b>2.383.580</b>	<b>618.580</b>	<b>608.580</b>	<b>544.509</b>	<b>174.000</b>	<b>5.252.249</b>
<b>Exploitatiekosten</b>							
Personeelskosten	755.500	1.303.580	452.080	499.080	439.509	174.000	3.623.749
Huisvestingskosten	58.500	112.500	37.500	41.000	41.000	-	290.500
Beheers- en adm. kosten	63.000	132.000	41.000	42.500	41.000	-	319.500
Automatisering	39.000	66.500	48.500	24.000	23.000	-	201.000
Medische middelen	7.000	754.000	39.500	2.000	-	-	802.500
Uitvoering van derden	-	-	-	-	-	-	-
Kosten verbindingen	-	-	-	-	-	-	-
Communicatiemiddelen	-	15.000	-	-	-	-	15.000
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>923.000</b>	<b>2.383.580</b>	<b>618.580</b>	<b>608.580</b>	<b>544.509</b>	<b>174.000</b>	<b>5.252.249</b>
<b>Exploitatiesaldo</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>



## Acute Zorg

De Regionale Ambulance Voorziening Zuid-Limburg (RAV ZL) bestaat uit de ambulancezorg en de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) en vormt samen met de GHOR de afdeling Acute Zorg. Als elke seconde telt, rukken de ambulances met zwaailicht en sirene uit. Ook als een patiënt niet in levensgevaar is, maar wel dringend hulp nodig heeft, rijdt de ambulance er zo snel mogelijk naartoe. Daarnaast verzorgt de RAV vervoer op afspraak, bijvoorbeeld van ziekenhuis naar huis. De spin in het web van de ambulancezorg is de meldkamer. Hier coördineren de centralisten de ambulancezorg en hebben zij contact met melders, de ambulanceteams en andere zorgverleners. Patiënten moeten de best mogelijke zorg krijgen, of het er nu twee, twintig of tweehonderd zijn. De GHOR zorgt ervoor dat de opschaling van dagelijkse naar grootschalige geneeskundige hulpverlening soepel verloopt.

# Verlaagd budget zet patiëntenzorg onder druk

Wie ambulancezorg nodig heeft, is bij de afdeling Acute Zorg van de GGD Zuid Limburg in goede handen. De verpleegkundigen en chauffeurs, maar ook de centralisten op de meldkamer en de mensen achter de schermen zetten zich met hart en ziel in voor Zuid-Limburgers die ambulancezorg nodig hebben. Steeds willen zij hun prestaties verbeteren. Daar was ook reden voor. De Regionale Ambulancevoorziening (RAV ZL) voldeed niet aan de landelijke norm om regionaal gezien in 95% van de spoedgevallen binnen 15 minuten ter plaatse te zijn. Uit extern onderzoek bleek dat Zuid-Limburg over te weinig capaciteit beschikte om aan die norm te kunnen voldoen. Dat heeft onder meer te maken met het feit dat deze regio bijna volledig omgeven is door buitenland. Waar andere RAV'en structureel een beroep kunnen doen op buurregio's, kan Zuid-Limburg dat alleen op incidentele basis. Buurlanden België en Duitsland hebben andere systemen en werkwijzen.

## Verbijstering over korting

Diverse maatregelen werden genomen om de prestaties te verbeteren. Zo werd de capaciteit uitgebreid. De tijdelijke financiering hiervoor werd gevonden in de Reserve Aanvaardbare Kosten. Structurele financiering zou beschikbaar komen na de herziening van de landelijke verdeelsystematiek waarmee budget aan de regio's wordt toegekend (2013). Maar in tegenstelling tot een verwachte toename van het budget kreeg Zuid-Limburg door het nieuwe verdeelmodel te maken met een aanzienlijke korting. De verbijstering was groot en aanleiding om medio 2013 de hele RAV ZL tegen het licht te houden. Op het gebied van sturing, registratie en inzet van de beschikbare capaciteit bleken flinke aanpassingen nodig.

De vereiste maatregelen zijn ingezet en zullen ook in 2015 en 2016 hun stempel drukken op de RAV ZL. Bezuinigen is daarbij onontkoombaar. Veel nadrukkelijker dan voorheen moet in de bedrijfsvoering rekening worden gehouden met het kostenaspect. De uitbreiding van de capaciteit op basis van de tijdelijke financiering moest worden teruggedraaid. De resultaten over 2014 laten dankzij de organisatorische verbeteringen en de (tijdelijke) capaciteitsuitbreiding een duidelijke verbetering van de performance zien: ruim 96% van de A1 ritten is binnen 15 minuten ter plaatse.

## Patiëntenzorg onder druk

Het streven is dat de organisatie in 2016 weer helemaal financieel gezond is. Maar daarmee zijn de zorgen over de toekomst niet weg. Want wat gaan de (bezuinigings)maatregelen betekenen voor de zorg aan de inwoners van Zuid-Limburg?

De ambitie is om de uitstekende performance vast te houden. Om de goede dienstverlening en de hoge kwaliteit van zorg te handhaven. Dat is een grote uitdaging. De komende twee jaar zullen uitwijzen of het nieuwe budget toereikend is. Zijn de zeer goede prestaties uit 2014 te handhaven als het aantal ritten blijft toenemen, terwijl het aantal ambulances (dat wil zeggen: het aantal diensten per dag in de regio) wordt teruggebracht naar de landelijke normen?

De RAV ZL volgt nauwlettend welke invloed alle maatregelen hebben op de prestaties.

# Begroting Acute Zorg

Staat van Baten en Lasten	Ambulancezorg	Meldkamer Ambulancezorg	GHOR	Totaal
<b>Opbrengsten</b>				
Bijdragen gemeenten	-	-	928.351	928.351
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	-	-	1.538.179	1.538.179
Inkomsten NZA	14.385.000	1.615.000	-	16.000.000
Overige bijdrage	1.220.000	-	65.000	1.285.000
Vrijval Reserve netcentrisch werken	-	-	30.000	30.000
Vrijval RAK	181.500	314.000	-	495.500
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>15.786.500</b>	<b>1.929.000</b>	<b>2.561.530</b>	<b>20.277.030</b>
<b>Exploitatiekosten</b>				
Personeelskosten	11.658.000	1.472.000	1.577.867	14.707.867
Huisvestingskosten	1.146.500	126.000	267.500	1.540.000
Beheers- en adm. kosten	1.898.500	80.000	337.163	2.315.663
Automatisering	469.500	235.000	175.000	879.500
Medische middelen	405.000	-	5.000	410.000
Uitvoering van derden	80.000	-	-	80.000
Kosten veiligheidsregio	-	-	179.000	179.000
Kosten verbindingen	129.000	16.000	10.000	155.000
Communicatiemiddelen	-	-	10.000	10.000
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>15.786.500</b>	<b>1.929.000</b>	<b>2.561.530</b>	<b>20.277.030</b>
<b>Exploitatiesaldo</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>



Dit is een uitgave van:

De Geneeskundige Gezondheidsdienst (GGD) Zuid Limburg

Postbus 2022 - 6160 HA Geleen

T 046 850 66 66 - F 046 850 66 67

info@ggdzl.nl [www.ggdzl.nl](http://www.ggdzl.nl)

### **Missie GGD Zuid Limburg**

De GGD Zuid Limburg beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van alle Zuid-Limburgers met speciale aandacht voor mensen in een kwetsbare positie. Daarmee wil de GGD eraan bijdragen dat iedereen, van jong tot oud, actief kan deelnemen aan onze samenleving.

### **GGD is een gemeentelijke dienst**

De GGD is een onderdeel van de gemeenten. Gemeenten hebben de taak om de lokale publieke belangen op het gebied van volksgezondheid te behartigen. Gemeenten bepalen het gezondheidsbeleid en voeren de totale regie op de lokale uitvoeringsprogramma's. De GGD adviseert gemeenten hierbij, levert data en kennis, verbindt partijen en is aanjager van processen die moeten leiden tot een betere gezondheid van de Zuid-Limburgers.

*Maart 2015*

## 1. Financiële Paragrafen Begroting 2016

### 1.1 Algemeen

De paragrafen handelen vooral over een aantal belangrijke beheersmatige onderwerpen. De behandelde verplichte paragrafen zijn:

- Weerstandvermogen
- Onderhoud kapitaalgoederen
- Financiering
- Bedrijfsvoering
- Verbonden partijen

De paragrafen grondbeleid en lokale heffingen zijn niet van toepassing op de GGD.

### 1.2 Weerstandvermogen

Het weerstandvermogen kan worden omschreven als het vermogen van de GGD om incidenteel en structureel niet begrote kosten die onverwachts en substantieel zijn, te dekken zonder verstoring van de continuïteit in de uitvoering van de reguliere taken van de GGD. Het weerstandvermogen bestaat enerzijds uit de weerstandscapaciteit in beschikbare middelen en mogelijkheden en anderzijds de risico's waarvoor geen of onvoldoende voorzieningen zijn getroffen of verzekeringen voor zijn afgesloten.

Het weerstandvermogen is van belang voor het beoordelen van de financiële positie van de GGD. In de gemeenschappelijke regeling ligt vast dat de financiële eindverantwoordelijkheid voor de financiële positie van de GGD door de deelnemende gemeenten wordt gedragen. Onverlet deze eindverantwoordelijkheid heeft de GGD als zelfstandig orgaan een eigen verantwoordelijkheid om voldoende weerstandvermogen te vormen.

De weerstandscapaciteit bestaat uit het vrij aanwendbare eigen vermogen (algemene reserve) en de ruimte in de exploitatiebegroting.

#### Algemene Reserve/RAK

Bedrijfsonderdeel	1 januari 2014	Onttrekking/ toevoeging	Voorstel Resultaat- bestemming 2014	31 december 2014
GGD	69.610	-	-42.320	27.290
Huiselijk geweld	11.559	-	-	11.559
<b>Subtotaal GGD</b>	<b>81.169</b>	-	<b>-42.320</b>	<b>38.849</b>
RAV (RAK)	5.283.523	-1.385.137	-660.629	3.237.757
GHOR	107.185	-	-1.064	106.121
<b>Subtotaal Acute Zorg</b>	<b>5.390.708</b>	<b>-1.385.137</b>	<b>-661.693</b>	<b>3.343.878</b>
<b>Totaal</b>	<b>5.471.877</b>	<b>-1.385.137</b>	<b>-704.013</b>	<b>3.382.727</b>

In het AB van 04.12.2006 (GGD Bestuur) is besloten dat de algemene reserve maximaal 6% van de begrote inwonerbijdrage mag bedragen. Ondanks het feit dat vanuit bedrijfseconomisch oogpunt dit een hoger percentage moet zijn, is het AB van mening dat door de garantstelling door de deelnemende gemeenten een algemene reserve van 6% voldoende is. Uitzondering hierop is de GHOR die een plafond van 12% kent. Alle bedrijfsonderdelen blijven onder het gestelde plafond. De algemene reserve van de GGD

bedraagt momenteel een ½ % hetgeen een extra risico betekent voor de deelnemende gemeenten.

Voor een inventarisatie van de risico's waarvoor geen maatregelen zijn getroffen verwijzen we naar het jaardocument 2014 en de risico-inventarisatie zoals deze bestuurlijk in 2013 is besproken.

### **1.3 Onderhoud kapitaal goederen**

In deze paragraaf dient inzicht te worden gegeven in de realisatie van het beleid ten aanzien van onderhoud van kapitaalgoederen en de daaruit voortvloeiende financiële consequenties ten opzichte van de begroting. Het gaat hierbij tevens om het verlangde onderhoudsniveau, de (lange termijn) onderhoudsplanning voor alle belangrijke activa en het voorzieningenbeleid ter zake.

De kapitaalgoederen kunnen worden op basis van de volgende criteria worden aangeschaft:

- Vervanging bestaande kapitaalgoederen
- Wettelijke eisen
- Uitbreiding op basis van kwaliteitsverbetering

Voor de ambulancepost te Sittard-Geleen, welke eigendom blijft van de GGD, is een onderhoudsplan opgesteld. Voor de uitvoering van het groot onderhoud is op basis van dit onderhoudsplan een onderhoudsvoorziening, in overleg met de zorgverzekeraars, gevormd. De onderhoudsplanning van de overige activa gebeurt in overeenstemming met de door de desbetreffende leveranciers afgesproken planning.

### **1.4 Financiering**

De financieringsparagraaf heeft als doel het inzicht geven in het treasurybeleid en de beheersing van de financiële risico's.

Het treasurybeleid van de GGD ZL is gericht op het zo optimaal mogelijk financieren van de publieke taak, waarbij beperking van de financiële risico's centraal staat. Deze financieringsparagraaf en het treasurywettelijk instrument zijn belangrijke instrumenten voor transparantie in de financieringsfunctie.

De financiering van de GGD zal in 2015 opnieuw worden bekeken. Als gevolg van de afwikkeling van het huisvesting dossier zal een en ander opnieuw in kaart worden gebracht.

#### *Kasgeldlimiet*

Het kasgeldlimiet bij de BNG bedroeg in 2015 € 6,5 mln. (rente per maand 0,118%. Per 31-12-2014)

#### *Liquiditeitenbeheer*

In 2014 was de GGD ZL voldoende liquide. Tevens konden rente- en aflossingsverplichtingen van langlopende geldleningen zonder herfinanciering plaatsvinden.

Wekelijks is een liquiditeitsplanning gemaakt om zo optimaal mogelijk gebruik te kunnen maken van liquide middelen.

#### *Vaste geldleningen*

Ultimo 2014 had de GGD ZL zes langlopende geldleningen met een totale waarde van € 7,740 miljoen. Voor een uitgebreide toelichting op deze leningen, wordt verwezen naar de toelichting op de balans.

#### *Schatkistbankieren*

Aangezien de GGD ZL geen contracten en/of beleggingen heeft die na 4 juni 2012 zijn aangegaan, heeft de GGD ZL geen nadelige consequenties ondervonden van het schatkistbankieren.

### *EMU-saldo*

Om deel te kunnen nemen aan de Economische Monetaire Unie (EMU) moeten landen onder meer voldoen aan het criterium dat de overheidsschuld (EMU schuld) lager moet zijn dan 60% van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Tevens moet het begrotingstekort (EMU-saldo) lager zijn dan 3% van het BBP.

Het EMU-saldo wordt berekend op kasbasis, terwijl de GGD ZL zelf met het stelsel van baten en lasten werkt en op basis daarvan ook haar saldo bepaalt. Deze saldi kunnen dan ook sterk uiteen lopen. Dat de GGD ZL toch het EMU-saldo moet presenteren heeft te maken met de afspraken in Europa over de maximaal toegestane tekorten in de collectieve sector in de landen van de euro. Ook de EMU-saldi van de decentrale overheden tellen daarbij mee. Het Emu- saldo wordt nu nog centraal doorgegeven aan het CBS en telt nog niet mee bij de afzonderlijke gemeenten. Het berekende EMU-saldo op basis van de jaarrekening bedraagt voor 2014 +/- 133.000.

ZL (en dus de deelnemende gemeenten) om dient te gaan met deze problematiek.

## **1.5 Bedrijfsvoering**

In deze paragraaf worden de beleidsvoornemens betreffende de volgende onderwerpen behandeld:

- Investeringsbeleid
- Organisatiestructuur
- Administratieve organisatie
- Informatisering en automatisering
- Kansen en bedreigingen
- Personeelsbeleid

### **1.5.1 Investeringsbeleid**

De investeringen in 2016 hebben met name betrekking op de doorontwikkeling en de implementatie van de nieuwe GGD. Voor meer informatie verwijzen we naar het investeringsbeleid - dat in januari 2009 door het DB is vastgesteld - en naar de financiële verordening (art. 2.12 gemeentewet).

### **1.5.2 Organisatiestructuur**

De volgende onderdelen worden benoemd:

- *Bestuur:* Conform de wettelijke bepaling in de wet gemeenschappelijke regelingen bestaat de bestuursstructuur uit een Algemeen Bestuur, een Dagelijks Bestuur en een voorzitter. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de GHOR blijft bij het VeiligheidsBestuur Zuid-Limburg. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze taken is door middel van een bestuursovereenkomst opgedragen aan de GGD Zuid Limburg.
- *Directie:* De directie bestaat in 2015 uit twee leden en is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding en het beheer van de organisatie en legt hiervoor verantwoording af aan het Dagelijks Bestuur.
- *Afdelingen:* Onder de directie vallen vijf uitvoerende afdelingen en vier ondersteunende units.

### **1.5.3 Administratieve organisatie**

De interne controle in 2016 richt zich met name op de verdere herinrichting van de processen in de nieuwe organisatie. Processen die in 2014 en 2015 zijn beschreven worden verder geoptimaliseerd. Daarnaast zal de structurele inbedding van risicomanagement prominente aandacht krijgen.

#### **1.5.4 Informatisering en automatisering**

In 2016 zal met name aandacht zijn voor verdere optimalisatie van informatiemanagement met behulp van automatisering.

#### **1.5.5 Kansen en bedreigingen**

*Kansen:*

- Een toenemende (landelijke) erkenning dat de gezondheid van de Zuid-Limburgers vraagt om een specifieke en innovatieve benadering.
- De decentralisaties van steeds meer landelijke taken, waarmee de beleidsregie in Zuid-Limburg komt te liggen. Hiermee kan meer beleidssamenhang gecreëerd worden.
- De toenemende samenwerking tussen gemeenten op het gebied van publieke gezondheid (regionaal beleid).
- De toenemende verbondenheid tussen preventie en curatie (om zorgkosten te beperken is meer investering in preventie nodig). Noodzaak en behoefte aan beschikbaarheid van gezondheidsdata.
- Noodzaak en behoefte om preventie te vertalen naar maatschappelijke opbrengsten.

*Bedreigingen:*

- De blijvende signalen over crisis en bezuinigingen op rijksniveau en gemeenteniveau.
- Nationalisering Politie i.v.m. afname producten.
- Onduidelijkheden rondom de decentralisaties en de invloed hiervan op de organisatie.

#### **1.5.6 Personeelsbeleid**

De GGD heeft net als andere organisaties te maken met steeds snellere ontwikkelingen, mede door het gebruik van sociale media en internet. Ook de GGD medewerkers opereren in steeds complexere, meer verweven en dynamischer contexten. Zij moeten in staat zijn om direct en intuïtief te reageren op deze veranderende omstandigheden. De GGD investeert dan ook vanuit het principe van een lerende organisatie voortdurend in de verdere ontwikkeling van haar medewerkers.

Hierop aansluitend zal in 2016 en volgende jaren in de vormgeving van het personeelsbeleid het accent blijven liggen bij de verdere doorontwikkeling van de GGD-organisatie en haar medewerkers volgens de principes van integraal management en resultaatgerichte sturing. Strategische personeelsplanning en daaraan gekoppeld mobiliteit van medewerkers zijn hierin dominante thema's waaraan verder vorm en inhoud zal worden gegeven. Daarnaast zal in de uitvoering van het personeelsbeleid een bijdrage worden geleverd aan het (blijven) investeren in een organisatie die blijft aansluiten bij de efficiëntie-eisen die de veranderende omgeving stelt.

### **1.6 Verbonden partijen**

In het BBV is verbonden partij gedefinieerd als; "een privaats- dan wel publiekrechtelijke organisatie waarin de gemeente een bestuurlijk en een financieel belang heeft". Een financieel belang is aanwezig wanneer een ter beschikking gesteld bedrag niet verhaalbaar is bij faillissement, dan wel als financiële aansprakelijkheid bestaat indien de verbonden partij haar verplichtingen niet nakomt. Bestuurlijk belang is aanwezig indien er zeggenschap bestaat uit hoofde van stemrecht dan wel vertegenwoordiging in het bestuur van de organisatie.

In 2014 heeft de GGD zowel bestuurlijk als financieel een 49,99% belang verkregen in Ease. Het resultaat van Ease over 2014 bedroeg € 315.922.

De GGD zelf is een verbonden partij voor de deelnemende gemeenten. Dit zijn de gemeenten: Beek, Brunssum, Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittem, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Maastricht, Meerssen, Nuth, Onderbanken, Schinnen, Simpelveld, Sittard-Geleen, Stein, Valkenburg a/d Geul, Vaals en Voerendaal.



# Factsheet Veilig Thuis



## **Inleiding**

Sinds 1 januari 2015 maakt Veilig Thuis deel uit van de GGD Zuid Limburg. Dit heeft (financiële) consequenties voor de GGD Zuid Limburg en de gemeenten. In deze factsheet worden de bestuurlijke en financiële afspraken rondom Veilig Thuis compact weergegeven.

## **De aanloop naar Veilig Thuis**

Per 1 januari 2015 moeten alle gemeenten een Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) ingericht hebben, dat de naam Veilig Thuis heeft. Dit is een gevolg van de nieuwe Jeugdwet en WMO die vanaf die datum gelden. Daarmee dragen gemeenten verantwoordelijkheid voor de meest kwetsbare groepen in onze samenleving: volwassenen en kinderen die te maken krijgen met geweld in afhankelijkheidsrelaties. Er waren voor de wetgever twee belangrijke redenen om Veilig Thuis te organiseren:

- Eén meldpunt voor alle vormen van geweld in afhankelijkheidsrelaties
- Meer samenhang in de aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties

In Zuid-Limburg was de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling georganiseerd in respectievelijk het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) en Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK). Het SHG werkt in haar werkprocessen nauw samen met de vier veiligheidshuizen in Zuid-Limburg en maakte deel uit van de GGD Zuid Limburg. Het AMK was onderdeel van Bureau Jeugdzorg.

Op basis van een advies van een multidisciplinaire werkgroep die zich – naast de inhoudelijke vraagstukken – ook heeft gericht op het vormaspect hebben de Zuid-Limburgse gemeenten hun voorkeur uitgesproken voor een organisatorische onderbrenging van Veilig Thuis bij de GGD Zuid Limburg. Na een verkenning in de tweede helft van 2014 heeft besluitvorming voor onderbrenging van Veilig Thuis bij de GGD Zuid Limburg formeel op 1 december 2014 in het Algemeen Bestuur van de GGD Zuid Limburg plaatsgevonden. Hieraan voorafgaand heeft besluitvorming in alle Zuid-Limburgse gemeenten plaatsgevonden.

## **De bestuurlijke afspraken**

De Regiovisie Veilig Thuis en het Plan van Aanpak voor de Vorming van het Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling in Zuid-Limburg, inclusief het financieel kader voor 2015 zijn richtinggevend voor Veilig Thuis. Omdat er op het moment van besluitvorming nog teveel onzekerheden bestonden, heeft het Algemeen

Bestuur van de GGD gekozen voor een gefaseerde aanpak. De volgende bestuurlijke afspraken zijn gemaakt

- Het Algemeen Bestuur heeft de taakopdracht geaccepteerd van gemeenten in Zuid-Limburg om het Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) onder te brengen bij de GGD Zuid Limburg.
- Het Algemeen Bestuur heeft opdracht aan GGD ZL gegeven om de overdracht van taken van Bureau Jeugdzorg samenhangend met het AMK te realiseren.
- Het Algemeen Bestuur heeft gevraagd een plan van aanpak op te stellen voor de gefaseerde invoering in 2015 en de op te lossen aandachtspunten.
- Het Algemeen Bestuur heeft besloten om te komen tot een bestuurlijke inbedding vallend onder het bestuur van de GGD.
- Het Algemeen Bestuur heeft gekozen voor een separate financiële inbedding en heeft besloten dat eventuele financiële tegenvallers niet ten laste komen van de GGD maar van de deelnemende gemeenten.

Conform de afspraken in deze documenten is ervoor gezorgd dat per 01.01.2015 het frontoffice ingericht en operationeel is.

### **Begroting Veilig Thuis 2015**

In de begroting 2015 van de GGD Zuid Limburg is geen rekening gehouden met de onderbrenging van Veilig Thuis bij de GGD Zuid Limburg (GGD ZL). De oorspronkelijke begroting 2015 voor Veilig Thuis is gesplitst over 2 partijen (Bureau Jeugdzorg en GGD ZL). Bij Bureau Jeugdzorg (BJZ) is het onderdeel AMK begroot en bij de GGD het onderdeel Huiselijk Geweld. Beide begrotingen zijn goedgekeurd.

Duidelijk is dat minimaal deze begrotingen in zijn geheel deel moeten gaan uitmaken van de begroting van de GGD ZL. Uitgaande van de prognose zoals deze door BJZ voor 2015 is begroot zou dit in de 'oude' constructie leiden tot een begrotingstekort 2015 van ongeveer € 70.000. Omdat momenteel de omgeving enorm in beweging is kan op dit moment nog geen uitspraak worden gedaan of dit ook in de nieuwe situatie een realistische weergave is.

Uit onderzoek is gebleken dat het onderbrengen van Veilig Thuis bij de GGD ZL betekent dat sprake is van een zogenaamde overdracht van onderneming voor de taken die het AMK (=BJZ) nu uitvoert. Bij overdracht van onderneming gaat het personeel dat taken verricht in het primaire proces over naar de 'verkrijgende organisatie' (=GGD ZL). De overige kosten (lees overhead) blijven achter bij de 'latende' organisatie. In casu is dit BJZ. Zodra de overdracht van onderneming is gerealiseerd, en de daarmee samenhangende financiële consequenties volledig in beeld gebracht zijn, wordt een begrotingswijziging voor 2015 opgesteld op basis van de werkelijke kosten.

### **Begroting Veilig Thuis 2016**

Over het budget 2016 en volgende jaren zijn nog geen afspraken gemaakt tussen de GGD ZL en de Zuid-Limburgse gemeenten. De vele (inhoudelijke) knelpunten en onduidelijkheden die er zijn bemoeilijken het maken van afspraken voor de lange termijn. Mede hierdoor is het op dit moment vrijwel niet mogelijk om een realistische inschatting te maken van de kosten van Veilig Thuis voor de lange termijn.

Op basis van de beperkte kennis op dit moment, en de daarmee samenhangende te verwachten kosten, is de begroting 2016 opgesteld. Ten opzichte van de oorspronkelijke begroting 2015 betekent dit een stijging van € 270.000. In dit bedrag is rekening gehouden met het huidig tekort op de begroting van BJZ en de uitbreiding van taken als gevolg van de wetswijziging.

### **Consequenties voor gemeenten en de gemeentelijke begrotingen**

Voor de begroting 2015 zal, naar verwachting, voor de zomervakantie een begrotingswijziging worden opgesteld. Gezien de overgangsfase, de overdracht van onderneming en het reeds geconstateerde tekort op de begroting van BJZ zal dit leiden tot een budgetverhoging. Gelet op het besluit van het bestuur dat tekorten ten laste van de gemeenten worden gebracht moeten de Zuid-Limburgse gemeenten rekening houden met een bijbetaling van minimaal € 70.000.

De begroting 2016 geeft op basis van de huidige stand van zaken een reëel beeld van de kosten en kent ten opzichte van de oorspronkelijke begroting 2015 een kostenstijging van € 270.00. De begroting 2016 is opgenomen in de begroting 2016 van de GGD ZL en ligt als zienswijze voor aan de Zuid-Limburgse gemeenten.

**Toekomstscenario's  
GGD Zuid Limburg  
2016-2019**

## Samenvatting

Sinds medio 2014 werkt de GGD Zuid Limburg aan een interactief ontwikkelproces om te komen tot toekomstscenario's voor de periode 2016-2019. Na een periode van verheldering van uitgangspunten, inhoudelijke visievorming en consultatie is een beslisdocument opgesteld dat inzicht biedt in de mogelijke toekomstperspectieven voor de GGD Zuid Limburg. Een document waarin vier scenario's zijn uitgewerkt:

### 1. Afbouwen

Scenario 1 kent een bezuinigingspercentage van 9%. Een aantal inhoudelijke ontwikkelingen van afgelopen jaren wordt teruggedraaid (bv. rVTV-cijfers op wijkniveau). Dit met als gevolg dat de GGD bij een aantal taken onder de wettelijke minimumnorm zal gaan functioneren. In dit scenario is er nauwelijks een rol voor de GGD in het sociaal domein.

### 2. Stilstand

Scenario 2 gaat uit van behoud van het huidig budget. De veranderingen die de afgelopen jaren zijn ingezet worden afgerond, zonder verdere inhoudelijke doorontwikkeling. De aansluiting bij het sociaal domein is beperkt en de beschermingstaken (infectieziektebestrijding, medische milieukunde) komen onder druk te staan.

### 3. Gefaseerd doorontwikkelen

Ook scenario 3 gaat uit van behoud van het huidig budget, maar dit scenario biedt de mogelijkheid voor gefaseerde groei: als gemeenten meer diensten/nieuwe taken van de GGD vragen is dit met additionele financiering mogelijk. Het uitgangspunt is een partnerschap tussen de gemeenten en de GGD (op regionale schaal maar ook met individuele gemeenten) met een mogelijkheid voor gefaseerd meegroeien met ontwikkelingen (o.a. in sociaal domein) binnen strakke regie. De focus ligt op het realiseren van efficiencywinst door slimmer samen te werken met andere partijen.

### 4. Versneld doorontwikkelen

Scenario 4 is inhoudelijk identiek aan scenario 3. Om een versnelde doorontwikkeling – die past bij de inhoudelijke ambities – mogelijk te maken wordt het budget verhoogd met 3% structureel en eenmalig 5,5% om het weerstandsvermogen van de GGD te vergroten.

Bij elk scenario is in dit document nader beschreven, vanuit welk perspectief het scenario is ontstaan, wat de kernelementen zijn en wat de consequenties zijn voor de inhoudelijke, organisatorische en financiële ambities zoals door de Zuid-Limburgse gemeenten geformuleerd.

## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	2
Inhoudsopgave .....	3
1 Inleiding .....	4
1.1 De reikwijdte van dit document.....	4
1.2 Opbouw document / leeswijzer .....	5
2 Wat is nodig in Zuid-Limburg? .....	6
2.1 Gezondheid door een nieuwe bril.....	6
2.1.1 Bewaken: zicht op de wijk.....	7
2.1.2 Bevorderen: kans voor preventie.....	8
2.1.3 Beschermen: gezondheidsbescherming op wettelijk basisniveau .....	10
2.2 Samenwerkingsvormen .....	11
2.3 Financiën .....	13
3. Waar staan we nu? .....	14
3.1 Inhoudelijke ontwikkeling .....	14
3.3 Financiële ontwikkelingen .....	17
3.3.1 Kwetsbare financiële situatie.....	17
4 Toekomstscenario's.....	20
4.1 Scenario 1: afbouwen .....	20
4.2 Scenario 2: stilstand.....	22
4.3 Scenario 3: gefaseerd doorontwikkelen .....	24
4.4 Scenario 4: versneld doorontwikkelen .....	27
5 Besluitvorming .....	30
Bijlagen	
Bijlage 1: Organogram GGD Zuid Limburg	
Bijlage 2: Samenvatting rVTV	
Bijlage 3: Kaders en uitgangspunten scenario's GGD Zuid Limburg 2016-2019	
Bijlage 4: Een forse opdracht: wat zijn de resultaten van het door de gemeenten gekozen toekomstscenario?	
Bijlage 5: Een terugblik vanuit financieel perspectief	
Bijlage 6: Terugblik raadsconferentie	
Bijlage 7: Effecten scenario's op meerjarenbegroting en weerstandsvermogen	

# 1 Inleiding

Vier jaar geleden heeft de GGD Zuid Limburg op verzoek van het Algemeen Bestuur meerjarencenario's gepresenteerd voor bezuinigingen in de periode 2012-2015. In deze scenario's werden financiële taakstellingen gekoppeld aan inhoudelijke ontwikkelingen. De totstandkoming van deze scenario's heeft destijds in belangrijke mate bijgedragen aan een weloverwogen keuze van gemeenten in de mogelijke toekomstperspectieven en het daarbij behorende financiële bezuinigingsperspectief. Na unanieme besluitvorming medio 2011 werd van de GGD Zuid Limburg gevraagd om in de periode 2012-2015 een bezuinigingspercentage van 11% te realiseren en daarnaast geprioriteerd en gefaseerd de ambities zoals de Zuid-Limburgse gemeenten deze hadden geformuleerd in de regionale gezondheidsnota te realiseren.

Eind dit jaar eindigt de huidige beleidsperiode. Gelet op de positieve ervaringen die zijn opgedaan met het werken in een cyclus van vier jaar, heeft het Algemeen Bestuur de directie gevraagd om toekomstscenario's voor de periode 2016-2019 op te stellen. Waar de periode tot en met 2015 in het teken heeft gestaan van bezuinigingen en het op orde brengen de taakvelden binnen de publieke gezondheid, zullen de komende jaren grotendeels in het teken staan van de transformatie binnen het sociale domein. Vanzelfsprekend is bij deze nieuwe toekomstscenario's aansluiting gezocht bij de gemeentelijke ontwikkelingen in het sociaal domein.

Met de realisatie van dit document heeft de GGD Zuid Limburg invulling gegeven aan de bestuurlijke opdracht. Het is de taak van het Algemeen Bestuur om, op basis van de zienswijzen van de gemeenteraden in Zuid-Limburg, een keuze te maken voor één van de toekomstscenario's voor de periode 2016-2019.

## 1.1 De reikwijdte van dit document

De GGD Zuid Limburg beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van alle Zuid-Limburgers met speciale aandacht voor mensen in een kwetsbare positie. Daarmee wil de GGD eraan bijdragen dat iedereen, van jong tot oud, actief kan deelnemen aan onze samenleving. De GGD is de gezondheidsdienst van de 18 gemeenten in Zuid-Limburg en geeft vanuit haar deskundigheid op de terreinen van sociale geneeskunde en verpleegkunde, epidemiologie, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen uitvoering aan de taken uit de Wet publieke gezondheid (Wpg). Daarnaast vervult de GGD – op vraag van de Zuid-Limburgse gemeenten – enkele taken uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De GGD treedt ook acuut op bij spoedeisende medische hulpverlening en bij calamiteiten. Dit vanuit haar aanwijzing als Regionale ambulancevoorziening (RAV) en vanuit haar GHOR-taken is de GGD mede verantwoordelijk voor de veiligheid van de burgers in Zuid-Limburg.

De RAV en de GHOR maken geen deel uit van dit document. Afspraken over de ambulancezorg en meldkamer ambulancezorg worden gemaakt met de zorgverzekeraars; hierover worden de Zuid-Limburgse gemeenten separaat geïnformeerd. Voor de GHOR

zijn parallel aan dit document ook toekomstscenario's opgesteld, met daarbij horend een eigen besluitvormingsproces onder verantwoordelijkheid van het Veiligheidsbestuur.

## **1.2 Opbouw document / leeswijzer**

Dit toekomstdocument is als volgt opgebouwd. In *hoofdstuk 2* zijn de maatschappelijke opgaven voor Zuid-Limburg en de ambities van de Zuid-Limburgse gemeenten beschreven. *Hoofdstuk 3* biedt zicht op de huidige dienstverlening van de GGD en een terugblik op de gerealiseerde doelstellingen in de afgelopen jaren. De toekomstscenario's voor de GGD staan beschreven in *hoofdstuk 4*. Tot slot wordt in *hoofdstuk 5* aandacht besteed aan de besluitvorming.



## 2 Wat is nodig in Zuid-Limburg?

Een leven in goede gezondheid vindt iedereen belangrijk, haast vanzelfsprekend. Gezondheid is het dierbaarste bezit van mensen. Een goede gezondheid draagt bij aan de zelfredzaamheid en de wijze waarop men invulling kan geven aan het leven. Een goede gezondheid is belangrijk voor de kwaliteit van leven. Dat blijkt ook elk jaar uit de goede voornemens die worden gemaakt: bijna de helft van de Nederlanders neemt zich voor gezonder te leven in het nieuwe jaar. Welk lijstje je er ook bij pakt, grote kans dat in de top 3 afvallen en stoppen met roken staan. Maar wat is gezondheid eigenlijk en wat is op dit gebied in Zuid-Limburg nodig?

Om te komen tot nieuwe scenario's voor de GGD Zuid Limburg is in september 2014 gestart met een interactief ontwikkelproces met de verantwoordelijke bestuurders van de Zuid-Limburgse gemeenten en vervolgens ook de ambtelijke vertegenwoordigers en andere betrokken partijen. Tijdens het proces bleek dat een brede oriëntatie op publieke gezondheid in Zuid-Limburg wenselijk is. De beweging in het sociale domein vraagt immers om een transformatie van de publieke gezondheid binnen het veld van zorg en welzijn. De bestuurlijke uitgangspunten voor de ontwikkeling van de scenario's (zie bijlage 3) zijn eind 2014 door het Algemeen Bestuur vastgesteld. In samenwerking met de portefeuillehouders Volksgezondheid organiseerde de GGD Zuid Limburg vervolgens op 19 januari 2015 een regionale raadsconferentie met de titel 'Samen gezond op weg'. Het programma stond in het teken van de (on)gezondheid van de inwoners van Zuid-Limburg en de rol van publieke gezondheid in relatie tot het sociale domein. Gemeenten, politiek, adviesorganen en zorgpartners hebben tijdens deze conferentie verkend wat nodig is in Zuid-Limburg en wat de GGD voor gemeenten kan betekenen om zoveel mogelijk inwoners zo lang mogelijk en zo zelfstandig mogelijk te laten meedoen in de samenleving (zie bijlage 6 voor een terugblik op deze conferentie).

In dit hoofdstuk worden de ambities voor Zuid-Limburg in relatie tot het werkveld van de GGD Zuid Limburg beschreven, zoals deze in het ontwikkelproces zijn benoemd. Hierbij worden de ambities in beeld gebracht vanuit de inhoud, (samenwerkings)vorm en het financieel perspectief.

### 2.1 Gezondheid door een nieuwe bril

De Wereldgezondheidsorganisatie definieerde in 1948 gezondheid als een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet het louter ontbreken van ziekte. Volgens deze bijna 70 jaar oude definitie zou bijna niemand gezond zijn. Om de brug te slaan naar de ontwikkelingen in het sociale domein is het nodig om vanuit een nieuwe bril naar gezondheid te kijken en verbindingen te leggen tussen gezondheid en andere domeinen. Tegenwoordig gaat gezondheid veel meer om het vermogen je aan te passen aan de uitdagingen van het leven en zelf regie te voeren op je leven (Machteld Huber, Louis Bolk Instituut); ook als je te maken hebt met een ziekte of aandoening.

*'Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven', zo luidt het nieuwe concept van gezondheid zoals ontwikkeld door Machteld Huber.*

Het verschil met de oude WHO-definitie is dat in dit concept de potentie benadrukt wordt om mee te doen in de samenleving, zelfs wanneer er sprake is van ziekte. Daarbij zijn persoonlijke groei en ontwikkeling en het vervullen van persoonlijke doelen in het leven belangrijk. Doel is daarmee niet de gezondheid, maar vooral de verhoogde veerkracht en eigen regie. Vanwege de ontwikkelingen in het sociale domein is deze eigentijdse kijk op gezondheid zeer actueel. Gezonde mensen kunnen meer maatschappelijk bijdragen en omgekeerd helpt maatschappelijke participatie mensen om gezond te leven. Gezondheid is daarmee een middel om de participatie en zelfredzaamheid te vergroten en dat is weer een hoofddoel van de decentralisaties in het sociale domein.

Hoewel de bril waarmee naar gezondheid wordt gekeken verandert, blijft ongewijzigd dat de focus van de GGD Zuid Limburg ligt op de *publieke gezondheid*. De publieke gezondheidszorg richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en risicogroepen en gaat niet uit van individuele hulpvragen. Deze zorg vult daarmee de reguliere zorg aan, die met name gericht is op de genezing (cure) en verzorging (care) van individuele patiënten. Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke opgave. Vanuit de publieke gezondheidszorg worden bijvoorbeeld risicogroepen voor aandoeningen of infecties in kaart gebracht, initiatieven genomen voor interventies voor deze risicogroepen, inentingscampagnes georganiseerd en de geneeskundige hulpverlening bij rampen gecoördineerd. De GGD Zuid Limburg richt zich hierbij steeds op mensen en groepen in een kwetsbare positie. Daar zijn deze opgaven het grootst en heeft de overheid een rol ten behoeve van het collectief.

De maatschappelijke opgave – en daarmee ook de belangrijkste uitdaging voor de GGD – verandert door de jaren heen. Terwijl ruim 100 jaar geleden de grootste uitdaging was om te zorgen voor een goede hygiëne en het voorkomen van epidemieën (en de borging daarvan blijft ook nu nog belangrijk), lag afgelopen jaren de focus onder andere op het voorkomen van overgewicht en psychosociale problematiek. Bekeken vanuit de ontwikkelingen in het sociaal domein is voor het bepalen van de focus binnen de publieke gezondheid voor de komende jaren van belang om de juiste verbindingen te leggen tussen gezondheid en andere domeinen.

Benaderd vanuit de kernfuncties van de GGD – bewaken, beschermen en bevorderen – worden hieronder de belangrijkste inhoudelijke ambities voor de komende jaren beschreven.

### **2.1.1 Bewaken: zicht op de wijk**

Het besef dat het realiseren van gezondheidswinst vooral in de wijken moet gebeuren, is in Zuid-Limburg groot. Het moet gebeuren in de leefgebieden waar mensen wonen, naar school gaan en vaak ook werken. Daar waar ze gebruik maken van sociale netwerken en professionals. Dat vraagt om een actueel, betrouwbaar en breed georiënteerd inzicht in de gezondheidssituatie in een wijk en in het effect van de gekozen aanpak.

### *Wat vragen de Zuid-Limburgse gemeenten?*

Veel gemeenten geven aan behoefte te hebben aan een praktijkgerichte uitwerking van informatie op wijkniveau; een uitwerking die continu wordt geactualiseerd (dynamische wijkscan). Het gaat daarbij vooral om het slim koppelen en combineren van data uit verschillende bronnen. Doel is telkens het opstellen van risicoprofielen op wijk- of buurtniveau, voor bepaalde scholen of voor bepaalde doelgroepen. Het is hierbij niet langer voldoende om inzicht te geven in uitsluitend de gezondheid van de Zuid-Limburgers. De gemeenten in Zuid-Limburg spreken een zeer duidelijke behoefte uit om verbanden te laten zien tussen gezondheid en de woon- of werksituatie, de situatie op school, veiligheidsaspecten en het welzijn van mensen.

Gemeenten zijn daarnaast ook op zoek naar inzicht in de maatschappelijke opbrengst van de inspanningen in het sociaal domein, inzicht in het effect van het ingezette beleid (doen we de juiste dingen en doen we ze goed?) en inzicht in kosten versus (maatschappelijke) baten (kosten-baten analyses). Door het inzichtelijk maken van de effecten, kan ook worden bestudeerd of de juiste beleidskeuzes zijn gemaakt of dat er onbedoelde effecten zijn.

### *Wat kan de GGD Zuid Limburg hierin betekenen?*

De GGD Zuid Limburg heeft een rijke historie op het gebied van monitoring en kan op dit vlak ook in de komende jaren een belangrijke rol vervullen. Evenals de Zuid-Limburgse gemeenten ziet de GGD de taken op het gebied van monitoring als kerntaak en belangrijk fundament van de publieke gezondheid. Samen met de universiteit en andere (zorg)partners in haar kennisnetwerk kan de GGD in de behoeften van de gemeenten voorzien. Door nieuwe mogelijkheden in informatieverzameling vanuit verschillende kennisbronnen, meer specifieke en dynamische monitoringsmethoden en analyses door GGD-professionals (en samenwerkingspartners) kunnen betrouwbare en actuele risicoprofielen op wijk- of buurtniveau, voor bepaalde scholen of voor bepaalde doelgroepen worden opgesteld. Hierdoor krijgen de gemeenten meer zicht op de wijk of een specifieke doelgroep. De rol van de GGD ontwikkelt hierdoor in toenemende mate van *data-verzamelaar* naar *data-verbinder*.

Juist door het vervullen van deze nieuwe rol en het verbindings leggen tussen eigen data van de GGD en relevante data van zorgpartners en andere partijen wordt het voor gemeenten mogelijk een rijker inzicht te krijgen in de actuele situatie en de effecten van het door hen ingezette beleid. Het gaat om precieze duiding van een probleem in de uitvoering op basis van concrete en actuele cijfers. Deze verdieping sluit nauw aan op de principes van de decentralisaties; sturing en uitvoering dichtbij burgers en op lokaal niveau.

## **2.1.2 Bevorderen: kans voor preventie**

Uit de rTVV 2014 blijkt dat de mensen in Zuid-Limburg (nog steeds) het minst gezond leven van Nederland. Grote groepen mensen hebben veel lichamelijke problemen en psychische klachten, waardoor zij minder lang (in een goede gezondheid) leven en op sommige vlakken beperkt deelnemen aan onze maatschappij. In onze regio wonen veel mensen in kwetsbare posities; jongeren, ouderen en mensen met een lage sociaal-

economische-status. De problemen waar zij mee te maken hebben zijn complex en vragen om een vroegtijdige, preventieve en integrale aanpak van publieke en private partijen.

### **Bezuinigen door investering in preventie**

Gemeenten die willen bezuinigen, zouden moeten investeren in preventie. De helft van de ziektes en aandoeningen is vermijdbaar en dus ook de helft van de ziektelasten. De lasten bestaan uit kosten voor zorg, voorzieningen en (huishoudelijke) ondersteuning, maar ook uit uitkeringen als gevolg van ziekte en arbeidsongeschiktheid.

De winst van preventie bestaat uit een lager gebruik van voorzieningen voor zorg en ondersteuning, een hogere arbeidsparticipatie, een lager ziekteverzuim, een toename van gezonde levensjaren, meer welzijn en meer mensen die in staat zijn om te sporten, vrijwilligerswerk te doen of mantelzorg te geven.

Uit onderzoek blijkt dat preventie in de zorg voor de maatschappij als geheel kostenbesparend is (Preventie in de zorg, RIVM, 2013). Een voorbeeld: als mensen tussen hun 20e en 44e stoppen met roken, levert dat de maatschappij een gemiddeld rendement op van circa €12.000 euro per gestopte roker. (Prevention pays for everyone, PwC, 2010).

Gemeenten streven naar een lager gebruik van voorzieningen voor ondersteuning en zorg (de-medicalisering), een hogere arbeidsparticipatie, een lager ziekteverzuim, een hogere welzijnsstandaard en meer mensen die in staat zijn om zich sociaal in te zetten bij bijvoorbeeld sportverenigingen, in het verrichten van vrijwilligerswerk of in het geven van mantelzorg.

#### *Wat vragen de Zuid-Limburgse gemeenten?*

De gemeenten in Zuid-Limburg beseffen dat het in het kader van de decentralisaties nog belangrijker wordt om gezondheidsproblemen te voorkomen. Preventie en vroegsignalering zijn belangrijke voorwaarden om succesvol te zijn bij de sociale opgaven. Door de verschuiving in verantwoordelijkheden die samenhangt met de decentralisaties hebben gemeenten meer mogelijkheden om preventieve inspanningen integraal vorm te geven en dat biedt nieuwe kansen, zo zeggen gemeenten.

Daar waar de behoefte aan gezondheidsinformatie (zie vorige paragraaf) relatief concreet benoemd kan worden, vinden gemeenten het in deze fase moeilijk om een compleet beeld te schetsen van taken en werkzaamheden die ze op het vlak van preventie van de GGD verwachten. Wel spreken de Zuid-Limburgse gemeenten ten aanzien van preventie de ambitie uit om dit traject samen met de GGD te gaan verkennen in de komende jaren. Voor de gemeenten is de GGD als geen ander partner om preventie een plek te geven in het sociale domein. De GGD is immers vanouds gericht preventie met een focus op (de meest) kwetsbare groepen. Daarbij is de GGD werkzaam in het publieke domein en kan zij als gemeentelijke dienst met een medisch profiel de dialoog tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders faciliteren.

Uit de uitgebreide consultatie die afgelopen maanden heeft plaatsgevonden en waarin is gesproken met bestuursleden, individuele portefeuillehouders, ambtenaren volksgezondheid, ketenpartners in de zorg en ketenpartners in de regionale netwerken rondom de

drie decentralisaties blijkt dat de toegevoegde waarde van de GGD op dit vlak in ieder geval wordt gezien in de beleidsontwikkeling voor lokaal (gezondheids)beleid, als aanjager voor gezondheid op scholen en op het gebied van vroegsignalering in de netwerken voor de jeugd en het vervullen van een verbindende rol in deze netwerken.

*Wat kan de GGD Zuid Limburg hierin betekenen?*

Om preventie en vroegsignalering op een duurzame en efficiënte manier in te bedden in het sociale domein en het stelsel van zorg is het van belang om kennis over preventie in te brengen in de overleggen en netwerken rondom de transformatie van het sociale domein. De GGD Zuid Limburg kan samen met gemeenten de rol van preventie vergroten en daarmee een bijdrage leveren aan de maatschappelijke participatie van burgers en het versterken van (hun) sociale netwerken. De inspanningen van de GGD zullen daarbij vaak niet direct zichtbaar zijn. De aanpak van maatschappelijke opgaven sorteert pas na enkele jaren effect.

De afgelopen jaren heeft de GGD ervaring opgedaan in netwerken als *voor elkaar in Parkstad, blauwe zorg* en *alliantie Santé (Maastricht)* en wordt door partijen in Zuid-Limburg steeds meer gezien als vaste gesprekspartner in het sociale domein. De GGD is in staat om deze inspanningen de komende jaren – in voortdurende nauwe afstemming met gemeenten – te verrichten en hierbij (lokaal) maatwerk te verzorgen. Daarmee kan de vroege preventieve aanpak worden gerealiseerd en kunnen de maatschappelijke effecten rond de sociale opgave zichtbaar worden.

### **2.1.3 Beschermen: gezondheidsbescherming op wettelijk basisniveau**

Naast de uitdagingen op de sociaal maatschappelijk georiënteerde taakvelden – zoals beschreven in de vorige paragrafen – blijven ook de gezondheidsbeschermende taken zoals voorbereiding op infectieziekten, curatieve seksuele gezondheid, medische milieukunde, technische hygiënezorg, de uitvoering van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg en het Rijksvaccinatieprogramma van groot belang. Deze taken kennen een duidelijk afgebakend professioneel handelingsdomein. Richtlijnen worden veelal landelijk bepaald en het productenaanbod is eenduidig, zowel kwalitatief als kwantitatief goed definieerbaar en te koppelen aan te verwachten resultaten. Dat geldt overigens ook voor de uitvoering van deze taken in opgeschaalde situaties. Gemeenten zijn gehouden aan het wettelijk kader dat voor de uitvoering van deze gezondheidsbeschermende taken geldt.

*Wat vragen de Zuid-Limburgse gemeenten?*

Gemeenten geven voor de nieuwe scenario's als belangrijk kader mee dat de taakuitvoering van de gezondheidsbeschermende taken op het minimale wettelijke niveau geborgd moet worden, ook in de komende jaren. In lijn met de nieuwe landelijke ontwikkelingen vragen de gemeenten om in de komende jaren ook in opgeschaalde situaties (maatschappelijke onrust en crisisbeheersing m.b.t. infectieziekten) een beroep te kunnen doen op de experts van de GGD.

*Wat kan de GGD Zuid Limburg hierin betekenen?*

De gezondheidsbeschermende taken bevinden zich in het hart van de GGD. Een adequate invulling van de gezondheidsbeschermende taken vraagt om een hoog deskundigheidsniveau, een grote inhoudelijke expertise en een intensieve samenwerking met zorgpartners in de regio. Hierop heeft de GGD de afgelopen jaren sterk gefocust, zowel op landelijk als op regionaal niveau en dit is een stevige basis voor de komende jaren. De GGD is dé expert als het gaat om gezondheidsbescherming en is wettelijk verantwoordelijk voor de uitvoering van deze taken. De verwachting is dat de behoefte aan deze expertise in de komende jaren onveranderd groot blijft.

Ten aanzien van de opgeschaalde publieke gezondheid (maatschappelijke onrust en voorbereiding op crisisbeheersing met betrekking tot infectieziekten) moet de GGD de komende jaren investeren in aanvullende deskundigheid.

## **2.2 Samenwerkingsvormen**

De decentralisatie van taken in het sociaal domein naar gemeenten en de daarmee samenhangende transformatie betekent feitelijk het ingrijpend herinrichten van verhoudingen in een ingewikkelde en dynamische arena, zoals ook in de Rob-lezing van 2014 wordt gesteld. Het is het domein bij uitstek waar productie vooral en voortdurend coproductie is. Alle gemeenten in Nederland staan voor de opgave om de noodzakelijke transformatie van het sociaal domein en krimpemde budgetten met elkaar in balans te brengen. Gemeenten zoeken naar antwoorden voor deze opgave en vinden die vaak in nieuwe vormen van slim organiseren.

*Wat vragen de Zuid-Limburgse gemeenten?*

De gemeenten in Zuid-Limburg beseffen dat een gezonde samenleving slimme samenwerking tussen partijen en de (publieke) gezondheid en het sociale domein vereist. Er zijn geen kant en klare oplossingen. In de wijken wordt, door professionals van publieke en private instanties en met mensen zelf, gewerkt aan coproducties. Hierbij wordt gezamenlijk gezocht naar een nieuw samenspel tussen overheid, marktpartijen en burgers. Uitvoering en beleid lopen daarbij steeds meer door elkaar en het onderscheid is wellicht ook niet meer relevant. Er wordt gedacht vanuit collectieve kracht van verschillende partijen en het samen met burgers ontdekken van de meest wenselijke oplossing voor hun (veelal) complexe problemen. Er is sprake van een integrale aanpak waarbij verbindingen worden gelegd met inspanningen op het gebied van onderwijs, welzijn, sport en ruimtelijke ordening. Om te zoeken naar passende oplossingen en die verbindingen is ruimte voor de uitvoering van belang. Het vraagt Rijnlands denken; over samenwerken en collectiviteit, vertrouwen op vakdeskundigheid van professionals, gestuurd door waarden en gericht op de langere termijn effecten. De gemeenten zien de komende jaren als een transitieperiode waarin gemeenten samen met partners in Zuid-Limburg zoeken naar die meest effectieve werkwijzen, schaalgroottes en organisatievormen.

In het netwerk van partners vervult de GGD Zuid Limburg een belangrijke rol voor gemeenten. Zij kan vanuit een neutrale rol adviseren doordat zij geen marktpartij is en gericht is (en moet blijven) op publieke opgaven. Gemeenten geven aan dat zij het

belangrijk vinden dat de neutrale en publieke rol van de GGD binnen het sociale domein wordt benut om zaken samen slim te organiseren. Ook de samenwerking tussen de GGD Zuid Limburg en de Zuid-Limburgse gemeenten zal komende jaren slim ingevuld moeten worden, waarbij de GGD als verlengstuk van de gemeenten wordt gezien.

*Wat kan de GGD Zuid Limburg hierin betekenen?*

De ambities van de Zuid-Limburgse gemeenten vragen van de GGD een flexibele houding en een interactieve en iteratieve manier van werken. De GGD hecht grote waarde aan slimme verbindingen om op die manier met zo weinig mogelijk (meer)kosten een kwalitatief goed resultaat te bereiken. De GGD kan – vanwege haar medisch profiel – een belangrijke faciliterende rol spelen in de discussies die met vele samenwerkingspartners worden gevoerd.

De GGD herkent het toenemend belang van de 'samenwerkingskunde' die in het krachtenveld nodig is. Samenwerking gaat steeds meer tussen publieke en private partijen plaatsvinden. Dat vraagt een onafhankelijke of neutrale partner die de gemeenschappelijke ambitie weet te duiden, onderliggende (tegengestelde) belangen kan inschatten en op basis hiervan tot een juiste organisatievorm voor samenwerking kan komen.

Recent hebben de Zuid-Limburgse gemeenten *Veilig Thuis* ondergebracht bij de GGD en zijn er enkele gemeenten die de GGD een rol toekennen als toezichthouder vanuit de Wmo. Hoewel de GGD open staat voor nieuwe taken – zolang deze een logische verdieping of aanvulling zijn van de taken die de GGD al vervult – is de GGD Zuid Limburg vooral een verlengstuk van de gemeenten en stelt zij het publieke belang boven het organisatiebelang. Zo heeft de GGD op het gebied van de sociaal medische advisering de afgelopen jaren ingezet op een zo efficiënt mogelijke inrichting van de Sociaal Medische Advisering (SMA). In plaats van het uitgebreid beoordelen van aanvragen voor voorzieningen (met veel werk voor zowel de GGD als de gemeente) is gezocht naar een nieuwe werkwijze. Inzet was om daar waar het kan een eenvoudig medisch advies te geven en daar waar het moet onderbouwd en uitgebreid advies te geven. Deze insteek heeft geleid tot een wekelijks overleg tussen de gemeentelijke consulent en de sociaal medisch adviseur van de GGD. Tijdens dit overleg worden in korte tijd alle aanvragen die bij de gemeente zijn binnengekomen vanuit medisch oogpunt besproken. Bij driekwart van de aanvragen kan de GGD direct een medisch advies geven waardoor deze aanvraag snel is afgehandeld.

Ook in het kennisnetwerk (zie ook paragraaf 3.1.1) wordt duidelijk dat de GGD steeds op zoek is naar slimme (samenwerkings)vormen. In plaats van uitvoeren van extra onderzoeken of het verwerven van extra expertise binnen de GGD, gaat de GGD op zoek naar samenwerkingspartners om in slimme constructies – en met zo efficiënt mogelijke inzet van financiële middelen – antwoorden te bieden op de (onderzoeks)vragen van gemeenten.

Ook de bedrijfsmatige ontwikkelingen bij de gemeenten, onder andere op het gebied van een gezamenlijk shared service center op Zuid-Limburgse schaal, worden gevolgd. Wanneer er mogelijkheden zijn om ook hierin slimme verbindingen te leggen gaat de GGD hiertoe graag het gesprek aan.

## **2.3 Financiën**

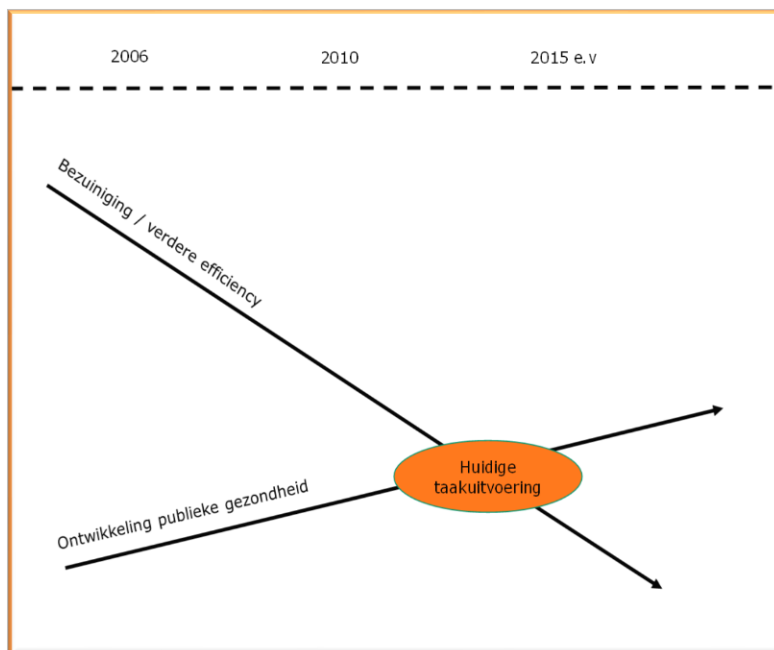
Het zal geen verrassing zijn dat de forse bezuinigingsopgave binnen het sociaal domein meermaals onderwerp van gesprek is geweest in de gesprekken met de Zuid-Limburgse gemeenten. De komende jaren worden de sociale opgaven in deze regio er niet minder om, terwijl beschikbare budgetten verder afnemen. Om deze reden zullen ook voor de beleidsperiode 2016-2019 doelmatigheid en efficiency sleutelbegrippen zijn. Een aantal gemeenten heeft in aanloop naar de nieuwe scenario's aangegeven dat zij haar bijdrage aan de GGD de komende jaren wil zien dalen, omdat dit past bij de gemeentelijke bezuinigingsopgaven. Hoewel het zinvol blijft om kritisch naar de dienstverlening en de financiering van de GGD te blijven kijken, gaan er steeds meer stemmen op om (evenals bij de inhoud) voor het financieel voordeel te werken vanuit een breed perspectief binnen het sociale domein. Doelmatigheid en efficiency binnen het sociale domein zijn hierbij belangrijker dan financiële taakstellingen binnen de afzonderlijke organisaties die werkzaam zijn in het sociaal domein, waaronder de GGD.



### 3. Waar staan we nu?

Al jaren (sinds de fusie in 2006) heeft de GGD een dubbele opgave: op verzoek van de gemeenten is de afgelopen jaren een financieel perspectief van bezuinigen gecombineerd met een inhoudelijke perspectief van ontwikkeling en vernieuwing.

De economische financiële situatie maakte in 2011 dat ondanks de noodzaak voor inhoudelijke vernieuwingen een forse bezuiniging bij de GGD Zuid Limburg gerealiseerd moest worden. De GGD is de ambitie aangegaan om naast de forse financiële taakstelling een inhoudelijke ontwikkeling mogelijk te maken. Met de opdracht van de Zuid-



Limburgse gemeenten om een taakstelling van 11% te realiseren en tegelijkertijd een inhoudelijke ambitie te realiseren stond de GGD Zuid Limburg vanaf 2012 voor een forse uitdaging.

In het belang van de gezondheid van de Zuid-Limburgers heeft de GGD de zich de afgelopen jaren maximaal ingespannen om de ambities – op inhoudelijk en financieel vlak – te realiseren. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de inhoudelijke en financiële situatie op dit

moment en de overwegingen die bij een keuze voor een nieuw inhoudelijk en financieel kader voor de GGD Zuid Limburg aan de orde zijn.

#### 3.1 Inhoudelijke ontwikkeling

De GGD heeft in de afgelopen jaren een belangrijke stap gezet in de vernieuwingen binnen de publieke gezondheid. Als onderdeel van het door de Zuid-Limburgse gemeenten gekozen scenario voor de periode 2012-2015 vaart de GGD Zuid Limburg sinds 2012 een nieuwe inhoudelijke koers. De nadruk ligt hierbij vooral op het versterken van zelfredzaamheid, het voorkomen van (gezondheids-)problemen in Zuid-Limburg, de-medicalisering en het terugdringen van zorg (en daarmee maatschappelijke kosten). Met vernieuwende visies en de invoering van nieuwe werkwijzen heeft de GGD een goede basis gelegd om bij te dragen aan de sociale opgaven waaraan de gemeenten op dit moment inhoud geven.

Zoals beschreven in bijlage 4 zijn de resultaten van de afgelopen jaren groot. Het is duidelijk te zien dat een fundamentele omslag heeft plaatsgevonden in de manier van

werken van de GGD. Op onderdelen gaat het om enorme veranderingen met ingrijpende aanpassingen in de werkprocessen.

### **3.1.1 Zicht op preventie**

De GGD heeft jarenlange ervaring met monitoring van de gezondheidssituatie. Voor de periode 2012-2015 was de ambitie om gezondheidsgegevens niet alleen op regionaal en gemeentelijk niveau te presenteren, maar ook op wijk- en kernniveau beschikbaar te stellen. Met de in 2014 gepresenteerde regionale en lokale VTV heeft de GGD Zuid Limburg aangesloten bij deze gemeentelijke behoefte. De GGD heeft parallel aan het opstellen van deze VTV's een regionaal kennisnetwerk geïnitieerd waarin de GGD samen met (wetenschappelijke) partners uit de provincie problematiek in beeld brengt, gemeenten adviseert over de aard en inhoud van de problematiek en inzicht biedt in mogelijke oplossingsrichtingen. Op deze manier werkt GGD Zuid Limburg continu aan het toegankelijker maken van gegevens, zodat beleidsrelevante informatie gemakkelijk en snel ontsloten kan worden.

Om de wijkgerichte benadering te ondersteunen is de GGD samen met de partners uit dit netwerk recent gestart met het maken van wijkprofielen en wijkscans. Daarbij worden kenmerken van gezondheid, zorg en welzijn in beeld gebracht voor een specifieke wijk; inwoners, leefstijlfactoren, gemeenschap en sociale netwerk, leef- en werkomstandigheden, gezondheidssituatie, ondersteuning (welzijn, wonen en zorg). Deze wijkprofielen, die afhankelijk van de ontwikkelingen om regelmatige bijstelling vragen, geven een beeld van de sociale kracht van een wijk en inzicht in onder meer de beschikbare voorzieningen en samenwerkingsverbanden.

### **3.1.2 Kans voor preventie**

Om invulling te geven aan samenwerking in een wijk, hebben veel gemeenten de afgelopen periode sociale (wijk)teams ingericht, in allerlei vormen en gedaanten. Naast sociale teams zijn er in verschillende wijken en gemeenten nog andere overlegstructuren, zoals zorgtafeloverleg (tussen politie, gemeente, woningbouwverenigingen en zorg), overleggen in kader van 1Gezin1Plan, zorgadviesteams of ondersteuningspreventieteams (op scholen) en overleggen ouderenzorg. De GGD levert in die teams een bijdrage op het gebied van preventie, risicotaxatie of probleeminventarisatie, het versterken van de sociale omgeving en de afstemming van zorg. Doel is daarmee de vitaliteit en zelfredzaamheid van mensen te verhogen en de aanspraak op (zwaardere) zorg te verminderen. De GGD heeft daarmee een belangrijke rol in de verbinding tussen burgers, voorliggende voorzieningen (scholen, sociale voorzieningen en welzijn) en de curatieve zorg. Ook partners buiten de zorg worden – waar relevant – betrokken in de integrale benadering. Onder andere met de implementatie van de nieuwe werkwijze binnen de jeugdgezondheidszorg is hiermee een verandering in gang gezet die uitgaat van meer vraaggericht en outreachend werken en het versterken van de eigen kracht en de sociale omgeving van jeugdigen en hun ouders.

Ook in de verbinding tussen gemeenten en zorgverzekeraars heeft de GGD de afgelopen jaren in toenemende mate een verbindende rol gespeeld. Deze samenwerking komt mede voort uit de versterking van de samenhang tussen preventie-curatie die afgelopen jaren is ingezet. De GGD legt verbindingen en vervult een faciliterende rol in de afstemming met verschillende (medische) professionals.

### **3.1.3 Gezondheidsbescherming naar een wettelijk minimumniveau**

In de jaren 2012-2015 heeft de GGD Zuid Limburg conform het afgesproken scenario geïnvesteerd in de taakgebieden infectieziektebestrijding en medische milieukunde. De (medische) deskundigheid is de afgelopen jaren vergroot met als doel om in 2015 aan het wettelijk minimum te voldoen

Ondanks het feit dat geïnvesteerd is in uitbreiding van formatie en deskundigheid, is het behaalde minimumniveau op dit moment fragiel. De inhoudelijke eisen die gesteld worden aan de infectieziektebestrijding in Nederland zijn afgelopen jaren geëvalueerd en naar boven bijgesteld. Dit als gevolg van de ontwikkeling van een aantal nieuwe infectieziekten, waaronder Ebola en de blijvende noodzakelijke aandacht voor de gezondheidsrisico's van zoönosen. Met name de aandacht voor expertise in opgeschaalde situaties is afgelopen tijd sterk toegenomen. De nieuwe eisen die in Nederland aan de infectieziektebestrijding worden gesteld zijn recentelijk vertaald in een nieuwe norm. Deze norm, die op dit moment wordt getoetst, zal er mogelijk toe leiden dat de GGD (zelfs na realisatie van de ambities zoals voor de periode 2012-2015 zijn benoemd) binnen het huidige geldend financieel kader het wettelijk minimumniveau niet volledig kan invullen.

Ook de veranderingen binnen de jeugdgezondheidszorg in de afgelopen 4 jaar zijn gigantisch geweest. Vanuit een nieuwe visie werd toegewerkt naar een eigentijdse en efficiënte aanpak van de jeugdgezondheidszorg, waarin de realisatie van een sluitende aanpak met ketenpartners een belangrijke rol in nam. Ondanks een budgettaire korting van ruim 20% heeft de jeugdgezondheidszorg een groot aantal inhoudelijke ambities verwezenlijkt (zie ook bijlage 4) en op een vernieuwende manier gestalte gegeven aan de wettelijke taken. Evenals voor de infectieziektebestrijding geldt dat de eisen die landelijk worden gesteld afgelopen jaren zijn aangescherpt. In het nieuwe basispakket JGZ (dat vanaf 01.01.2015 van kracht is geworden) zijn extra taken en aandachtsgebieden opgenomen met name gericht op de doelgroep adolescenten. Een deel van deze taken – waaronder de aanpak van schoolverzuim wegens ziekte – wordt op dit moment gefaseerd geïmplementeerd met additionele middelen die sinds 2014 door de landelijke overheid beschikbaar zijn gesteld.

## **3.2 Ontwikkelingen in de samenwerkingsvormen**

De GGD-professional spreekt de taal van de medische wereld, van (collega-) artsen, maar opereert ook moeiteloos buiten de directe zorgverlening, in het maatschappelijk en gemeentelijk speelveld. Van daaruit kan de GGD de juiste vertalingen maken en een bijdrage leveren aan een gemeenschappelijke taal. Deze gemeenschappelijke taal is een

voorwaarde om de juiste keuzes te maken voor slimme, efficiënte en effectieve samenwerkingsvormen.

Spraakverwarring ligt bij veel netwerken en teams op de loer en bedreigt een effectieve integrale aanpak. Omdat de GGD de verschillende partners kent, ondersteunt zij bij het verminderen van deze spraakverwarring. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM). Hoewel dit instrumenteel lijkt, is de ontwikkeling hiervan een belangrijke voorwaarde geweest voor een gedeeld beeld van de opgave.

Binnen het Partnership Zorg (praktisch alle grote (zorg)aanbieders in de regio Zuid Limburg) is afgesproken de ZRM als instrument te gaan gebruiken om de zelfredzaamheid van kwetsbare burgers in kaart te brengen. De GGD Zuid Limburg heeft van dit partnership inmiddels de vraag gekregen een expertisefunctie rond ZRM in te richten voor alle partners.

De **Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)** is het instrument waarmee de professionals in wijkteams, behandelaars, beleidsmakers en onderzoekers in de (openbare) gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en gerelateerde werkvelden, de mate van zelfredzaamheid van hun cliënten eenvoudig en volledig kunnen beoordelen.

Elementen die worden beoordeeld zijn; Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Huiselijke relaties, Geestelijke gezondheid, Lichamelijke gezondheid, Verslaving, Activiteiten Dagelijks Leven, Sociaal netwerk, Maatschappelijke participatie, Justitie.

Op basis daarvan kan een passend hulpaanbod worden aangeboden; van zelf doen -al dan niet met hulp uit de omgeving-, tot collectieve voorziening of individuele voorziening.

De GGD heeft zich de afgelopen jaren actief opengesteld voor nieuwe vormen van samenwerking. De GGD transformeert taakvelden zoals de jeugdgezondheidszorg om te kunnen bijdragen aan de wijkaanpak en aan te sluiten bij (nieuwe) overlegtafels die in dit kader worden ingericht. Daarnaast heeft de GGD het voortouw genomen in het opzetten van een nieuw netwerk gericht op het uitwisselen van kennis en data over gezondheid.

### **3.3 Financiële ontwikkelingen**

De financiële taakstelling van 11% is behaald. Hoewel de GGD trots is op het feit dat zij op een goede wijze invulling heeft kunnen geven aan zowel de inhoudelijke als financiële opdracht, hebben de bezuinigingen van de afgelopen jaren een flinke impact gehad op de GGD als organisatie.

#### **3.3.1 Kwetsbare financiële situatie**

Kenmerkend voor de afgelopen jaren is de dalende lijn in de financiële bijdrage aan de GGD Zuid Limburg. Sinds de fusie is er sprake van een jaarlijkse daling in de financiële bijdrage van de Zuid-Limburgse gemeenten (zie ook bijlage 5). Deze afname is enerzijds bereikt door reguliere bezuinigingen. Daarnaast is dit mogelijk gemaakt door het verkrijgen van derde geldstromen en het benutten van synergievoordelen met de andere taakvelden in het concern van de GGD. Deze synergievoordelen zijn inmiddels maximaal

benut. De bezuinigingsopgave heeft een grote druk gelegd op de exploitatie van de GGD. Deze staat momenteel fors onder druk.

De algemene reserve, die bij de fusie (2006) is gevormd en 6% van de gemeentelijke bijdrage bedroeg, is gedaald tot onder de 1% en bedraagt per 01.01.2014 € 70.000. Het weerstandsvermogen – hetgeen de verhouding weergeeft tussen de financiële risico's en de weerstandscapaciteit – is met 0,76 (jaarrekening 2013) onvoldoende. Een weerstandsvermogen tussen 1,0 en 1,4 is nodig voor een kwalificatie 'voldoende'. De Provincie Limburg heeft de GGD hier naar aanleiding van de begroting 2015 per brief (14.10.2014) op gewezen. Zowel de bestuurlijk Financiële Commissie als het Dagelijks Bestuur van de GGD zijn – in lijn met de bevindingen van de Provincie Limburg – van mening dat deze kwetsbare financiële positie van de GGD moet meewegen in de bepaling van het financieel kader voor de GGD Zuid Limburg voor de periode 2016-2019. Het doorzetten van de lijn (zie ook figuur op blz 14) van bezuinigingen in combinatie met inhoudelijke vernieuwing is vanuit financieel perspectief niet langer houdbaar.

Op de korte termijn kan het ontbreken van voldoende weerstandsvermogen negatieve gevolgen hebben voor de Zuid-Limburgse gemeenten. Financiële tegenvallers kunnen niet meer door de GGD zelf worden opgevangen. Vanzelfsprekend spant de GGD zich tot het uiterste in om negatieve financiële (jaar)resultaten in de komende jaren – en daarmee een extra bijdrage van de Zuid-Limburgse gemeenten – te vermijden. De bestuurlijk Financiële Commissie en het bestuur van de GGD Zuid Limburg volgen de financiële ontwikkelingen van de GGD nauwlettend. Ook met de Provincie Limburg is hierover periodiek contact.

### **3.3.2 Oorzaken van financiële kwetsbaarheid**

De oorzaken van de financiële kwetsbaarheid zijn meerledig. In de eerste plaats werd de GGD kort na de opgelegde taakstelling door de Zuid-Limburgse gemeenten ook geconfronteerd met forse taakstellingen in de gelden die de GGD rechtstreeks via de rijksoverheid ontvangt. Hoewel deze extra bezuinigingen – in onder andere de ambulancezorg – veelal geen directe relatie hebben met de door de gemeenten gefinancierde taken, is de impact voor de GGD-organisatie groot. Er is hierdoor voor de GGD in totaal immers sprake van een veel grotere financiële ombuiging dan op basis van het toekomstscenario van de GGD werd verwacht. Bovendien werd de GGD in de jaren voorafgaande aan de bezuinigingstaakstelling van 11% (in de eerste jaren na de fusie 2006-2010) ook al geconfronteerd met de nodige financiële verrassingen en bezuinigingen door individuele gemeenten (zie ook bijlage 5).

Hoewel voor de bekostiging van de reorganisatie door de gemeenten een transitiereserve werd gevormd voor de dekking van de directe personele gevolgen van de reorganisatie (looncomponenten), was er geen innovatiebudget beschikbaar om de gevraagde inhoudelijke ambities te realiseren. Om vernieuwing toch mogelijk te maken heeft de GGD Zuid Limburg afgelopen jaren, al dan niet in samenwerking met (regionale) kennisinstellingen, externe financiering aangetrokken voor veelal lokale (pilot) projecten. Hierdoor is de afhankelijkheid van deze derde geldstromen de afgelopen jaren gegroeid. Hoewel additionele geldstromen kansrijk zijn en een groot deel van de vernieuwingen

van de afgelopen jaren mogelijk gemaakt hebben – en waarmee zelfs op dit moment een deel van de reguliere dienstverlening wordt gefinancierd – zorgen deze additionele financieringsbronnen voor een extra financiële kwetsbaarheid. Bovendien blijven het te allen tijde tijdelijke financieringsbronnen; duurzame verankering in de dagelijkse praktijk is slechts zeer beperkt mogelijk. Hier komt nog bij dat enkele gemeenten de afgelopen jaren – additioneel aan de afspraken die in het kader van de scenario's 2012-2015 zijn gemaakt – de GGD hebben ingezet voor extra taken onder andere binnen de Wmo. Vaak wordt ook voor de financiering van deze taken gewerkt met tijdelijke afspraken en contracten.

De financiële taakstelling van 11% was mede haalbaar door een aantal efficiencyvoordelen (generieke maatregelen). Door de omvang van de GGD Zuid Limburg met een groot aantal taakvelden waren met name in de ondersteunende functies (overhead) schaalvoordelen mogelijk. Deze schaalvoordelen zijn optimaal benut en vervolgens volledig gebruikt om de financiële taakstelling te behalen. Echter hiermee is ook een kwetsbaarheid gecreëerd. Er wordt zeer efficiënt gewerkt, maar daarmee bestaat zowel in personele als in financiële zin geen marge meer voor onverwachte kosten of werkzaamheden. Incidentele tegenvallers leidden daarmee vrijwel direct tot een aanspraak op de algemene reserve.

Een uitgebreidere analyse van de (ontwikkeling van de) financiële situatie van de GGD Zuid Limburg is bijgevoegd in bijlage 5.

## 4 Toekomstscenario's

De GGD Zuid Limburg staat op een kruispunt. De dubbele opgave waarin de ambities van bezuinigingen en verdere efficiency zijn gekoppeld aan een inhoudelijke ontwikkeling op het gebied van publieke gezondheid is niet langer houdbaar (zie ook hoofdstuk 3). Verder bezuinigen op de GGD zal ten koste gaan van de inhoud. Omgekeerd zijn het verder vernieuwen en het realiseren van de inhoudelijke ambities – om daarmee recht te doen aan de ontwikkelingen in het sociaal domein – niet realistisch binnen het huidige financiële kader van de GGD. Het ontwikkelproces om te komen tot toekomstscenario's voor de periode 2016-2019 heeft geleid tot de uitwerking van vier scenario's. Bij elk scenario wordt beschreven vanuit welk perspectief het scenario is ontstaan, wat de kernelementen van het scenario zijn en wat de consequenties zijn voor de inhoudelijke, organisatorische en financiële ambities zoals door de Zuid-Limburgse gemeenten beschreven. In alle scenario's is op financieel gebied uitgegaan van een jaarlijkse indexering. De effecten van de beschreven scenario's op de meerjarenbegroting van de GGD en op het weerstandsvermogen zijn verder uitgewerkt in bijlage 7.

### 4.1 Scenario 1: afbouwen

*Scenario 1 is gebaseerd op een smal financieel perspectief. Het gaat ervan uit dat gemeenten verder moeten bezuinigen en dat ook op het budget van de GGD verder bezuinigd wordt. Dit scenario betekent dat de GGD in de periode 2016-2019 een financiële taakstelling van 9% krijgt opgelegd. Dat gaat gepaard met forse (inhoudelijke) consequenties.*

#### 4.1.1 Inhoudelijk perspectief

Ontwikkelingen die in de afgelopen jaren zijn geïnitieerd, waaronder het opzetten van wijkprofielen en het beschikbaar stellen van gezondheidsgegevens op wijkniveau, worden in scenario 1 teruggedraaid. Daarmee wordt geen recht gedaan aan de inhoudelijke ambities. De GGD zal zich gaan beperken tot een minimale invulling van de bewakingsrol binnen de publieke gezondheid en zoekt hiervoor aansluiting bij de landelijke gezondheidsmonitors. Dit betekent dat in de periode 2016-2019 een regionale VTV wordt gemaakt waarbij gegevens uitsluitend op regionaal niveau en voor een klein deel op gemeentelijk niveau worden gepresenteerd.

De GGD beperkt zich in dit scenario tot het domein van de publieke gezondheid en zal niet langer in staat zijn om een netwerkrol in het sociale domein te vervullen. Van een integrale aanpak is daarmee geen sprake meer.

Voor de gezondheidsbeschermende taken is het perspectief dat de versterking die in de periode 2012-2015 heeft plaatsgevonden ongedaan wordt gemaakt. Daarmee wordt op het gebied van de medische milieukunde en de infectieziektebestrijding blijvend onder het wettelijk minimum gewerkt. De basale dienstverlening zoals het beantwoorden van vragen over het binnenmilieu, of het anticiperen op een uitbraak van een infectieziekte kan hierdoor niet meer worden gegarandeerd. Door deze marginale invulling van de

wettelijke taken is er ook onvoldoende basis om in opgeschaalde situaties (bij crises en maatschappelijke ontrust) een adequate rol te kunnen spelen.

#### 4.1.2 Organisatorisch perspectief

Door het afstoten en verkleinen van taken is er sprake van een verlies aan schaalvoordelen. Dit zal leiden tot desintegratiekosten in de overhead. Daarnaast leidt scenario 1 tot het heroverwegen van het takenpakket en afstoten van taken die onvoldoende rendabel zijn. Door het sterk beperken van de kwaliteit van de dienstverlening en het afslanken van de organisatie worden andere taken van de GGD ook kwetsbaar, zowel voor wat betreft de inhoud van de dienstverlening, het behoud van het benodigde deskundigheidsniveau als in financieel perspectief.

#### 4.1.3 Financieel perspectief

Scenario 1 levert een structurele bezuiniging van 9% op. Hierbij moet echter opgemerkt worden dat deze bezuiniging en het afstoten van taken gepaard gaan met desintegratiekosten, die – gelet op de huidige financiële situatie van de GGD – niet door de GGD zelf gedragen kunnen worden. Om deze kosten te dekken zal de vorming van een transitiereserve, waarin door de Zuid-Limburgse gemeenten een eenmalige storting moet worden gedaan, aan de orde zijn. Afgezet tegen de investeringen die de afgelopen jaren zijn gedaan op het gebied van de infectieziektebestrijding, medische milieukunde en de monitoringstaak, is in dit scenario sprake van een forse desinvestering.

<b>Scenario 1: afbouwen</b>	
Bezuinigingstaakstelling	-856.000
<b>Bezuinigingspercentage</b>	<b>-9%</b>
Vorming transitiereserve t.b.v. frictiekosten	+3.700.000
<b>Totaal</b>	<b>+2.844.000</b>

Een verdere bezuiniging op de GGD legt bovendien een verdere druk op het weerstandsvermogen van de GGD, omdat schaalvoordelen verdwijnen en er sprake is van frictiekosten. Voor de GGD nemen de risico's toe, waarmee het weerstandsvermogen verder verslechtert. De kans dat gemeenten – naast de storting ten behoeve van de transitiereserve – worden geconfronteerd met een extra bijdrage is in dit scenario reëel.

Vanuit een wat breder financieel perspectief bekeken, zal de taakstelling bij de GGD weliswaar een bezuiniging op de begroting van de GGD tot gevolg hebben, maar dit leidt niet tot financieel voordeel binnen het sociaal domein.

#### 4.1.4 Toekomstbeeld

Het toekomstbeeld van de GGD in dit scenario is een uitgeholde GGD. Een organisatie die op onderdelen niet kan voldoen aan de wettelijke minimumeisen en slechts een marginale bijdrage kan leveren aan de uitdagingen binnen het sociaal domein. De consequentie



zal zijn dat de GGD de aansluiting met het sociaal domein gaat verliezen. Kijkend naar de uitgangspunten, voldoet scenario 1 uitsluitend aan het financiële uitgangspunt om te bezuinigen op de GGD. Financiële voordelen door slim te organiseren in het sociale domein vallen weg. Dit scenario sluit noch aan bij de inhoudelijke ambities, noch bij de ambitie om slim samen te werken in Zuid-Limburg. De consequenties zijn in onderstaand kader schematisch weergegeven.

Consequenties scenario 1	Oordeel
<b>Inhoud</b>	
<b>Bewaken:</b> zicht op de wijk	-
<b>Bevorderen:</b> kans voor preventie	-
<b>Beschermen:</b> gezondheidsbescherming op wettelijk basisniveau	-
<b>(Samenwerkings)vorm</b>	
<b>Slim organiseren:</b> GGD en sociaal domein efficiënt ingericht	--
<b>Financiën</b>	
<b>Financiële bijdrage</b>	
Besparing begroting GGD	+
Voordeel op macroniveau	+/-
<b>Weerstandsvermogen</b>	--

++ = zeer positief / + = positief / 0 = neutraal / - = negatief / -- = zeer negatief

## 4.2 Scenario 2: stilstand

*Gemeenten vragen de GGD in dit tweede scenario een inhoudelijke bijdrage te leveren aan de sociale opgaven, maar binnen het huidige budget. Het scenario kent daarmee een hoofdzakelijk financiële insteek. De huidige bijdrage aan de GGD is leidend; de gevraagde ontwikkeling moet met bestaand personeel en binnen het bestaande budget plaatsvinden.*

### 4.2.1 Inhoudelijk perspectief

De reeds ingezette transformatie binnen publieke gezondheid – zoals deze op basis van de ambities voor de beleidsperiode 2012-2015 is ingezet – wordt afgerond. De GGD zal daarnaast beperkt aan kunnen sluiten bij de inhoudelijke ambities van gemeenten in het sociale domein. Voor lokale behoeften en initiatieven (maatwerk) in het sociale domein is nauwelijks ruimte. Met de bestaande formatie kan op een aantal sociaal-maatschappelijk georiënteerde taken een verdieping plaatsvinden, maar de dienstverlening op andere taken wordt hierdoor direct beperkt (minder intensief, minder specifiek).

Van een daadwerkelijke inhoudelijke ontwikkeling is in scenario 2 geen sprake. Een verdere ontwikkeling van de informatiepositie van de GGD – waaraan bij gemeenten grote behoefte is – is in dit scenario niet mogelijk. De huidige informatiepositie wordt gehandhaafd, maar het leggen van verbindingen tussen gezondheid en andere domeinen zal nauwelijks aan de orde zijn. De bijdrage aan wijkprofielen die door of namens gemeenten ontwikkeld worden, is beperkt (extra bekostiging via maatwerk).

De afstemmings- en verbindingsrol van de GGD tussen preventie en curatie blijft op het huidige niveau. Echter een integrale aanpak waarin gezondheid deel uitmaakt van het sociaal domein zal slechts beperkt tot stand komen.

Medische milieukunde en infectieziektebestrijding blijven op het huidige niveau. Verwacht wordt dat de beschermingstaken de komende jaren onder druk komen te staan vanwege de hogere – landelijk – gestelde eisen en toenemende crises. De GGD zal niet in staat zijn om de van de GGD verwachte taken in opgeschaalde situaties te kunnen vervullen.

De GGD komt in dit scenario inhoudelijk in een moeilijke positie terecht. Er zal samen met gemeenten verder verkend moeten worden welke inhoudelijke bijdragen binnen het nu geldende budget mogelijk zijn en waar de gemeentelijke prioriteit ligt, maar vooral ook welke (wettelijke) taken dan niet meer uitgevoerd kunnen worden. Het invulling geven aan inhoudelijke ambities op dan wel de bewakings-, dan wel de bevorderings-, dan wel de beschermingstaken zet automatisch andere taken onder druk.

#### **4.2.2 Organisatorisch perspectief**

In dit scenario is de GGD geen primair aangewezen partner om synergievoordelen binnen het brede sociale domein te helpen realiseren. De mogelijkheden voor verdere synergie binnen de huidige dienstverlening van de GGD zelf zijn uitgeput.

#### **4.2.3 Financieel perspectief**

Scenario 2 gaat uit van een gelijkblijvend budget, waarbij sprake is van een jaarlijkse indexatie conform de nu geldende regels. Hierbij moet nadrukkelijk opgemerkt worden dat op dit moment een deel van de inhoudelijke ontwikkelingen wordt ingevuld met tijdelijke derde geldstromen. Onder andere de rol van de GGD in de netwerken (afstemmen en verbinden) en een deel van de huidige taken op het gebied van infectieziektebestrijding worden door deze additionele gelden gefinancierd. Mocht deze tijdelijke financieringsbron wegvallen, zal dit betekenen dat ook deze taken niet meer uitgevoerd kunnen worden.

<b>Scenario 2: stilstand</b>	
Bezuinigingstaakstelling	0
<b>Bezuinigingspercentage</b>	<b>0%</b>
<b>Totaal</b>	<b>0</b>

Hoewel geen sprake is van een bezuiniging op de GGD worden de financiële risico's voor de GGD als gevolg van dit scenario groter in plaats van kleiner. Dit omdat uitsluitend geconsolideerd wordt en niet wordt ingespeeld op (landelijke) ontwikkelingen. De financiële kwetsbaarheid van de GGD wordt vergroot. Evenals bij scenario 1 is ook in dit scenario sprake van een verdere druk – als gevolg van toenemende risico's – op het weerstandsvermogen van de GGD. De kans dat gemeenten worden geconfronteerd met een extra bijdrage is in dit scenario reëel.

#### 4.2.4 Toekomstbeeld

Het toekomstbeeld van de GGD in dit scenario is een GGD in stilstand. In deze tijden van veranderingen staat stilstand gelijk aan achteruitgang. Met scenario 2 wordt de GGD een organisatie die steeds verder van de ontwikkelingen in het sociaal domein komt af te staan omdat zij niet meegroeit met de omgeving. Wanneer wel wordt meegegroeid met de omgeving kunnen andere – vaak basale en wettelijk verplichte – taken niet meer (op het wettelijk minimum niveau) uitgevoerd worden. De consequentie zal zijn dat de GGD een diffuse organisatie wordt waarvan steeds minder duidelijk wordt wat de toegevoegde waarde is.

Scenario 2 sluit bij geen enkele van de beoordelingsaspecten goed aan. Er wordt geen impuls gegeven op inhoudelijk vlak, kansen voor nieuwe vormen van samenwerken worden niet benut en ook op financieel vlak is het resultaat marginaal. Er wordt niet bezuinigd op de GGD, maar ook bekeken vanuit macroniveau worden geen voordelen behaald. Het scenario heeft een negatieve invloed op het weerstandsvermogen. De consequenties zijn in onderstaand kader schematisch weergegeven.

Consequenties scenario 2	Oordeel
<b>Inhoud</b>	
<b>Bewaken:</b> zicht op de wijk	+/-
<b>Bevorderen:</b> kans voor preventie	+/-
<b>Beschermen:</b> gezondheidsbescherming op wettelijk basisniveau	+/-
<b>(Samenwerkings)vorm</b>	
<b>Slim organiseren:</b> GGD en sociaal domein efficiënt ingericht	+/-
<b>Financiën</b>	
<b>Financiële bijdrage</b>	
Besparing begroting GGD	+/-
Voordeel op macroniveau	+/-
<b>Weerstandsvermogen</b>	--

++ = zeer positief / + = positief / +/- = neutraal / - = negatief / -- = zeer negatief

#### 4.3 Scenario 3: gefaseerd doorontwikkelen

*Scenario 3 is een scenario vanuit het samenwerkingsperspectief; de kern is anders samenwerken. Het scenario gaat uit van een ontwikkelpartnerschap tussen de Zuid-Limburgse gemeenten en de GGD waarin in samenspraak wordt gezocht naar een antwoord op de inhoudelijke ambities gecombineerd met de gewenste efficiency. In beginsel is er sprake van een gelijkblijvend budget, maar er is ruimte voor een gezamenlijke verkenning van mogelijk nieuwe dienstverlening van de GGD ten gunste van de sociale opgave.*

##### 4.3.1 Inhoudelijk perspectief

Gefaseerd en in nauw overleg met de Zuid-Limburgse gemeenten en andere partners in Zuid-Limburg wordt invulling gegeven aan de in hoofdstuk 2 geformuleerde inhoudelijke

ambities. Gemeenten en GGD bepalen hierin in samenspraak de volgorde, de schaal-grootte en het tempo waarin dit gebeurt. Omdat uit de consultatie blijkt dat de toegevoegde waarde van de GGD met name gezien wordt in (1) de monitoring, signalering, advisering en effectmeting van publieke gezondheid, (2) vroegsignalering in netwerken voor de jeugd en het vervullen van een verbindende rol, (3) de beleidsontwikkeling lokaal gezondheidsbeleid, (4) een aanjaagfunctie voor gezondheid op scholen en (5) advisering bij maatschappelijke onrust ligt voor de hand dat deze thema's in ieder geval aan bod komen in de komende jaren.

De (verdere) ontwikkeling van wijkprofielen, het verder vormgeven van een kennis-netwerk, de uitbouw van de integrale aanpak en de samenwerking tussen preventie en curatie. Ook de verdere versterking van de beschermingstaken om tegemoet te komen aan de nieuwe taken in opgeschaalde situaties (maatschappelijke onrust) maken deel uit van dit scenario. Dit scenario biedt de inhoudelijke mogelijkheid voor maatwerk voor individuele gemeenten wanneer hieraan behoefte is.

#### **4.3.2 Organisatorisch perspectief**

Uitgangspunt van scenario 3 is dat efficiencywinst kan worden bereikt door over de grenzen van de beleidsterreinen heen te organiseren en samen te werken. Daar waar het gaat om nieuwe gemeentelijke taken, die voortkomen uit de transformatie in het sociaal domein, kan voor de gemeenten sprake zijn van 'minder meerkosten' wanneer vanuit een organisatorisch perspectief naar deze taken wordt gekeken en taken gezamenlijk worden georganiseerd. In dit scenario is doorontwikkeling van de integrale aanpak mogelijk, waardoor maatschappelijk winst kan worden gerealiseerd.

Scenario 3 gaat uit van partnerschap tussen de GGD en de gemeenten in Zuid-Limburg (gezamenlijk of individueel) waarbij verdieping op taken van de GGD c.q. meegroeien met nieuwe ontwikkelingen binnen strakke regie mogelijk wordt. Dit partnerschap heeft betrekking op de maatschappelijk georiënteerde taken. Per taak wordt door het bestuur - op basis van een (maatschappelijke) business case en financiële doorrekening- besloten om een taak wel of niet uit te laten voeren door de GGD. Op deze wijze hebben gemeenten de flexibiliteit om in te spelen op ontwikkelingen in het sociale domein. Maatwerk is hierbij mogelijk.

Recent hebben de Zuid-Limburgse gemeenten besloten 'Veilig Thuis' onder te brengen bij de GGD, waarmee synergie behaald wordt tussen het voormalige steunpunt Huiselijk Geweld (dat al deel uitmaakte van de GGD) en het algemeen meldpunt Kindermishandeling dat deel uitmaakte van Bureau Jeugdzorg. Ook in het kader van het toezicht op de Wmo ziet een aantal Zuid-Limburgse gemeenten een nieuwe rol voor de GGD die in de komende tijd nader verkend zal worden.

#### **4.3.3 Financieel perspectief**

Scenario 3 gaat uit van een gelijkblijvend budget, waarbij sprake is van een jaarlijkse indexatie conform de nu geldende regels. Op basis van nader uit te werken business

cases (afhankelijk van de situatie onder te brengen in inwonerbijdrage of maatwerk) is sprake van een gefaseerde groei van de begroting. Het uitgangspunt hierbij is dat deze groei in de begroting van de GGD gepaard gaat met een daling van de gemeentelijke kosten op macroniveau in het sociaal domein.

<b>Scenario 3: gefaseerd doorontwikkelen</b>	
Bezuinigingstaakstelling	0
<b>Bezuinigingspercentage</b>	<b>0%</b>
Gezamenlijke verkenning nieuwe dienstverlening	pm
<b>Totaal</b>	<b>0</b>

Ook bij dit scenario moet worden opgemerkt dat momenteel een deel van de inhoudelijke ontwikkelingen wordt ingevuld met tijdelijke derde geldstromen. Onder andere de rol van de GGD in de netwerken (afstemmen en verbinden) en een deel van de huidige taken op het gebied van infectieziektebestrijding worden door deze additionele gelden gefinancierd. Mocht deze tijdelijke financieringsbron wegvallen, zal dit betekenen dat deze taken onder druk komen te staan.

Scenario 3 heeft een positief effect op het weerstandsvermogen van de GGD. De synergievoordelen uit de business cases leiden tot een gefaseerde verbetering van het weerstandsvermogen. Bovendien nemen de risico's geleidelijk af door risicospreiding en door maatregelen t.a.v. de bestaande risico's. Omdat gefaseerd te werk gegaan wordt, blijft vooral in het eerste deel van de nieuwe beleidsperiode de kans reëel dat gemeenten worden geconfronteerd met een extra bijdrage.

#### 4.3.4 Toekomstbeeld

De GGD is in scenario 3 een volwaardig partner van de gemeenten en een volwaardig partner in het sociaal domein. Het is (op termijn) een financieel gezonde organisatie met een focus op het totale veld van de publieke gezondheid en een aantoonbaar toegevoegde waarde.

<b>Consequenties scenario 3</b>	<b>Oordeel</b>
<b>Inhoud</b>	
<b>Bewaken:</b> zicht op de wijk	+
<b>Bevorderen:</b> kans voor preventie	+
<b>Beschermen:</b> gezondheidsbescherming op wettelijk basisniveau	+
<b>(Samenwerkings)vorm</b>	
<b>Slim organiseren:</b> GGD en sociaal domein efficiënt ingericht	++
<b>Financiën</b>	
<b>Financiële bijdrage</b>	
Besparing begroting GGD	-
Voordeel op macroniveau	+
<b>Weerstandsvermogen</b>	+

++ = zeer positief / + = positief / +/- = neutraal / - = negatief / -- = zeer negatief

Scenario 3 sluit goed aan bij nagenoeg alle beoordelingsaspecten. Als gevolg van het perspectief dat de GGD en het sociaal domein efficiënt ingericht moeten zijn, is er zowel op inhoudelijk als op financieel vlak (vanuit macroperspectief) sprake van een positieve ontwikkeling. Hierbij moet worden opgemerkt dat de effecten pas op termijn zichtbaar worden; alleen al uitwerken van business cases (zie paragraaf 4.3.3) heeft tijd nodig. Dit nog afgezien van besluitvorming en implementatie. In dit scenario is geen sprake van een besparing op de GGD. De consequenties zijn in bovenstaand kader schematisch weergegeven.

#### **4.4 Scenario 4: versneld doorontwikkelen**

*Scenario 4 is ontstaan vanuit het inhoudelijke perspectief. Daarbij wordt aangesloten bij de genoemde ambities van gemeenten in relatie tot de ontwikkelingen in het sociaal domein. In dit scenario is de GGD een adviseur, netwerker en crisispartner voor de gemeenten. De integrale aanpak binnen het sociaal domein staat centraal en maatschappelijke winst wordt gerealiseerd door over de grenzen van beleidsterreinen heen te organiseren. Het vraagt een verdieping van de taken van de GGD om bij te kunnen dragen aan de nieuwe ontwikkelingen. Dit scenario gaat uit van een uitbreiding van de budgetruimte van de GGD op relatief korte termijn met 8,5% waarvan 3% structureel en 5,5 eenmalig.*

##### **4.4.1 Inhoudelijk perspectief**

Scenario 4 gaat uit van partnerschap tussen de GGD en de gemeenten in Zuid-Limburg (gezamenlijk of individueel) waarbij het uitgangspunt is dat een verdieping van taken van de GGD c.q. meegroeien met nieuwe ontwikkelingen noodzakelijk is om de inhoudelijke ambities, zoals in hoofdstuk 2 zijn beschreven, te realiseren. Omdat uit de consultatie blijkt dat de toegevoegde waarde van de GGD met name gezien wordt in (1) de monitoring, signalering, advisering en effectmeting van publieke gezondheid, (2) vroegsignalering in netwerken voor de jeugd en het vervullen van een verbindende rol, (3) de beleidsontwikkeling lokaal gezondheidsbeleid, (4) een aanjaagfunctie voor gezondheid op scholen en (5) advisering bij maatschappelijke onrust zullen dit thema's zijn waar inhoudelijke ontwikkeling gerealiseerd zal worden.

De (verdere) ontwikkeling van wijkprofielen, het verder vormgeven van een kennisnetwerk, de uitbouw van de integrale aanpak en de samenwerking tussen preventie en curatie en ook de verdere versterking van de beschermingstaken om tegemoet te komen aan de nieuwe taken in opgeschaalde situaties (maatschappelijke onrust) maken deel uit van dit scenario. Het scenario is op inhoudelijk vlak gelijk aan scenario 3, met het verschil dat bij scenario 4 direct (financieel) wordt geïnvesteerd om de ambities te realiseren.

#### 4.4.2 Organisatorisch perspectief

Evenals in scenario 3 is ook in scenario 4 een belangrijk uitgangspunt dat efficiencywinst bereikt kan worden door over de grenzen van de beleidsterreinen heen te gaan organiseren en samen te werken. Daar waar het gaat om nieuwe gemeentelijke taken, die voortkomen uit de transformatie in het sociaal domein, kan voor de gemeenten sprake zijn van 'minder meerkosten' wanneer vanuit een organisatorisch perspectief naar deze taken wordt gekeken en taken gezamenlijk worden georganiseerd. In dit scenario is doorontwikkeling van de integrale aanpak mogelijk, waardoor maatschappelijk winst kan worden gerealiseerd.

Recent hebben de Zuid-Limburgse gemeenten besloten 'Veilig Thuis' onder te brengen bij de GGD, waarmee synergie behaald wordt tussen het voormalige steunpunt Huiselijk Geweld (dat al deel uitmaakte van de GGD) en het algemeen meldpunt Kindermishandeling dat deel uitmaakte van Bureau Jeugdzorg. Ook in het kader van het toezicht op de Wmo ziet een aantal Zuid-Limburgse gemeenten een nieuwe rol voor de GGD die in de komende tijd nader verkend zal worden.

#### 4.4.3 Financieel perspectief

Scenario 4 gaat uit van een directe uitbreiding van de algemene reserve en een budgettaire uitbreiding om de gewenste inhoudelijke ambities te kunnen realiseren. De algemene reserve wordt weer gebracht naar de 6% van de gemeentelijke bijdrage. Hiervoor is – uitgaande van de reservepositie op 01.01.2015 – een storting van € 512.186 nodig. Deze storting kent een incidenteel karakter. Deze storting betekent een eenmalige stijging van het budget met 5,5%.

Daarnaast zal – net als bij scenario 3 – uitbreiding mogelijk zijn op basis van uitgewerkte business cases. Uitgangspunt hierbij is dat de kosten (macroniveau) in het sociale domein voorgemeenten – op termijn – dalen. Scenario 4 gaat hierbij uit van een structurele uitbreiding van het budget. Het betreft hier een investering in capaciteit (3fte) om de inhoudelijke ambities te vertalen in business cases. Door deze extra investering kunnen business cases sneller worden opgeteld, waarmee vernieuwingen sneller kunnen plaatsvinden. De uitbreiding van deze budgetruimte bedraagt 3%.

<b>Scenario 4: versneld doorontwikkelen</b>	
Uitbreiding	+276.000
<b>Groeipercentage</b>	<b>+3%</b>
Storting in algemene reserve	+512.186
<b>Totaal</b>	<b>+788.186</b>

Scenario 4 heeft een positief effect op het weerstandsvermogen van de GGD. Enerzijds omdat de reservepositie van de organisatie op peil wordt gebracht en anderzijds door een directe investering ter realisatie van de inhoudelijke ambities. Hiermee worden de risico's gespreid en daarmee verkleind.

#### 4.4.4 Toekomstbeeld

Ook in scenario 4 is de GGD een volwaardig partner van de gemeente en een volwaardig partner in het sociaal domein. Het is een financieel gezonde organisatie met een focus op het totale veld van de publieke gezondheid en een aantoonbaar toegevoegde waarde. Het verschil met scenario 3 zit vooral in het tempo waarin ontwikkelingen plaatsvinden. Dit tempo ligt in scenario 4 hoger.

Scenario 4 sluit zeer goed aan bij de boordelingsaspecten aangaande de inhoud en de (samenwerkings)vorm. Ook op financieel vlak is sprake van een voordeel op macroniveau en ook op het weerstandsvermogen van de GGD heeft scenario 4 een zeer positief effect. In dit scenario is geen sprake van een besparing op de GGD. De consequenties zijn in onderstaand kader schematisch weergegeven.

<b>Consequenties scenario 4</b>	<b>Oordeel</b>
<b>Inhoud</b>	
<b>Bewaken:</b> zicht op de wijk	++
<b>Bevorderen:</b> kans voor preventie	++
<b>Beschermen:</b> gezondheidsbescherming op wettelijk basisniveau	++
<b>(Samenwerkings)vorm</b>	
<b>Slim organiseren:</b> GGD en sociaal domein efficiënt ingericht	++
<b>Financiën</b>	
<b>Financiële bijdrage</b>	
Besparing begroting GGD	--
Voordeel op macroniveau	++
<b>Weerstandsvermogen</b>	++

++ = zeer positief / + = positief / +/- = neutraal / - = negatief / -- = zeer negatief



## 5 Besluitvorming

Dit document geeft inzicht in de toekomstmogelijkheden voor de GGD Zuid Limburg. Het is de taak van het Algemeen Bestuur van de GGD om, op basis van de zienswijzen van de raden van de Zuid-Limburgse gemeenten, een keuze te maken voor één van de scenario's. De keuze die het Algemeen Bestuur maakt is van toepassing op alle Zuid-Limburgse gemeenten. Het gekozen toekomstscenario is leidend voor de ontwikkeling van de GGD in de periode 2016-2019, de bijdrage aan de sociale opgaven in Zuid-Limburg en de meerjarenbegroting.

### 5.1 Besluitvorming

Het proces om te komen tot een keuze voor één van de toekomstscenario's omvat de periode maart - juni 2015. Nadat het Dagelijks Bestuur haar mening heeft gegeven over de toekomstscenario's wordt dit document voor een zienswijze voorgelegd aan de gemeenteraden. Hiertoe zal het document binnen de Zuid-Limburgse gemeenten volgtijdelijk worden voorgelegd aan de vergadering van het college van B&W, de commissie (of vergelijkbaar gremium) en de gemeenteraad. De gemeenteraden kunnen hun zienswijze over de toekomstscenario's schriftelijk kenbaar maken. Op basis van de zienswijzen maakt het Algemeen Bestuur van de GGD op 3 juli a.s. een keuze voor één van de toekomstscenario's. Het besluitvormingsproces is hieronder schematisch weergegeven:

<b>Informatie en besluitvorming toekomstscenario's GGD</b>		
<b>Datum</b>	<b>Wie</b>	<b>Onderwerp</b>
23.03.2015	Dagelijks Bestuur	Bespreken toekomstscenario's
01.04.2015	GGD Zuid Limburg	Toezenen toekomstscenario's aan gemeenten (wethouder, ambtenaar, griffie)
22.04.2015	Algemeen Bestuur	Bespreken toekomstscenario's
April-juni 2015	Gemeenten	Bespreken toekomstscenario's in college B&W, commissies en raadsvergadering
Vóór 01.07.2015	Gemeenten	Zienswijze over toekomstscenario kenbaar maken aan de GGD ZL
03.07.2015	Algemeen Bestuur	Keuze voor toekomstscenario GGD op basis van meerderheid van stemmen
Juli-dec 2015	GGD ZL	Toekomstscenario vertalen in begroting en dienstverlening

### 5.2 Communicatie

De communicatie over de toekomstscenario's vindt plaats via de vertrouwde communicatiekanalen van de GGD. Dit document wordt via het bestuur van de GGD en de

ambtelijke overlegstructuur beschikbaar gesteld aan alle hierboven genoemde gremia. Eveneens zal langs deze weg de definitieve keuze gecommuniceerd worden.

Aan de gemeente van Zuid-Limburg  
T.a.v. Het College van B&W

Uw kenmerk	-	Ons kenmerk	2015/00699	GGD-locatie	Geleen
Uw brief van	-	Datum	27 maart 2015	Telefoonnr.	046-8505507
Onderwerp	Begroting 2016 GGDZL Jaardocument 2014 GGD ZL Scenario's 2016-2019 GGD ZL	Bijlage(n)	ja	Behandelaar	P. Lamberts

Geacht College,

Hierbij bieden wij u de volgende documenten van de GGD Zuid Limburg aan: toekomstscenario's 2016-2019, de begroting 2016 en het jaardocument 2014. U heeft de mogelijkheid uw zienswijze kenbaar te maken op de toekomstscenario's en de begroting. Het jaardocument ontvangt u ter informatie. Hieronder volgt een korte toelichting op elk van deze drie documenten.

### **Toekomstscenario's 2016-2019**

Vier jaar geleden heeft de GGD op verzoek van het Algemeen Bestuur een aantal meerjarensenario's gepresenteerd voor de periode 2012-2015. De Zuid-Limburgse gemeenten kozen medio 2011 unaniem voor een toekomstscenario waarin de GGD een bezuiniging van 11% diende te realiseren en gefaseerd en geprioriteerd uitvoering diende te geven aan de ambities in de regionale gezondheidsnota.

Het laatste jaar van de vierjarige beleidsperiode is inmiddels ingegaan. Vanwege de positieve ervaringen met het eerdere scenariotraject heeft het Algemeen Bestuur de GGD opnieuw gevraagd om scenario's op te stellen, nu voor de periode 2016-2019. De nieuwe toekomstscenario's zijn tot stand gekomen in samenwerking met bestuurders, politiek, ambtenaren, zorgpartners en adviesorganen. Centraal hierin staan de transformaties in het sociaal domein en de gemeentelijke ontwikkelingen op dit gebied. De scenario's hebben betrekking op de GGD met uitzondering van Veilig Thuis en de Acute Zorg. Aan de hand van bijgevoegd scenariodocument kunnen gemeenten aangeven welk scenario voor de GGD het best bij het toekomstbeeld van de gemeente past.

### **Begroting 2016**

Het scenariotraject en het jaarlijkse begrotingstraject sluiten niet naadloos op elkaar aan. Om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichtingen is een pro forma begroting opgesteld, met uitzondering van Veilig Thuis en de Acute Zorg. De basis voor de begroting 2016 is de begroting 2015. De financiële gevolgen van een scenariokeuze zijn hierin nog niet verwerkt. Ze zijn wel inzichtelijk gemaakt in de toekomstscenario's. In het najaar ontvangt u ter informatie een aangepaste begroting 2016 waarin de financiële gevolgen van een scenariokeuze zijn verwerkt.

### **Directie- en Bestuursbureau**

GGD Zuid Limburg  
Postbus 2022, 6160 HA Geleen  
T 046 – 850 66 66 . F 046 – 850 66 67 . info@ggdzl.nl . www.ggdzl.nl

## **Begroting Veilig Thuis**

Op verzoek van de gemeenten in Zuid-Limburg is Veilig Thuis per 1 januari 2015 ondergebracht bij de GGD Zuid Limburg. Veilig Thuis is een nieuw onderdeel en zit nog in de opstartfase. Daarom maakt Veilig Thuis geen onderdeel uit van de scenario's. Na vaststelling van de begroting 2016 volgt voor Veilig Thuis geen begrotingswijziging. Meer (financiële) informatie vindt u in bijgevoegde factsheet over Veilig Thuis.

## **Jaardocument 2014**

De GGD is een paar jaar geleden een nieuwe koers gaan varen om de gezondheidssituatie van Zuid-Limburg te verbeteren. Aan de hand van nieuwe visies op publieke gezondheid, jeugd en zelfredzaamheid zijn nieuwe werkwijzen ontwikkeld. Eén van de kernpunten in de nieuwe werkwijzen is: meer samenwerking met gemeenten, zorgverleners, burgers en andere partners. Het jaarverslag 2014, met de titel 'Samen is meer', laat zien hoe de GGD dat in praktijk brengt.

Vorig jaar was er nog sprake van een aanstaande wetswijziging die stelde dat gemeenten niet alleen hun zienswijze kunnen geven op de begroting, maar ook op het jaardocument. Die wetswijziging is niet doorgevoerd. Daarom is een gemeentelijke zienswijze op het jaardocument niet aan de orde. Het Dagelijks Bestuur heeft het jaardocument vastgesteld; goedkeuring door het Algemeen Bestuur is voorzien op 3 juli.

## **Begroting, jaardocument en scenario's GHOR**

De GHOR, een onderdeel van de GGD Zuid Limburg, valt onder het Algemeen Bestuur van de Veiligheidsregio Zuid-Limburg. Het jaardocument van de GHOR is onderdeel van het jaardocument van de GGD. Voor de volledigheid is de GHOR-begroting ook bijgevoegd. Dit is een pro forma begroting, want ook voor de GHOR zijn toekomstscenario's voor de periode 2016-2019 opgesteld. De GHOR-scenario's ontvangt u via de Veiligheidsregio. Uw zienswijze op de GHOR-begroting kunt u voor 1 juni bekendmaken aan het Dagelijks Bestuur van de Veiligheidsregio.

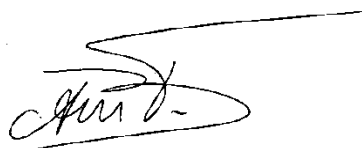
## **Zienswijze en vaststelling**

U kunt uw zienswijze op de toekomstscenario's en de begroting 2016 kenbaar maken aan het Dagelijks Bestuur. Wij zien uw reactie graag uiterlijk 1 juli tegemoet.

U kunt uw schriftelijke zienswijze sturen naar:  
GGD Zuid Limburg  
t.a.v. Petra Lamberts, bestuurs- en directiesecretaris  
Postbus 2022, 6160 HA Geleen

Het Dagelijks Bestuur zal de begroting 2016 en de toekomstscenario's 2016-2019 samen met de ontvangen zienswijzen op 3 juli a.s. ter vaststelling aanbieden aan het Algemeen Bestuur.

Met vriendelijke groet,



Drs. A.R.B. van den Tillaar  
Voorzitter bestuur



F.C.W. Klaassen, arts  
Ambtelijk secretaris

## **Directie- en Bestuursbureau**

GGD Zuid Limburg  
Postbus 2022, 6160 HA Geleen  
T 046 – 850 66 66 . F 046 – 850 66 67 . info@ggdzl.nl . www.ggdzl.nl

## Reiters, Herman

---

**Van:** Cnoops, Marlo [Marlo.Cnoops@ggdzl.nl] namens Bovens, Fons [Fons.Bovens@ggdzl.nl]  
**Verzonden:** maandag 20 april 2015 14:02  
**Aan:** 'm.van.de.winkel@heerlen.nl'; Beemer, Joan; 'willemien.vanderlinden@sittard-geleen.nl'; 'Rob.van.Lieshout@Gulpen-Wittem.nl'; 'Frank.verberne@gemeentestein.nl'; 'Marian.de.Jong@brunssum.nl'; 'ralf.krewinkel@gemeentebeek.nl'; 'thomas.gelissen@brunssum.nl'; 'jobisscheroux@eijdsden-margraten.nl'; 'philip.laheij@gulpen-wittem.nl'; 'burgemeester@gulpen-wittem.nl'; 'p.van.Zutphen@heerlen.nl'; 'l.jongen@kerkrade.nl'; 'harry.leunessen@landgraaf.nl'; Damsma, Mieke; 'maureen.gubbels@meerssen.nl'; 'm.clermonts@meerssen.nl'; 'ed.slangen@nuth.nl'; 'r.evers@onderbanken.nl'; 'r.v.d.broek@schinnen.nl'; 't.gulpen@simpelveld.nl'; 'wethouder.leongeilen@sittard-geleen.nl'; 'Hub.janssen@gemeentestein.nl'; 'P.degrauw@vaals.nl'; 'b.dauven@valkenburg.nl'; 'patrick.leunissen@voerendaal.nl'; 'christel.selten@gemeentebeek.nl'; 'ruud.das@brunssum.nl'; 'susannemartens@eijdsden-margraten.nl'; 'maud.doveren@gulpen-wittem.nl'; 'm.souren@heerlen.nl'; 'Leo.Raets@kerkrade.nl'; 'jef.schillings@kerkrade.nl'; 'jacco.den.hartog@landgraaf.nl'; Reiters, Herman; 'pauline.evers@meerssen.nl'; 'ingeborg.leurs@nuth.nl'; 'h.dooper@onderbanken.nl'; 'h.janssen@schinnen.nl'; 'j.hengst@simpelveld.nl'; 'm.vollema@simpelveld.nl'; 'wim.romkens@sittard-geleen.nl'; 'jeu.renkens@sittard-geleen.nl'; 'diana.delahaye@gemeentestein.nl'; 'sandra.raaymakers@gemeentestein.nl'; 'm.wassenberg@vaals.nl'; 'j.vanwingerden@valkenburg.nl'; 'm.janssens@valkenburg.nl'; 'marieke.rademakers@voerendaal.nl'; 'kim.voorjans@voerendaal.nl'  
**Onderwerp:** Zienswijze begroting GGD Zuid Limburg onderdeel Veilig thuis

Geachte portefeuillehouders en ambtenaren,

De komende periode staat de begroting van de GGD met daarin verwerkt de begroting Veilig Thuis in alle Zuid-Limburgse gemeenten op de agenda. In dit kader vragen we – naar aanleiding van het bestuurlijk overleg Veilig Thuis dat vanochtend heeft plaats gevonden – uw aandacht voor het volgende.

De GGD krijgt op dit moment erg veel vragen over Veilig Thuis. Hierbij gaat het met name over de financiële uitbreiding van € 270.000 die is meegenomen in de begroting 2016 en het ontbreken van de inhoudelijke onderbouwing hiervoor. De gegevens die door de GGD in de begroting 2016 zijn opgenomen, zijn gebaseerd op reële historische gegevens zoals door Bureau Jeugdzorg en de Zuid-Limburgse gemeenten aangereikt. Echter op dit moment vindt nog discussie plaats over de vraag of een deel van deze kosten als frictiekosten moet worden beschouwd. Daarnaast is het jaar 2015 een overgangsjaar en wordt gedurende dit jaar uitgewerkt hoe de werkwijze van Veilig Thuis in de toekomst zal uitzien en wat de financiële implicaties hiervan zijn.

Met het oog op de zienswijze op de begroting 2016 – onderdeel Veilig Thuis – is het advies van het bestuurlijk overleg aan alle Zuid-Limburgse gemeenten om over de additioneel gevraagde middelen (€ 270.000) op dit moment geen zienswijze te geven en het procesvoorstel te doen deze discussie uit te stellen tot het najaar. Op dat moment is een meer afgewogen discussie over inhoud gekoppeld aan de financiële component beter mogelijk. In overleg met het Dagelijks Bestuur wordt bekeken op welke manier de GGD kan voldoen aan de gestelde termijnen en verplichtingen (Provincie) omtrent de begroting 2016.

Graag maak ik van deze gelegenheid gebruik om aan te kondigen dat u op korte termijn een brief tegemoet kunt zien waarin wordt uitgelegd hoe het bestuurlijk overleg, de ambtelijke ondersteuning en de communicatie met de 18 Zuid-Limburgse gemeenten rondom Veilig Thuis vanaf nu geregeld gaat worden.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

*PS: deze mail is verstuurd aan de AB-leden van het GGD bestuur, de contactambtenaren van de GGD en de leden van het ambtelijk overleg regiovisie Veilig Thuis. Ik vraag u deze mail door te sturen naar andere collega's van uw gemeente voor zover dit van toepassing is.*

Met vriendelijke groet,  
Fons Bovens  
Directeur Publieke Gezondheid

# Gezond meedoen in Maastricht

Samenvatting Lokaal rapport  
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014



Dit is de samenvatting van het lokaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 'Een nieuwe kijk op gezondheid in Maastricht'. In deze samenvatting staan de belangrijkste aandachtspunten voor de gemeente. De thema's die aan bod komen zijn factoren die van invloed zijn op gezondheid.



# Gezond meedoen

## Een andere kijk op gezondheid

De manier waarop in Nederland wordt gekeken naar gezondheid is de laatste jaren sterk veranderd. Waar voorheen het accent lag op 'recht op zorg', wordt nu vooral gekeken naar preventie en naar wat nodig is om mensen in hun eigen kracht te zetten. Mee kunnen doen en ertoe doen zijn voorwaarden om regie te hebben en te houden over je eigen leven. Je gezond en vitaal voelen is daarbij van groot belang.

Deze andere kijk op gezondheid is met de decentralisaties in het sociale domein zeer actueel. Voor gemeenten betekent dit dat naar verbindingen gezocht moet worden tussen gezondheid en maatschappelijke doelen zoals werk, onderwijs en participatie. Zo ontstaat aandacht voor gezondheid vanuit verschillende beleidsterreinen.

Dit is echter nog niet vanzelfsprekend. Een gezamenlijke, integrale aanpak is en blijft hard nodig, want het is belangrijk om nieuwe samenwerkingsverbanden te bevorderen en logische verbindingen te leggen zowel binnen het zorgdomein als daarbuiten.

Gezond meedoen in Maastricht!  
Hoe gaan we sámen deze uitdaging aan?

## Kernboodschappen

**Startkwalificatie.** Een goede startkwalificatie en voldoende bagage om gezond mee te kunnen doen is niet voor alle jeugdigen vanzelfsprekend. Aandacht bij de jeugd voor (beginnend) overgewicht, psychosociale gezondheid en risicogedrag (seksuele gezondheid en genotmiddelengebruik) is belangrijk. Tijdig signaleren van beginnende problematiek en adequate samenwerking in de buurt zijn essentieel.

**Armoede.** Armoede is een belangrijke determinant van gezondheid. Door de economische crisis is de armoede toegenomen. Naast de kwetsbare doelgroepen zoals mensen met een bijstandsuitkering, treft het ook andere groepen zoals werkende armen en laaggeletterden. Voor het terugdringen van armoede zijn diverse sporen in het gemeentelijk beleid te volgen. Bij preventief armoedebeleid is vooral het voorkomen van overerving van armoede essentieel; ook regelingen zoals het Jeugdsportfonds zijn van belang.

**Mantelzorg.** Door de vergrijzing neemt het aantal mensen met dementie, chronische aandoeningen en multimorbiditeit toe. Hierdoor zal meer vraag ontstaan naar zorgvrijwilligers en mantelzorgers. De zorgtaken worden tevens complexer en grenzen in de zorg verschuiven. Mantelzorgers zijn hier niet altijd op toegerust. Herkenning en ondersteuning van mantelzorgers door het goed regelen van respijtzorg is belangrijk. Niet alleen om ervoor te zorgen dat zij het volhouden, maar ook om de negatieve effecten op de eigen gezondheid zoveel als mogelijk te voorkomen. Stem de mantelzorgondersteuning zoveel mogelijk regionaal af.

**Bewegen.** Het appèl op mensen om mee te kunnen doen, voor elkaar te zorgen en zelfredzaam te zijn wordt steeds groter. Een actieve leefstijl waardoor dit wordt bevorderd is daarom belangrijk. Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Er is een duidelijke link tussen bewegen en het voorkomen en verminderen van gezondheidsproblemen zoals hart- en vaatziekten en overgewicht. Bewegen is voor de gemeente en de regio het belangrijkste speerpunt.



# Investeren in een gezonde jeugd loont

De meeste jeugdigen in Maastricht krijgen voldoende bagage mee om op een gezonde manier te kunnen participeren in de maatschappij. Voor een beperkt deel van de jeugd geldt dit echter niet. Inzicht in de huidige gezondheid van de jeugd en het tijdig signaleren van problemen en ondersteuningsbehoeften zijn van belang. Hierbij gaat het onder meer om een goede psychosociale ontwikkeling van kinderen en aandacht voor problemen met overgewicht op jonge leeftijd.

## Trends bij de jeugd

**Roken en alcohol.** Sinds 2005 is er in Zuid-Limburg een daling te zien van roken en alcoholgebruik. Deze positieve ontwikkeling is bij jongeren in Maastricht ook aanwezig: alleen roken is bij 15-16 jarigen ongeveer gelijk gebleven. Het gebruik van softdrugs is eveneens afgenomen.

**Onveilig vrijen.** De trend in onveilig vrijen (geen condoomgebruik) is bij 13-14 jarigen wisselend maar laat wel een afname zien tussen 2009 en 2013. Bij 15-16 jarigen is een nagenoeg constant beeld zichtbaar.

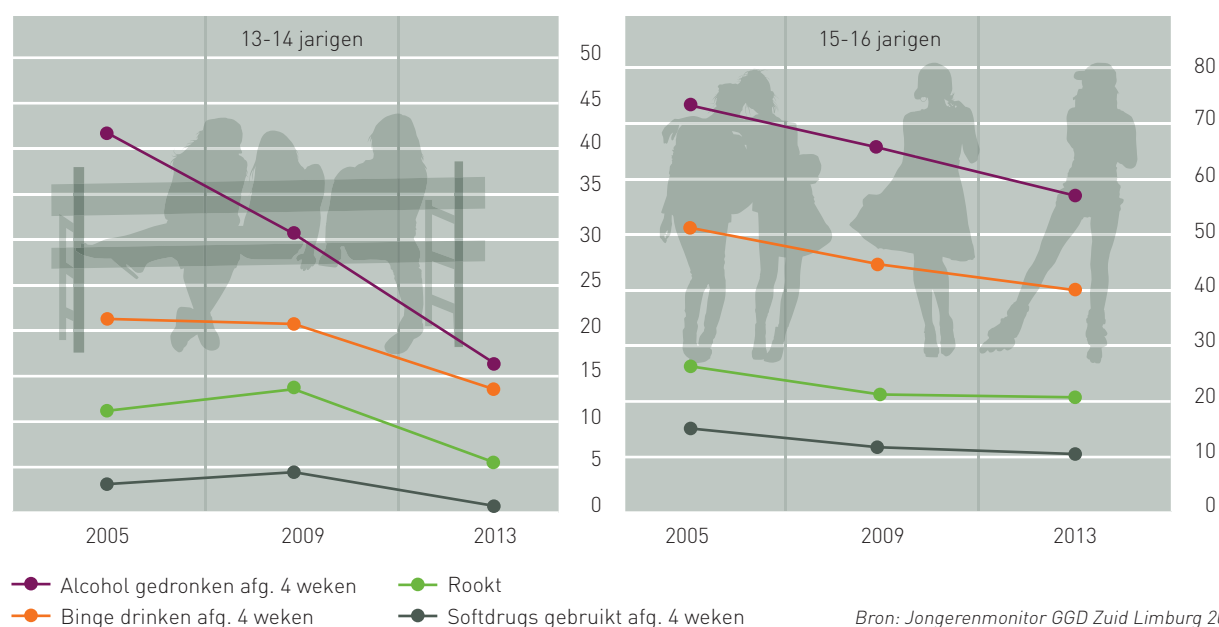
**Overgewicht.** Bij de jeugd in de basisschoolleeftijd lijkt overgewicht te stabiliseren. Bij 13-14 jarigen is een stijging te zien van 17% naar 20%. Het percentage jongeren

dat voldoende beweegt in Maastricht is vergelijkbaar met het gemiddelde in Zuid-Limburg.

## Minder voortijdige schoolverlaters

Veelvuldig spijbelen door jongeren is een signaal dat er mogelijk problemen zijn. Van de 13-16 jarigen in Maastricht geeft 10% aan in de afgelopen vier weken te hebben gespijbeld. In Zuid-Limburg is dit 8%. Het vroegtijdig signaleren van regelmatig verzuim op jonge leeftijd verkleint de kans op voortijdig schoolverlaten op latere leeftijd. Voortijdig schoolverlaten is ook in Maastricht de afgelopen jaren flink afgenomen.

Experimenteergedrag van 13-16 jarigen in Maastricht (in %)



# Meedoen is gezond

Tussen participatie en gezondheid bestaat een wederkerig verband. Gezondheidsproblemen kunnen belemmerend zijn voor participatie. Omgekeerd kan participatie een positief of negatief effect hebben op iemands gezondheid. De huidige beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg zullen leiden tot een toename van de vraag naar informele zorg en vrijwilligerswerk. Om toekomstige knelpunten in het sociale domein het hoofd te kunnen bieden is het van belang om groepen die weinig participeren, te betrekken bij de buurt, het vrijwilligerswerk en de informele zorg.

## Armoede

In Maastricht leeft 11,2% van de huishoudens onder de armoedegrens (Nederland 8,3%). Mensen uit een huishouden met een inkomen onder de armoedegrens leven gemiddeld 5 jaar korter dan mensen met een hoger inkomen. Mensen die in armoede leven zijn niet alleen ongezonder, ze trekken zich ook vaak terug. Hun persoonlijke netwerken zijn veelal beperkt. Het gebrek aan participatie is een belangrijk onderdeel van de cirkel van armoede: hoe langer de financiële problemen duren, hoe meer mensen

zich afzonderen. Het is cruciaal om mensen die zich sociaal uitgesloten voelen of geen werk hebben, te motiveren en aan te spreken op hun talenten en mogelijkheden. Ondersteuning en facilitering voor verschillende groepen om te kunnen participeren is daarom gewenst.

## Meer 65-plussers doen vrijwilligerswerk

Het percentage volwassenen dat vrijwilligerswerk doet in Maastricht is de afgelopen jaren licht gestegen van 20% in 2009 naar 23% in 2012. Bij ouderen is de inzet voor vrijwilligerswerk toegenomen van 14% in 2008 naar 24% in 2012. Deze ontwikkeling is gelijk aan de Zuid-Limburgse trend. Reden om geen vrijwilligerswerk te doen voor volwassenen is vooral het aspect 'geen tijd' en bij ouderen 'zich niet willen vastleggen'.

## Meer taken combineren in de toekomst

Langer doorwerken, meer mantelzorg geven, tijd blijven vinden voor vrijwilligerswerk en vrijetijdsbestedingen; in de toekomst moeten mensen meer taken combineren. Volwassenen in Maastricht die betaald werk verrichten zijn daarnaast actief als vrijwilliger (20%) en als mantelzorger (12%). Indien men geen betaalde baan heeft, verricht men vaker vrijwilligerswerk. Dat geldt niet voor het geven van mantelzorg. Naarmate mensen minder uren werken, geven ze meer mantelzorg. Het aantal uren betaald werk heeft nauwelijks invloed op deelname aan vrijwilligerswerk.



# Meer mantelzorgers

Door de vergrijzing neemt het aantal mensen met dementie en chronische aandoeningen toe. Hierdoor zal meer behoefte ontstaan naar zorgvrijwilligers en mantelzorgers. De zorgtaken worden tevens complexer en grenzen in de zorg verschuiven. Mantelzorgers zijn hier niet altijd op toegerust. De afgelopen jaren is ook in Maastricht een toename te zien van mensen die mantelzorg geven. Gemeenten hebben een belangrijke taak als het gaat om ondersteuning van mantelzorgers.

## Percentage mantelzorgers stijgt

In Maastricht heeft 4% van de volwassenen het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen. Dit is evenveel als gemiddeld in Zuid-Limburg. Bij ouderen is dit met 17% vrijwel gelijk aan de regio.

Het percentage inwoners dat mantelzorg geeft is in Maastricht ongeveer gelijk aan het Zuid-Limburgse gemiddelde, zowel bij volwassenen als bij ouderen. In Maastricht is net als in de regio sprake van een toename sinds 2008/2009.



## Trend mantelzorg geven (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012 en 2008/2009

## Vooral oudere mantelzorgers hebben behoefte aan steun

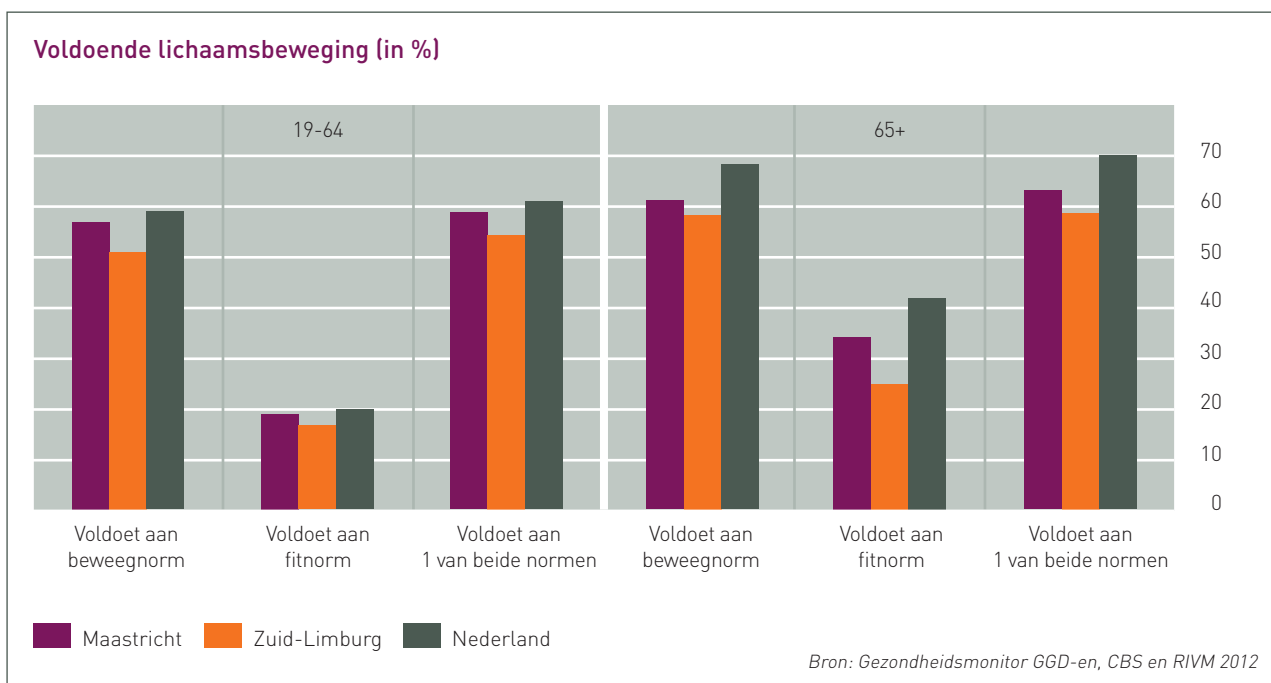
Het verlenen van mantelzorg kan na enige tijd leiden tot een zware (psychische en/of fysieke) belasting en ten koste gaan van de gezondheid en het welbevinden van de mantelzorgers. In Maastricht voelt 15% van de volwassen mantelzorgers en 17% van de oudere mantelzorgers zich zwaar belast. Bovendien heeft 21% van de volwassen mantelzorgers en 27% van de oudere mantelzorgers in Maastricht behoefte aan enige vorm van steun.

## Welke steun willen mantelzorgers?

In Zuid-Limburg hebben oudere mantelzorgers (65+) behoefte aan praktische hulp (26%), informatie of advies (7%), een vervanger tijdens vrije dagen of vakantie (5%), emotionele steun (3%), ontspannende activiteiten (3%) en belangenbehartiging (14%).

# Meer bewegen voor een betere gezondheid

Een actieve leefstijl is belangrijk in een maatschappij waarin mensen meedoen en voor elkaar zorgen. De levensverwachting in Zuid-Limburg neemt nog steeds toe, ook in Maastricht. Het gaat niet alleen om extra gezonde jaren, want chronische aandoeningen nemen toe. De urgentie om te blijven investeren in preventie en het stimuleren van gezond gedrag is hoog. Niet alleen om te voorkomen dat mensen ziek worden, maar om ervoor te zorgen dat mensen, ondanks ziekte en beperking, toch 'gezond' door het leven kunnen.



## Veel chronische aandoeningen

Chronische aandoeningen komen veel voor. In Maastricht heeft 62% van de inwoners van 19 jaar en ouder één of meer chronische ziekten. Bij meer dan de helft van de mensen met een chronische aandoening is sprake van multimorbiditeit. Dit betekent dat deze mensen twee of meer ziekten of aandoeningen tegelijk hebben. In Maastricht betreft dit 29% van de volwassenen en 62% van de ouderen.

## Meer bewegen blijft essentieel

Twee op de vijf volwassenen (41%) en ruim de helft van de ouderen (59%) heeft overgewicht. In Zuid-Limburg is er een stijgende trend voor overgewicht en obesitas, in Maastricht

is die trend niet aanwezig. Ruim de helft van de volwassenen en ouderen beweegt voldoende. Met name de oudere inwoners van Maastricht bewegen meer dan andere Zuid-Limburgers. Ten opzichte van Nederland is er vooral bij ouderen nog sprake van een achterstand.

## Levensverwachting lager dan Nederland

De levensverwachting in Maastricht is 79,6 jaar. Daarmee is deze lager dan gemiddeld in Nederland. Van de inwoners van 19 jaar en ouder ervaart 73% de gezondheid als goed tot zeer goed.

# Langer zelfstandig thuis wonen, met de juiste hulp

In Zuid-Limburg wordt meer zorg geconsumeerd dan in de rest van Nederland. Door de vergrijzing en de verwachte stijging van het aantal mensen met chronische aandoeningen neemt de druk op de zorg de komende jaren nog meer toe. Zorgen voor jezelf en voor elkaar zal dus belangrijker worden. Wat betekent dit voor de bewoners en de zorgverlening in Maastricht?

De oplossing wordt onder andere gezocht in betere afstemming van zorg dichterbij mensen en het vergroten van de zelfredzaamheid.

## Veel gebruik huishoudelijke hulp

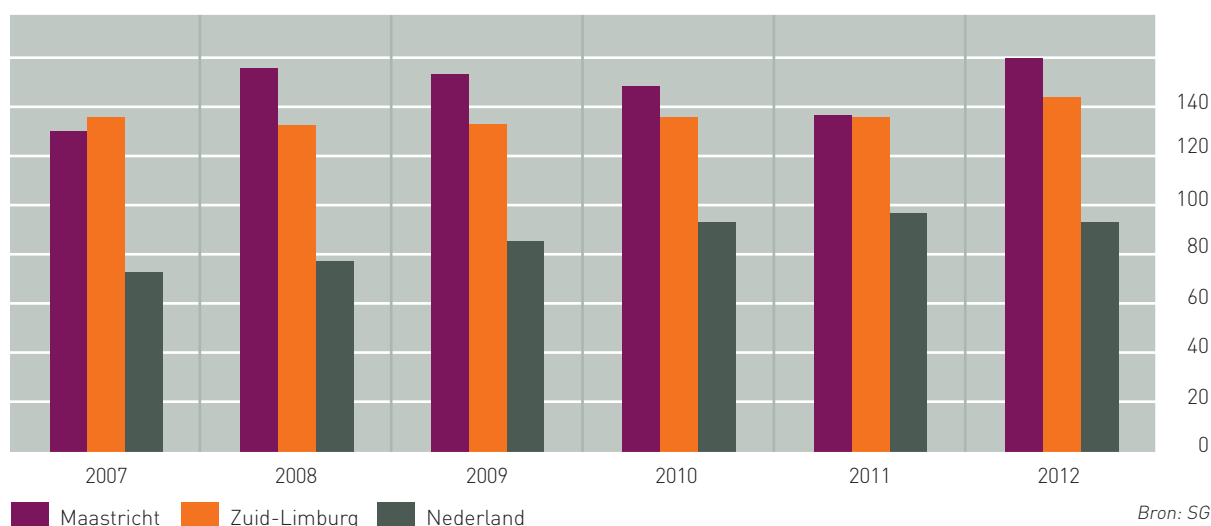
In Maastricht kregen mensen de afgelopen jaren meer hulp in het huishouden dan gemiddeld in Nederland en meer dan gemiddeld in Zuid-Limburg. Voor heel Zuid-Limburg geldt dat meer mensen hulp krijgen in het huishouden dan gemiddeld in Nederland.

## Veel hulp bij persoonlijke verzorging

Wijkverpleging is de verpleging en verzorging bij mensen thuis. In januari 2013 ontvingen in Maastricht 2.555 mensen persoonlijke verzorging en 810 mensen verpleegkundige zorg. Verhoudingsgewijs krijgen in Zuid-Limburg en in Maastricht meer mensen persoonlijke verzorging dan gemiddeld in Nederland. Het aantal mensen dat verpleging ontvangt is meer dan het Nederlandse gemiddelde en iets lager dan het Zuid-Limburgse gemiddelde.



Uitgaven (€) hulp in de huishouding per inwoner, binnen de Wmo



Dit is de samenvatting van het lokaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 'Een nieuwe kijk op gezondheid in Maastricht'.  
De digitale versie van de samenvatting, het rapport, de rapporten van de andere gemeenten en het regionale rapport is te downloaden op [www.ggdzl.nl/gemeenten](http://www.ggdzl.nl/gemeenten)



## Samen werken aan een gezonde gemeente

Een nieuwe kijk op gezondheid in Maastricht. Dat is de naam van deze tweede toekomstverkenning over het gezondheidsniveau in onze stad. En wat is er dan zo nieuw vraagt u zich wellicht af? De eerste verkenning was 4 jaar geleden en gaf een goed beeld van het gezondheidsniveau in de vijf stadsdelen van onze stad. Op basis van een uitgebreide enquête werden mensen uit allerlei leeftijdsgroepen bevestigd op onderwerpen over hun gezondheid.

Deze tweede verkenning gaat iets verder en geeft een beeld van het gezondheidsniveau en van het welbevinden van onze burgers. De vragen in de enquête waren deze keer ook gericht op gevoel van veiligheid, wooncomfort, sociale contacten et cetera. Daardoor ontstaat een completer beeld van de gezondheid en het gevoel van welzijn van de inwoners. En dat is waardevolle informatie om het juiste gezondheidsbeleid per stadsdeel of wijk te kunnen bepalen. Voor inzicht in de gezondheid van de inwoners op wijkniveau verwijs ik u naar het volledige rapport. Met deze uitkomsten kunnen we in gesprek met de mensen in de buurt maatregelen en acties voorstellen en bespreken om de gezondheid en het algemeen welbevinden te verbeteren. Ook hier is het belangrijk dat we eerst kijken naar wat mensen zelf kunnen doen, wat eventueel familie of vrienden kunnen betekenen of dat andere maatregelen of professionele hulp noodzakelijk is. Kortom, deze vierjaarlijkse verkenning biedt waardevolle informatie. Meten is weten en met die kennis blijven we werken aan een gezond Maastricht.

Mieke Damsma  
Wethouder Cultuur, Onderwijs, Jeugdzorg, Gezondheid en Student & Stad  
Gemeente Maastricht

**GGD Zuid Limburg**  
Postbus 2022, 6160 HA Geleen  
[www.ggdzl.nl](http://www.ggdzl.nl)

© GGD Zuid Limburg, 2014. Alle rechten voorbehouden. De informatie uit deze samenvatting overnemen is toegestaan, mits met bronvermelding. De redactie heeft de grootst mogelijke aandacht besteed aan de juistheid van de informatie in dit rapport. Fouten zijn echter niet volledig uit te sluiten. U kunt daarom geen rechten onttelen aan deze teksten. Voor vragen of opmerkingen kunt u zich richten tot de redactie via [communicatie@ggdzl.nl](mailto:communicatie@ggdzl.nl)