

# De transformatie van de GGD



# VOORWOORD

## In de startblokken om bij te dragen aan een trendbreuk

2015 is het laatste jaar van de beleidsperiode 2012-2015. Daarmee sluit de GGD een periode af die in het teken stond van bezuiniging en een fundamentele omslag in de manier van werken. Het resultaat is een efficiënte organisatie die klaar is om bij te dragen aan de uitvoering van de gemeentelijke taken in het sociaal domein en aan een andere aanpak voor een gezond en veerkrachtig Zuid-Limburg. Dat is hard nodig.

Alle onderdelen van de GGD, ook de Acute Zorg, hebben een transformatie doorgemaakt. Vanwege een korting van 12% op het budget is de bedrijfsvoering van de Acute Zorg kritisch bekeken en zijn diverse efficiency-maatregelen genomen. Het maakte het leveren van goede prestaties tot een grote uitdaging.

Nederland wordt steeds gezonder. Limburg ook. Maar ten opzichte van andere Nederlanders zijn Limburgers, met name Zuid-Limburgers, veelal ongezonder en leven ze ongeveer een jaar korter dan andere Nederlanders. Het is nog niet gelukt om die gezondheidsachterstand in te lopen. Aldus het rapport 'Op zoek naar de Limburg-factor' (Provincie Limburg/GGD Zuid Limburg, 2015). Een ander rapport, 'Bouwen aan Limburgse Vitaliteit' (Provincie Limburg, 2015), concludeert: Zuid-Limburg is ongezonder, heeft een te hoge zorgconsumptie, teveel mensen in de sociale werkvoorziening en teveel armoede. Een andere aanpak is noodzakelijk om deze grote vraagstukken op te lossen.

Een essentieel onderdeel van een andere aanpak is samenwerking. Gemeenten, de Provincie, het onderwijs, de arbeidsmarkt, de zorg, kennisinstellingen, de burger enz. zijn samen aan zet. In dit rijtje mag de GGD niet ontbreken. Om een nog betere bijdrage te kunnen leveren, moet de GGD de eigen organisatie en dienstverlening op orde hebben. De afgelopen jaren is daar hard aan gewerkt. Daardoor staat de GGD anno 2015 in de startblokken om bij te dragen aan een trendbreuk: van een regio met een gezondheidsachterstand naar een regio waar mensen zo veel mogelijk zelfredzaam zijn en kunnen meedoen. Ook als ze een beperking hebben.

In dit jaarverslag is te lezen hoe de GGD in 2015 aansluiting heeft gezocht in de regio om met haar nieuwe werkwijzen bij te dragen aan die trendbreuk.

*Frank Klaassen, voorzitter directie*

*Fons Bovens, directeur*

*Frank Klaassen, voorzitter directie: 'De GGD heeft een transformatie doorgemaakt. Daardoor kunnen wij gemeenten goed van dienst zijn bij de vraagstukken die de decentralisaties met zich meebrengen.'*

*Fons Bovens, directeur: 'Op allerlei manieren kan de GGD bijdragen aan een gezonder Zuid-Limburg. We zijn inzetbaar als kennisdeler, adviseur, uitvoerder of bruggebouwer. In al die rollen hebben we de afgelopen jaren geïnvesteerd.'*

# INHOUD

- Over de GGD 4
- Organogram 6
- Terugblik op de scenariotrajecten 7
- Jaarrekening 9
- Toelichting op jaarrekening 11
- Gezondheid en Maatschappelijke Participatie 12
- Jeugdgezondheidszorg 19
- Kennis & Innovatie 23
- Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu 29
- Acute Zorg 38



## OVER DE GGD

### Organisatie

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 de GHOR-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.

### Klachten

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, volgt een bemiddelingsgesprek. De ervaring leert dat de klacht

### ► Klachten in 2015

Aantal klachten	Opgelost via bemiddeling	Klachtencommissie
52	49	3 waarvan 2 niet ontvankelijk verklaard

daarna meestal is opgelost. Als dit niet zo is, kan de klager de klacht voorleggen aan de klachtencommissie van de GGD.

### Ontwikkelingen op personeelsgebied

Op personeelsgebied heeft in 2015 de nadruk gelegen op het onderbrengen van Veilig Thuis bij de GGD, het formuleren van beleid in verband met de Participatiewet, het introduceren van een nieuw beloningshoofdstuk 3 in CAR-UWO en het proces om te komen tot digitalisering van personeelsdossiers. Voor de komende jaren zal de scheve personeelsopbouw (veel ouderen) een zorgpunt blijven. Dit punt zal in combinatie met aandacht voor mobiliteit, flexibiliteit en persoonlijke ontwikkeling van medewerkers een speerpunt voor de unit Personeel en Talentontwikkeling zijn. Daarnaast zullen digitalisering, de invoering van E-HRM en de implementatie van een Individueel Keuze Budget aandachtspunten zijn. Ten slotte zal de GGD overwegen om HR21 (een landelijke standaard voor functiebeschrijving en -waardering) organisatie breed te gaan invoeren.

## ► Personeelsgegevens 2015

	GGD Zuid Limburg 1 januari 2015	GGD Zuid Limburg 31 december 2015	Landelijk (sector gemeenten)
Aantal fte	368	377	-
Aantal medewerkers	450	458	-
% mannen	45%	43%	52%
% vrouwen	55%	57%	49%
Gemiddelde leeftijd	46	47	48
Deeltijdwerken	54%	53%	42%
Verzuim	4,3%	3,7%	5,1%

### Enkele bijzonderheden

Het aantal fte is gestegen doordat Veilig Thuis in 2015 onderdeel is geworden van de GGD. Opvallend in bovenstaande tabel is het grote aandeel vrouwen dat bij de GGD werkt. Het verzuimpercentage is verder gedaald. Begin 2014 lag dat nog op 6,2%.

### Huisvesting

De GGD krijgt aan het Overloon in Heerlen één centrale backoffice. Dit is onderdeel van de bezuinigingsopdracht conform de keuze van het bestuur in 2011 voor scenario 2 (zie pagina 7) en van belang voor een efficiënte uitvoering van de taken.

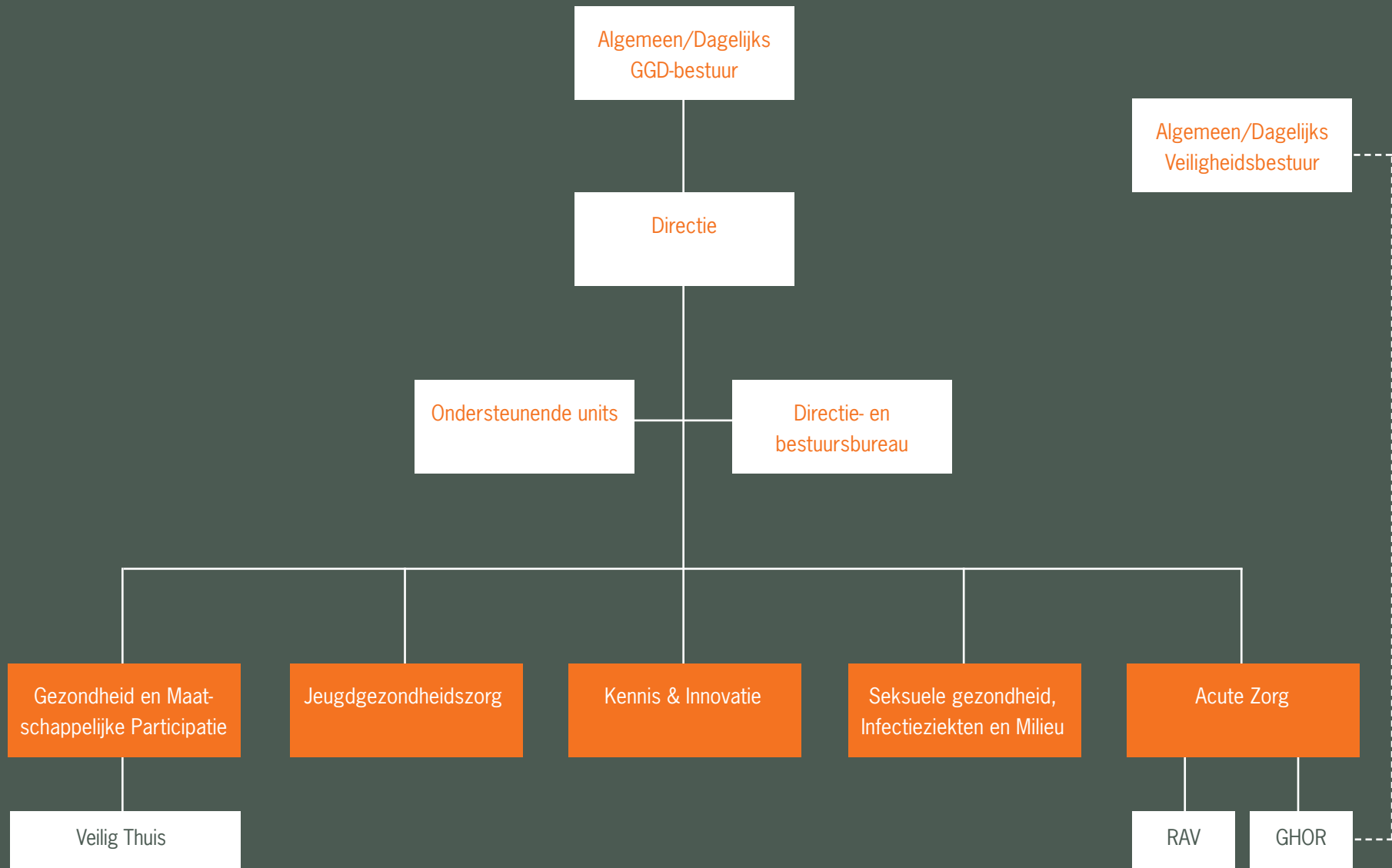
Het Algemeen Bestuur besloot in 2015 tot vernieuwbouw van het GGD-pand aan het Overloon. Dat pand wordt helemaal gestript. Alleen de betonnen constructie blijft over en die wordt hergebruikt. Ook de ambulancepost op het terrein wordt grondig verbouwd. Dit komt voor rekening van de zorgverzekeraars.

Er wordt in de vernieuwbouw zo veel mogelijk rekening gehouden met duurzaamheid, bijvoorbeeld in materiaalgebruik en in het beperken van energieverbruik. Zo zal de GGD voor warmte/koeling gebruik gaan maken van mijnwater.

De aanbestedingsprocedure is eind 2015 gestart. Naar verwachting wordt de opdracht begin 2016 gegund.

Met de gemeente Sittard-Geleen is overeenstemming bereikt over de overname van het GGD-pand in Geleen.

# ORGANOGRAM GGD ZUID LIMBURG



# TERUGBLIK OP DE SCENARIOTRAJECTEN

## Scenario 2

De Zuid-Limburgse gemeenten kozen in 2011 een toekomstscenario voor de GGD (scenario 2), uit te voeren in de jaren 2012-2015. In dit scenario waren inhoudelijke keuzes gekoppeld aan een bezuinigingsopdracht. Hoe heeft de GGD scenario 2 uitgevoerd?

### Bezuinigingsopdracht gerealiseerd

Onderdeel van scenario 2 was een bezuiniging van 11% op de gemeentelijke bijdrage. Dat was een grote opgave. De GGD heeft de bezuiniging weten te realiseren door de mogelijkheden om efficiënter te werken maximaal te benutten en door goedkopere huisvesting van de backoffice. Daarnaast is bezuinigd op jeugdgezondheidszorg, omdat het aantal jeugdigen flink zal afnemen in Zuid-Limburg en omdat een vergelijking met andere GGD'en daar aanleiding toe gaf. Tegelijk met deze bezuinigingsopdracht is een nieuwe werkwijze geïmplementeerd. De units Medische Milieukunde en Infectieziektebestrijding kenden een beperkte personele uitbreiding vanwege een zware onderbezetting. Eind 2015 zaten deze units op het minimale niveau om de noodzakelijke deskundigheid te kunnen bieden.

De keerzijde van de forse bezuiniging is dat de financiële positie van de GGD kwetsbaar is. Financiële tegenvallers kunnen niet meer in de bedrijfsvoering worden opgevangen. Toch heeft het bestuur de GGD gevraagd om te blijven zoeken naar mogelijkheden om de dienstverlening financieel zo gunstig mogelijk te organiseren en taken zo efficiënt mogelijk uit te voeren. Aangezien de organisatie in ontwikkeling blijft, kunnen zich nieuwe mogelijkheden daartoe voordoen. De GGD is daar alert op.

### Grote impact op de organisatie

De uitvoering van scenario 2 betekende een flinke opgave voor de organisatie. Vanwege de bezuinigingsopdracht was een reorganisatie onvermijdelijk. Die heeft een grote impact gehad. Zo hebben herplaatsingskandidaten de organisatie verlaten, werden gaten in de formatie niet opgevuld, werden tijdelijke contracten beëindigd en zieke medewerkers niet vervangen. De druk op het personeel is flink toegenomen. Met minder mensen moet er meer gepresteerd worden, terwijl de (kwaliteits)eisen ook nog eens toenemen.

### Gefaseerde uitvoering gezondheidsnota

In scenario 2 lag de inhoudelijke prioriteit bij het realiseren van de ambities uit de regionale gezondheidsnota 2012-2015, die de Zuid-Limburgse gemeenten gezamenlijk hadden opgesteld. Dit zijn de belangrijkste onderwerpen die de afgelopen vier jaar zijn opgepakt:

- het opstarten van een regionaal alcoholbeleid
- ouderengezondheidszorg
- seksuele ongezondheid bij jongeren
- depressiepreventie
- overgewicht en bewegen
- roken
- schoolgezondheidsbeleid
- dataverzameling publieke gezondheid
- hygiëne & inspectie
- binnenmilieu van basisscholen

Een toelichting hierop is te lezen in de jaarlijkse terugkoppeling die de GGD aan gemeenten geeft.

Om binnen het budget te blijven, moesten de speerpunten uit de gezondheidsnota gefaseerd worden opgepakt. Dat was vanaf het begin duidelijk. Daardoor is een aantal activiteiten nog niet afgerond of is de gewenste voortzetting nog niet geregeld. De gezamenlijke aanpak van alle Zuid-Limburgse gemeenten heeft tot een vruchtbare samenwerking geleid. Kanttekening hierbij is dat de samenwerking zich veelal beperkte tot het terrein van gezondheid en dat nog weinig verbindingen zijn gelegd met andere beleidsterreinen. Om echt vooruitgang te kunnen boeken zijn een brede, integrale kijk op gezondheid en een samenhangende aanpak essentieel.

### De transformatie van de GGD

De GGD heeft de bezuinigingsopdracht benut om een grote inhoudelijke omslag te maken. Een transformatie. De gedachte was: als we vanuit financieel oogpunt onze dienstverlening tegen het licht moeten houden, laten we dat dan meteen ook inhoudelijk doen. Een paar jaar geleden was immers al bekend dat er plannen waren voor decentralisaties op diverse terreinen. Tegelijkertijd begon het begrip participatiemaatschappij ingeburgerd te raken. De GGD heeft daar vroegtijdig op ingespeeld, want er is een duidelijke relatie tussen gezondheid en participatie. Gezonde mensen kunnen maatschappelijk meer bijdragen. Omgekeerd helpt maatschappelijke participatie mensen om gezond te leven.

De kerntaken van de GGD hoefden niet aangepast te worden om ook in de toekomst effectief bij te dragen aan een gezonde en veerkrachtige samenleving. De werkwijzen daarentegen moesten wél ingrijpend veranderen. De GGD is daarmee gevorderd en brengt ze in de praktijk. Voorbeelden daarvan zijn in dit jaarverslag te lezen.

### In de nieuwe werkwijzen van de GGD staan centraal:

- Meer samenwerking met gemeenten, zorgverleners, burgers en andere partners
- Uitvoering van werkzaamheden dicht bij de burger
- Onderzoek en innovatie

### Scenariokeuze 2016-2019

Ter voorbereiding op de volgende beleidsperiode, die loopt van 2016 tot en met 2019, heeft het Algemeen Bestuur in juli 2015 opnieuw een toekomstscenario gekozen: een scenario van gefaseerd doorontwikkelen (= scenario 3). Volgens dit scenario behoudt de GGD het huidige budget. De GGD krijgt de mogelijkheid om gefaseerd mee te bewegen met de ontwikkelingen in het sociaal domein en in de publieke gezondheid. Als er nieuwe taken naar de GGD toekomen, hoort daar aanvullende financiering bij. Nieuw voor oud is ook een optie. Welke rol de GGD in het sociaal domein precies gaat vervullen is nu dus nog niet te zeggen. De komende jaren zal duidelijk worden hoe dit uitpakt. Scenario 3 heeft betrekking op de hele organisatie met uitzondering van de RAV en de GHOR. Over de RAV worden afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. De GHOR kent een eigen scenariotraject, omdat het onder een ander bestuur valt.



## JAARREKENING 2015 (Balans per 31 december 2015)

	31 december 2015	31 december 2014
<b>Activa</b>		
<b>Vaste activa</b>		
<b>Materiële vaste activa</b>		
Investeringen met economisch nut	9.414.082	9.645.714
<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>9.803.551</b>	<b>10.035.183</b>
<b>Vlottende activa</b>		
<b>Voorraden</b>	10.358	8.595
<b>Uitzettingen met een rente typische looptijd</b>		
Korter dan één jaar:		
Vorderingen op openbare lichamen	1.368.851	5.407.832
Rekeningen couranten	-	1.158.775
Overige vorderingen	1.981.011	1.012.871
	3.349.862	7.579.478
<b>Liquide middelen</b>	2.229.992	1.513.160
<b>Overlopende activa</b>	1.346.729	3.164.875
<b>Totaal vlottende activa</b>	<b>6.936.941</b>	<b>12.266.108</b>
<b>Totaal activa</b>	<b>16.740.492</b>	<b>22.301.291</b>

	31 december 2015	31 december 2014
<b>Passiva</b>		
<b>Vaste passiva</b>		
<b>Eigen vermogen</b>		
Algemene reserve	2.482.726	188.354
Reserve aanvaardbare kosten	-	3.898.386
Overige reserves	668.269	879.625
Nog te bestemmen Resultaat	1.050.465	-704.013
	4.201.460	4.262.352
<b>Voorzieningen</b>		
Voorzieningen voor verplichtingen, verliezen en risico's	181.633	250.556
<b>Vaste schulden met een rente typische looptijd van langer dan één jaar:</b>		
Onderhandse leningen van binnenlandse banken en overige financiële instellingen	5.892.596	7.740.243
<b>Vlottende passiva</b>		
<b>Netto vlottende schulden met een rente typische looptijd korter dan één jaar:</b>		
Banksaldi	394.739	6.369.148
Rekening couranten	1.373.782	-
Overige schulden	4.291.340	3.520.766
	6.059.861	9.889.914
<b>Overlopende passiva</b>		
Vooruit ontvangen bedragen	404.942	158.226
<b>Totaal vlottende passiva</b>	<b>6.464.803</b>	<b>10.048.140</b>
<b>Totaal passiva</b>	<b>16.740.492</b>	<b>22.301.291</b>

## Rekening van baten en lasten 2015 per bedrijfs onderdeel

	Rekening 2015 in €	Begroting 2015 in €	Rekening 2015 in €	Begroting 2015 in €	Rekening 2015 in €	Begroting 2015 in €
	Programmalijn GGD totaal (GGD en Veilig Thuis)	Programmalijn GGD totaal (GGD en Veilig Thuis)	Programmalijn Acute Zorg (totaal GHOR en RAV)	Programmalijn Acute Zorg (totaal GHOR en RAV)	Totaal (GGD en Acute Zorg)	Totaal (GGD en Acute Zorg)
<b>Opbrengsten</b>						
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	13.279.957	13.000.203	919.101	915.534	14.199.058	13.915.737
Bijdrage Rijk/Provincies	2.125.366	1.926.000	1.545.236	1.537.054	3.670.602	3.463.054
Inkomsten NZA	-	-	16.691.388	16.704.152	16.691.388	16.704.152
Overige bijdragen	3.904.183	2.513.040	2.600.895	1.280.000	6.505.078	3.793.040
<b>Totale opbrengsten</b>	<b>19.309.506</b>	<b>17.439.243</b>	<b>21.756.620</b>	<b>20.436.740</b>	<b>41.066.126</b>	<b>37.875.983</b>
<b>Exploitatiekosten</b>						
Personeelskosten	14.103.706	13.076.104	16.365.016	15.481.514	30.468.722	28.557.618
Huisvestingskosten	1.589.025	1.173.408	1.178.491	1.611.674	2.767.516	2.785.082
Beheers- en administratiekosten	1.502.940	1.332.918	2.097.491	2.296.500	3.600.431	3.629.418
Automatiseringskosten	1.391.466	966.351	1.146.067	890.072	2.537.533	1.856.423
Kosten medische middelen	595.629	806.000	670.527	650.000	1.266.156	1.456.000
Kosten uitvoering van derden	132.896	85.000	99.546	90.000	232.442	175.000
Kosten Veiligheidsregio	-	-	179.000	179.000	179.000	179.000
Kosten verbindingen	-	-	75.108	154.980	75.108	154.980
Kosten communicatiemiddelen	-	23.362	109	10.000	109	33.362
<b>Totale exploitatiekosten</b>	<b>19.315.662</b>	<b>17.463.143</b>	<b>21.811.355</b>	<b>21.363.740</b>	<b>41.127.017</b>	<b>38.826.883</b>
Resultaat voor bestemming	-6.156	-23.900	-54.735	-927.000	-60.891	-950.900
Mutaties in reserves gedurende het jaar	184.356	23.900	927.000	927.000	1.111.356	950.900
Nog te bestemmen resultaat	178.200	-	872.265	-	1.050.465	-

## TOELICHTING OP JAARREKENING

Het resultaat voor de mutaties in de reserves bedraagt € 60.891 negatief. De reeds goedgekeurde onttrekkingen aan de reserves bedragen € 1.111.356 negatief waardoor een nog te bestemmen resultaat van € 1.050.465 positief resteert.

### **Positief resultaat GGD (€ 178.200)**

Het positieve resultaat van de GGD is mede het gevolg van het genereren van derde geldstromen en het slim samenwerken met gemeenten, GGD'en en andere gemeenschappelijke regelingen waardoor incidenteel lagere kosten zijn gerealiseerd.

### **Positief resultaat Acute Zorg (€ 872.265)**

*Onderdeel RAV (€ 844.489)*

Bij het opstellen van de begroting 2015 (voorjaar 2014) is rekening gehouden met het nieuwe, landelijke financieringsmodel voor de RAV. Op basis hiervan moest een ombuiging van ruim € 2 mln. plaatsvinden. Hiervoor is bij de begroting 2015 een vrijval van de reserve RAV van € 900.000 opgenomen. Doordat de ombuiging sneller is doorgevoerd en doordat er incidentele opbrengsten zijn gerealiseerd (o.a. verkoop voertuigen) is deze onttrekking in feite overbodig en moet deze worden teruggestort in de reserve van de RAV. Zoals reeds eerder aangeven, in de bestuurlijke notitie inzake de financiering van de meldkamer ambulancezorg, heeft het onderdeel meldkamer ambulancezorg te maken met een structureel tekort. Dit is een landelijk probleem en zal landelijk worden afgehandeld.

*Onderdeel GHOR (€ 27.776)*

Het positieve resultaat van de GHOR is met name het gevolg van het binnenhalen van derde geldstromen. Vaststelling van de jaarrekening van de GHOR is een verantwoordelijkheid van het Veiligheidsbestuur.

### **Efficiency**

Door onderlinge uitwisseling (met gesloten beurzen) van expertise met ketenpartners zijn met name incidentele voordelen behaald op de advieskosten. Zo is onder meer nauw samengewerkt met de juristen van de gemeenten bij het wijzigen van de Gemeenschappelijke Regeling, de landelijke aanpak om te komen tot landelijke afspraken met de belastingdienst in het kader van de inwerkingtreding van de Vennootschapsbelasting en het delen van kennis met gemeenten over de invoering van het individuele keuzebudget. Hiermee zijn al gauw enkele tienduizenden euro's gemoeid. In de komende periode wordt getracht een en ander structureel te borgen zodat het niet blijft bij incidentele voordelen. Het streven is structurele synergie effecten te behalen.

# 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. Samen met diverse partners helpt GMP deze mensen om (weer) de verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid.

## Sociaal Medische Advisering

### Omslag in manier van werken

Gemeenten zijn in 2015 verantwoordelijk geworden voor een uitgebreid pakket van zorg en ondersteuning van burgers in de thuissituatie. De problematiek waarmee gemeenten nu te maken hebben binnen de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet wordt daardoor steeds complexer. De zorg en ondersteuning door een gemeente staan niet op zichzelf, maar moeten afgestemd zijn met de mogelijkheden van de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet. Gemeenten hebben verder de ambities om de nieuwe zorgtaken niet alleen over te nemen, maar ook te vernieuwen en te veranderen.

Om een zorgvuldig besluit te kunnen nemen over aanvragen voor zorg, hulpmiddelen, uitkeringen en ontheffingen vraagt de gemeente medisch advies aan de GGD. De artsen van de unit Sociaal Medische Advisering zijn onafhankelijk. Ze hebben enerzijds geen behandelrelatie met een cliënt en anderzijds geen (financieel) belang bij het al dan niet toekennen van een aanvraag. De kanteling van de Wmo heeft van de unit een flinke omslag in de manier van werken gevraagd.

### Minder adviesvragen, maar wel complexer

Het aantal aanvragen voor een medisch advies van de GGD daalt al een aantal jaren. Dat komt omdat de GGD vragen afhandelt die andere (markt)partijen niet kunnen oppakken. Onnodige adviesvragen aan de GGD worden daarmee voorkomen. Tegelijkertijd zijn de casussen die aan de GGD worden voorgelegd complexer geworden. Gemeenten hebben steeds meer consultants met een opleiding in de gezondheidszorg die geholpen worden door sociale wijkteams. De meeste aanvragen kunnen binnen deze teams of in overleg tussen medisch adviseur en gemeentelijk consultant direct worden afgehandeld. Bij de moeilijke

casussen wordt een uitgebreid medisch advies van de GGD gevraagd. Het betekent dat een casus meer tijd kost dan voorheen. De SMA-artsen moeten meer bronnen raadplegen en vaker contact opnemen met andere zorgverleners. Veelal met huisartsen, maar ook met medisch specialisten. De adviezen vragen meer onderbouwing en een uitgebreidere beargumentering, bijvoorbeeld omdat betreffende cliënt bezwaar heeft aangetekend of een juridische procedure is gestart.

### Integrale advisering

In de gemeenten Sittard-Geleen, Stein en Beek adviseert de GGD sinds 2015 over de Wmo, de Participatiewet en over aangrenzende terreinen. Door een medisch adviseur te hebben voor alle afdelingen van een gemeente wordt de interne samenwerking en eenheid van beleid binnen de gemeente versterkt. In plaats van een eenmalig advies te geven over de noodzaak van een voorziening of ontheffing, overlegt de medisch adviseur nu steeds vaker met de behandelaar over hoe burgers het best geholpen kunnen worden om weer zelfredzaam te worden. Daarbij wordt over grenzen van de wettelijke domeinen heen gekeken; de zorg en ondersteuning van burgers laat zich immers niet beperken tot één wettelijk domein.

#### Medisch advies

	2014	2015
Aantal aanvragen besproken in adviesteams	6366	5850
Aantal uren SMA-expertise in adviesteams	1012	1161
Aantal adviezen aan gemeenten	2673	2250

Vanwege de afname van het aantal adviesvragen heeft de GGD enkele maatregelen genomen. Zo is voorzien in een flexibele schil van experts. Daarnaast wordt de inzet van medewerkers gedeclareerd op basis van uren. Sociaal medische advisering is kostendekkend voor de GGD. Dat komt ook omdat de GGD deze taak alleen voor gemeenten verricht.

# Vangnet Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

## **Verbetering regionale samenwerking**

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) houdt zich bezig met hulpverlening aan mensen die niet zélf om hulp vragen of hulp uit de weg gaan, terwijl ze die hard nodig hebben. De problemen en het gedrag van deze zorgmijders leiden regelmatig tot overlast voor de omgeving. Verschillende organisaties, waaronder de GGD, hebben elk een eigen verantwoordelijkheid binnen de OGGZ. In 2015 zijn grote stappen gezet om de onderlinge samenwerking te verbeteren.

## **Eén centrale voordeur voor zorgmijders**

Verschillende zorgverleners in Zuid-Limburg hebben in 2015 samen één centrale voordeur geopend voor zorgmijders. Kenmerkend is dat deze mensen vele en complexe problemen hebben. Voorheen kwamen zorgmijders via de politie, woningbouwverenigingen ed. bij diverse zorgverleners terecht. Elke instelling kan vaak slechts een deel van de problemen aanpakken. Met als gevolg dat cliënten, met name de moeilijker gevallen, van het ene naar het andere 'loket' werden doorgeschoven. Kortom: er was te weinig afstemming.

Nu is er één voordeur van het Vangnet OGGZ van de GGD, het Leger des Heils, Moveoo en Maatschappelijk Werk. Vooralsnog in Maastricht en in Sittard-Geleen. Gezamenlijk bespreken deze organisaties cliënten aan de hand van de zelfredzaamheid-matrix. Gezamenlijk ook bekijken ze welke hulp kan worden geboden. Nieuw is dat de mening van de cliënt daarin nadrukkelijk wordt meegenomen. Hoe beter de hulp aansluit op de problemen die de cliënt zelf als meest urgent ervaart, hoe

groter de kans op succes. Voor hulpverleners die gewend zijn om te bepalen wat goed is voor een cliënt, is dat een grote omslag. Ook aan de nieuwe samenwerking is het wennen. Zorgverleners zijn niet meer elkaars 'concurrent', maar samenwerkingspartners. Partners helpen elkaar en gunnen elkaar iets.

De gezamenlijke voordeur heeft nog een ander voordeel. Als de ene zorgverlener niet bevalt, kunnen cliënten niet meer zomaar naar de volgende stappen. Dit 'shopgedrag' kwam regelmatig voor.

## **Eén centrale voordeur opvang en beschermd wonen**

In de regio's Maastricht Heuvelland en de Westelijke Mijnstreek bestaat voor de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen (OBW) ook één centrale voordeur. Dit wordt georganiseerd door een samenwerkingsverband van de opvangvoorzieningen van het Leger des Heils, Moveoo, Levanto en Talent, de gemeenten Maastricht en Sittard-Geleen en de GGD Zuid Limburg.

Alle aanvragen voor beschermd wonen en plaatsing in een opvangvoorziening lopen via deze voordeur. Hierin worden onder meer de beschikkingen van de gemeenten voor deze voorzieningen afgegeven. Er is een gezamenlijk registratiesysteem ontwikkeld waarin alle aanvragen worden geregistreerd. De zelfredzaamheid-matrix is een onderdeel van dit systeem.

In het wekelijkse voordeuroverleg worden de aanvragen besproken en wordt bekeken welke opvangvoorziening of welke voorziening voor beschermd wonen het best aansluit op de gescreende problematiek. Voor gebruikers van deze voorzieningen geeft dit ook meer duidelijkheid. Bij welke voorziening zij zich ook melden, zij komen voor alle vormen in aanmerking. Afhankelijk van de problematiek wordt de meest geschikte voorziening gezocht.

### ▶ Aantal cliënten vangnet OGGZ

Regio	Jaar van aanmelding						Totaal
	≤2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Zuidelijk Zuid Limburg	0	1	3	2	58	208	272
Westelijke Mijnstreek	1	1	1	13	49	169	234
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>107</b>	<b>377</b>	<b>506</b>

### De zelfredzaamheid-matrix

Dit is een instrument om volgens vastgelegde criteria de zelfredzaamheid van cliënten op diverse terreinen te beoordelen, zoals financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, justitie, ouderschap en tijdsbesteding. Verschillende zorginstellingen in Zuid-Limburg gebruiken de zelfredzaamheid-matrix, ook de GGD. Het levert veel data op. De verwerking en analyse daarvan krijgt steeds meer vorm.

### ▶ Trainingen zelfredzaamheid-matrix door GGD

	2015
Aantal ZRM-trainingen	9
Aantal deelnemers	149

## Forensische Geneeskunde

### 24/7 bereikbaar voor forensisch-medisch advies

Politie en Justitie kunnen met al hun medische vragen 24/7 terecht bij de unit Forensische Geneeskunde. De forensische artsen voeren taken uit die in het kader van de Wet op de Lijkbezorging zijn toegewezen aan de gemeentelijke lijkschouwer. Ook (medische) professionals kunnen bij hen terecht voor advies. In 2015 heeft de unit zich gespecialiseerd in het forensisch-medisch onderzoek bij vermoedens van kindermishandeling. Verdere inhoudelijke ontwikkeling werd belemmerd door het aanbestedingstraject van de nationale politie.

### Meer expertise rondom kindermishandeling

De unit Forensische Geneeskunde heeft zijn expertise uitgebreid met het herkennen van kindermishandeling. Tijdige herkenning kan veel leed voorkomen, maar vereist specifieke kennis. Juist bij kinderen kan mishandeling moeilijk te herkennen zijn. Elk kind heeft weleens een ongelukje of een blauwe plek. De forensisch artsen zijn geschoold om letsels veroorzaakt door mishandeling of verwaarlozing te herkennen. Voorbeelden zijn huidletsels, brandwonden, fracturen en schedel-hersenletsel.

Andere zorgverleners in Zuid-Limburg kunnen de forensisch artsen hiervoor inschakelen en dat gebeurt inmiddels ook. De handelwijze is vastgelegd in een procedure. Daarin is ook opgenomen dat de GGD goede afspraken heeft met de Forensische Polikliniek Kindermishandeling (FPKM) in Utrecht. De GGD kan dit expertisecentrum raad plegen, bijvoorbeeld bij de beoordeling van relatief zeldzame letsels als meisjesbesnijdenis.



## Aanbesteding forensisch geneeskundige diensten gestopt

De nationale politie startte in 2014 een aanbesteding voor forensisch geneeskundige dienstverlening met overeenkomsten op het niveau van de 10 regionale eenheden. De unit Forensische Geneeskunde (FG) verleende jarenlang naar tevredenheid diensten aan de voormalige Politie Limburg Zuid. Het GGD-bestuur besloot in te schrijven op de aanbesteding, samen met de GGD Limburg-Noord.

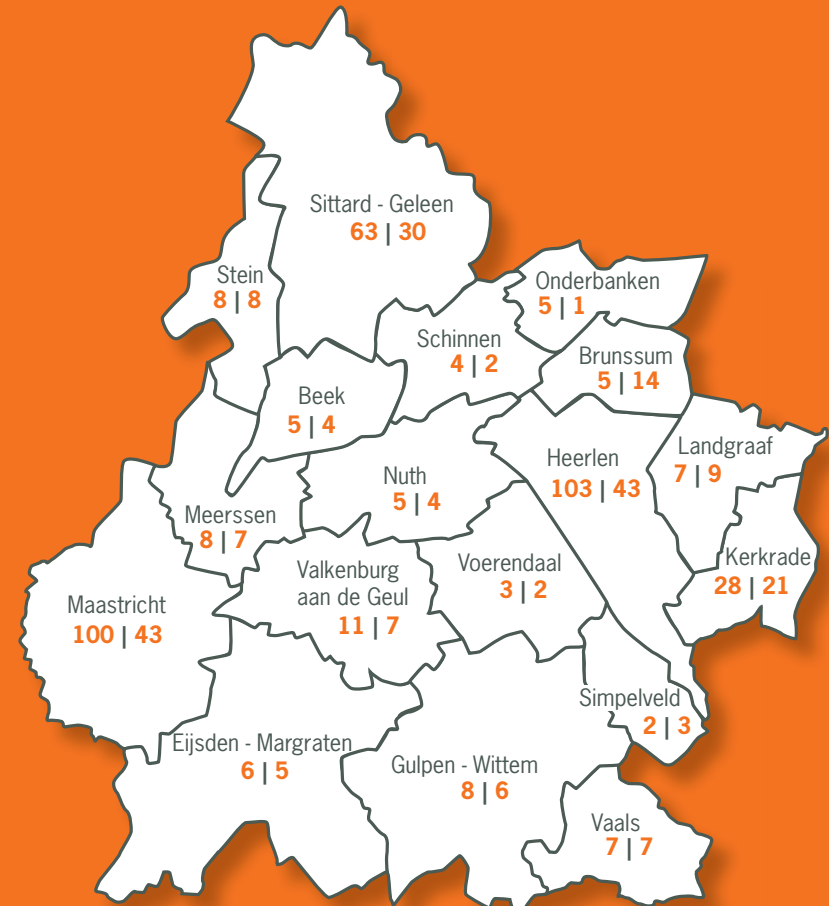
Het aanbestedingstraject heeft een zware stempel gedrukt op de unit FG. Zo kostte het aanleveren van alle gevraagde documenten de nodige tijd. Daarbij verricht de unit FG een groot deel van de werkzaamheden voor de politie. In afwachting van de uitkomst van de aanbesteding heeft de ontwikkeling van de unit vrijwel stilgelegen. Zonder de forensisch geneeskundige dienstverlening aan de politie zou het voortbestaan van de unit onzeker worden.

Medio 2015 stopte de politie het aanbestedingstraject, omdat 'geen van de partijen aan wie percelen van de aanbesteding waren gegund, aan de vereisten heeft kunnen voldoen.' De afspraken met de huidige dienstverleners worden voorlopig voortgezet.

### Forensisch geneeskundige verrichtingen

	2015
Aantal lijkschouwingen	378
Aantal schouwingen bij euthanasie	216
Aantal verrichtingen voor de politie	1842

## Aantal lijkschouwingen en schouwingen bij euthanasie



Het linker getal is het aantal lijkschouwingen en het rechter getal het aantal schouwingen bij euthanasie.



# Gezondheidsbevordering

## Structurele en integrale aanpak

De unit Gezondheidsbevordering streeft naar een gezonde leefstijl en gezonde leefomgeving voor de inwoners van Zuid-Limburg. Gezondheidsbevordering vergt een lange adem, daarom kiest de unit voor een structurele en integrale aanpak. Twee projecten uit 2015 verdienen extra aandacht. Ten eerste is dat Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), omdat deze aanpak helemaal past bij de nieuwe benadering die de GGD nastreeft. Ten tweede is dat het drankenbord. De samenwerking met een private partij (WML) is voor de unit Gezondheidsbevordering nieuw.

## GGD ook JOGG-regisseur voor Maastricht

De GGD is groot voorstander van JOGG, een programma om Jongeren Op Gezond Gewicht te krijgen. De aanpak sluit goed aan bij de manier van werken van de GGD: contextgebonden, integraal en gericht op ketensamenwerking en risicogroepen. In dit geval de jeugd (0 -19 jaar). De GGD/unit GB vervult dan ook graag de rol van JOGG-regisseur. Voor de gemeente Heerlen sinds 2014 en voor de gemeente Maastricht sinds eind 2015.

De JOGG-regisseur brengt het belang van een actieve en gezonde leefstijl van jongeren continu onder de aandacht van publieke en private partijen (scholen, sportclubs, huisartsen, buurtsupers enz.) en stimuleert hen om ermee aan de slag te gaan. Zo'n aanjager is ook nodig om partijen met elkaar te verbinden en gezamenlijke interventies op te starten. De kracht van JOGG zit in de gezamenlijke aanpak en het herhalen van dezelfde boodschap. Op school, op straat, in de supermarkt, in het uitgaan, bij een vereniging maar ook thuis moeten gezonde keuzes voor jongeren makkelijk en normaal worden.

De ervaring en contacten vanuit JOGG komen de GGD goed van pas in het wijkgericht werken met andere doelgroepen.

Overigens biedt de GGD gemeenten ook ondersteuning bij de monitoring en evaluatie van JOGG. Voor de gemeente Heerlen is in het voorjaar van 2015 een nul-meting uitgevoerd. De gebruikte vragenlijst is ook geschikt voor andere gemeenten, zodat de verschillende data-sets straks te vergelijken zijn.

## Samenwerkingsproject met WML: 'Weet jij wat je drinkt?'

Veel mensen hebben geen idee hoeveel suiker gezoete drankjes bevatten. De unit Gezondheidsbevordering heeft samen met Waterleiding Maatschappij Limburg het drankenbord 'Weet jij wat je drinkt?' ontwikkeld voor iedereen die kinderen en volwassenen wil helpen een gezonde keuze te maken. Op het drankenbord is te zien dat kraanwater de gezondste keuze is, hoeveel suikerklontjes er in favoriete drankjes zitten en hoeveel minuten je moet bewegen om dit te verbranden. Scholen kunnen aan de slag met de bijbehorende digitale lessuggesties. Kinderen gaan zelf aan de slag met het berekenen van het aantal suikerklontjes in hun favoriete drankje. Het drankenbord kan voor elke doelgroep worden aangepast, omdat de drankjes in bijvoorbeeld een sportkantine en peuterspeelzaal nogal kunnen verschillen.

## Voorlichting aan asielzoekers niet altijd mogelijk

De GGD heeft diverse taken in de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers. Die liggen op het vlak van jeugdgezondheidszorg, hygiëne-inspecties, infectieziektebestrijding en preventie van soa/HIV. Ook geeft de GGD groepsvoorlichting aan asielzoekers over gezondheidsthema's, zoals hygiëne, seksuele gezondheid, seksuele diversiteit en loverboy problematiek. Deze taak voert de GGD uit in reguliere opvanglocaties van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA).

Tegenwoordig verblijven asielzoekers soms maar korte tijd in een AZC, omdat ze sneller worden gehuisvest. Daardoor mist een aantal asielzoekers de voorlichting van de GGD of delen ervan. Gelet op de nog te verwachten instroom van asielzoekers en vluchtelingen in 2016 is dit een onderwerp van gesprek met de gemeenten.

## Veilig Thuis

### Eén jaar Veilig Thuis

Veilig Thuis is per 1 januari 2015 ontstaan door de samenvoeging van het voormalige Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en het steunpunt Huiselijk Geweld. Burgers en professionals met vragen of meldingen van geweld in afhankelijkheidsrelaties kunnen hier 24/7 terecht via T 0800 2000. 2015 stond voor Veilig Thuis in het teken van de inhoudelijke en personele uitwerking van de samenvoeging.

### Grote stijging aantal meldingen

Direct vanaf de start per 1 januari 2015 was Veilig Thuis Zuid-Limburg bereikbaar via één telefoonnummer. Het voortvarende begin werd vervolgd. Zo verliep de overgang van het personeel van bureau Jeugdzorg naar de GGD per 1 mei heel goed en kwam er één registratiesysteem voor alle vormen van geweld in afhankelijkheidsrelaties. Hiermee wordt een integrale en systeemgerichte aanpak bevorderd.

Veilig Thuis Zuid-Limburg werkt conform het landelijke handelingsprotocol. Dat heeft geleid tot standaardisatie van de werkprocessen en een kwaliteitsimpuls. Al met al maakte Veilig Thuis een goede start. Maar ondanks inspanningen van Bureau Jeugdzorg startte de nieuwe organisatie in januari 2015 met een wachtlijst. In 2015 steeg het aantal meldingen met 45% en het aantal vragen voor advies/ondersteuning met 25%. Daardoor werd de wachtlijst niet korter, maar langer.

### Te krappe bezetting

November 2015 bezochten de Inspectie Jeugdzorg en de Inspectie Gezondheidszorg Veilig Thuis Zuid-Limburg. Zij constateerden dat Zuid-Limburg landelijk gezien gemiddeld scoort. Op een aantal onderdelen krijgt de regio goede beoordelingen en op enkele onderdelen wordt de Zuid-Limburgse werkwijze als voorbeeld gezien. Tegelijkertijd zijn er verbeterpunten. Het meest dringende punt is de wachtlijst.

De inspecties constateerden ook dat er te weinig personeel is gezien het aantal meldingen en vragen om ondersteuning. Ondanks de tijdelijke inzet van extra capaciteit lukte het niet om alle meldingen binnen de gestelde termijn af te handelen. Dit heeft vooral te maken met het aantal crisisinterventies dat direct opgepakt dient te worden. Hierdoor loopt de afhandeling van minder dringende casussen vertraging op.

### Balans tussen formatie en werklast

Veilig Thuis Zuid-Limburg werkt aan een goede verbinding met het lokale veld om de meldingen waarbij dit mogelijk is door te leiden naar het lokale veld. Hierbij moet opgemerkt worden dat zowel Veilig Thuis als het lokale veld nog steeds in ontwikkeling is. Waarbij er binnen Zuid-Limburg sprake van een grote diversiteit in het lokale veld.

De centrale vraag voor de komende tijd is op welke manier een balans gevonden kan worden tussen de formatie / financiële middelen en de werklast van Veilig Thuis.

#### ▶ Aantal aanvragen en meldingen

	2014	2015	Toename 2015
Advies en ondersteuning	1123	1569	40%
Meldingen	321	465	45%

# Jeugdgezondheidszorg



De afdeling Jeugdgezondheidszorg volgt de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van 4- tot 18-jarigen. Zo wordt elk kind periodiek uitgenodigd voor onderzoek. Daarnaast wordt zorg op maat geleverd. Ook zorgt de JGZ voor inentingen tegen ziekten uit het Rijksvaccinatieprogramma. De JGZ is aanwezig waar de jeugd is: in de wijk, op school en bij gezinnen thuis. Dat is van belang om signalen uit de omgeving vroegtijdig op te pikken en er actie op uit te zetten. De JGZ heeft de afgelopen jaren een grote omslag gemaakt. Dit jaarverslag belicht een paar voorbeelden van die fundamenteel andere aanpak.

## **De transformatie van de JGZ 4-18 jaar**

De JGZ 4-18 jaar heeft een transformatie doorgemaakt. Veel sterker dan voorheen benut de JGZ signalen uit de omgeving om te achterhalen hoe het met een kind gaat. Op die manier kan de JGZ problemen voor zijn of verergering voorkomen. Dat is mogelijk doordat de JGZ meer aanwezig is op scholen en in de buurt (Centra voor Jeugd en Gezin) om signalen op te vangen en direct hulp en advies te geven. En doordat de JGZ meer de samenwerking opzoekt met andere partijen, zoals huisartsen en sociale (wijk)teams, en vice versa. Van een nogal reactieve insteek is de JGZ overgegaan naar een flexibele, pro-actieve en vraaggerichte werkwijze. Daarbij draait het om ontzorgen, normaliseren en het versterken van de eigen kracht van kind en ouders.

Een ander groot verschil is dat de JGZ veel meer de samenwerking zoekt met ketenpartners, waarbij zij haar sociaal-medische deskundigheid inzet in zogenoemde rondetafelgesprekken en 1gezin1plan. In deze gevallen is sprake van 'overleg volgt kind', waarbij mét ouders en jeugdigen wordt gesproken. In tegenstelling tot overleggen in voorgaande jaren waar óver kinderen en gezinnen werd gesproken. In deze overleggen met ouders draagt de jeugdarts vanuit de sociaal-medische deskundigheid bij aan de probleeminventarisatie en vraagverheldering en adviseert bij het toeleiden naar passende hulp. De focus ligt nadrukkelijk op preventie waardoor zwaardere hulp voorkomen kan worden. Daarnaast zet de JGZ ook zelf lichte hulp in, zoals Triple-P (zie pagina 22).

## **Nieuw basispakket jeugdgezondheidszorg**

Sinds 2015 is er een nieuw basispakket jeugdgezondheidszorg. Dit pakket beschrijft de JGZ-zorg voor elk gezin en iedere jeugdige in Nederland. Uniek daarin blijft dat de JGZ, als enige partij in de gezondheidszorg, vrijwel alle jeugdigen in beeld heeft en hen regelmatig zorg

aanbiedt. De GGD Zuid Limburg heeft enkele jaren geleden goed ingespeeld op het nieuwe basispakket. Bijvoorbeeld door in te zetten op vroegsignalering vanuit de omgeving en aansluiting te zoeken bij het sociaal domein.

## **Jeugdverpleegkundige aanwezig in voortgezet onderwijs**

Er heeft een verschuiving van taken plaatsgevonden tussen de jeugdarts en jeugdverpleegkundige. De verpleegkundige onderhoudt voortaan de reguliere contacten met de jeugd (en hun ouders) en is het hele schooljaar tweewekelijks op scholen voor het voortgezet onderwijs aanwezig. Leerlingen, hun ouders en leerkrachten kunnen dan met al hun vragen en gezondheidsproblemen bij de jeugdverpleegkundige terecht. Anno 2015 kan geconcludeerd worden dat deze laagdrempelige aanpak bijzonder goed werkt.

## **Rechtstreekse verwijzingen door de jeugdarts**

De jeugdarts mag sinds 1 januari 2014 cliënten verwijzen naar medisch specialisten, jeugdhulp en jeugd-GGZ. Voorheen liepen dergelijke verwijzingen meestal via de huisarts. De nieuwe verwijsmogelijkheid is in 2015 afgestemd met de huisartsen, medisch specialisten en jeugd-GGZ. De eerste ervaringen laten zien dat hierdoor kortere lijnen ontstaan met de medisch specialisten en jeugdzorg-organisaties en dat er meer informatie teruggekoppeld wordt naar de JGZ. Hierdoor kan de JGZ beter uitvoering geven aan haar verantwoordelijkheid om de ontwikkeling van elk kind te volgen.

## **Samenwerking met huisarts verbeterd**

De huisarts en de jeugdarts zijn belangrijke partners in de basiszorg voor jeugd. Beiden signaleren gezondheids-, gedrags-, en opvoedproblemen, kindermishandeling en ontwikkelingsstoornissen. De huisarts kent de thuissituatie goed en werkt overwegend curatief. De JGZ weet

veel van het gedrag op school, staat in directe verbinding met het onderwijs en andere ketenpartners in de zorg voor jeugd en werkt preventief. Beide artsen vullen elkaar goed aan.

In steeds meer gemeenten werken huisartsenpraktijken en de JGZ goed samen. Praktijkvoorbeelden laten zien dat er in een aantal gevallen andere, lichtere zorg wordt ingezet als de huisarts informatie opvraagt bij de jeugdarts of de casus aan hem overdraagt.

De huisartsenorganisaties (HOZL, ZIO, Meditta) en de JGZ zijn in gesprek om te bezien hoe ze het meeste rendement uit de samenwerking kunnen halen. Gemeenten zijn hierbij betrokken.

### **Preventieve taak JGZ onder druk**

De JGZ wordt steeds vaker gevraagd om deel te nemen aan ronde tafelbijeenkomsten waarin diverse partijen met ouders en/of jongeren zich buigen over de gesignaleerde risico's of problemen. Ook zijn er veel verzoeken om op te treden als casemanager die zorgt voor een plan van aanpak (1gezin1plan). Dit kost veel tijd en gaat ten koste van de basiszorg van de JGZ die gericht is op preventie en vroegsignalering. De vraag is of dit een wenselijke ontwikkeling is.

Een experiment met deelname van de JGZ aan sociale wijkteams in Heerlen en Maastricht laat eenzelfde beeld zien. Het blijkt dat de JGZ veel wordt ingezet bij multi-problematiek voor een kleine groep kinderen. In zware casussen krijgen ouders intensieve ondersteuning en vaak is veel afstemming tussen diverse hulpverleners nodig. De tevredenheid over de inzet van de JGZ is groot. Maar deze zorg kost veel tijd waardoor preventieve taken en lichte hulp in het gedrang komen.

In de vergadering van 22 april 2015 is dit onderwerp besproken met het Algemeen Bestuur. De GGD zoekt naar een oplossing.

### **Aansluiting JGZ bij sociale wijkteams**

De deelname aan de sociale (wijk)teams betekende wel een meerwaar-

de voor het leren kennen van andere professionals, waardoor makkelijker verbindingen werden gelegd met diverse hulp- en zorgverleners; een belangrijke taak van de JGZ. De verbinding met de sociale (wijk)teams is in 2015 dan ook in alle gemeenten gelegd. Of en het moment waarop de JGZ echter ingeschakeld wordt verschilt nog per team en/of per gemeente. Daardoor komt het helaas nog te vaak voor dat de JGZ pas in een laat stadium of helemaal niet wordt betrokken bij 1gezin1plan. De kennis van de JGZ is van belang voor een goed inzicht in het probleem en voor toeleiding naar passende zorg.

### **Vraag naar JGZ-advies neemt toe**

De school is voor de JGZ een belangrijke plek. Voor vroegsignalering, voor contact met leerlingen, ouders en leerkrachten en voor afstemming met de zorgadviesteams waar de JGZ al sinds de oprichting in zit. Door de Wet passend onderwijs gaan meer kinderen met (lichte) problemen naar het reguliere onderwijs. Dit heeft gevolgen voor de JGZ. Zo ziet de JGZ het aantal vragen van scholen en ouders toenemen en de overlegstructuur veranderen. Ondersteuningspreventieteams nemen de plaats in van de zorgadviesteams of beide teams bestaan naast elkaar. Bovendien stijgt de frequentie van het aantal overleggen met scholen, omdat er meer aandacht is voor preventie en vroegsignalering. Dit is een positieve ontwikkeling, al heeft het voor de JGZ een keerzijde. De JGZ worstelt met de beschikbare capaciteit om aan de vraag naar JGZ-advies te kunnen voldoen.

### **Maatwerk voor kinderen in speciaal onderwijs**

De Jeugdgezondheidszorg werkte altijd met een vaste frequentie aan herhalingsonderzoeken voor kinderen in het speciaal onderwijs. Een groep kinderen had dat aantal niet nodig, terwijl een andere groep juist behoefte had aan meer zorg. De JGZ levert nu maatwerk: meer zorg waar het nodig is en minder waar het kan.

## **Jeugdgezondheidszorg voor asielzoekers**

Net zoals elders in het land noopte de drukte rondom de opvang van asielzoekers de GGD tot keuzes, met name bij de jeugdgezondheidszorg. Vanwege het belang van de JGZ voor de preventieve zorg voor jeugd koos de GGD Zuid Limburg ervoor om extra capaciteit in te zetten. Dit was eerst nog mogelijk binnen de door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) beschikbaar gestelde middelen. Inmiddels is het echter lastig om snel vacatures ingevuld te krijgen om de aanhoudende uitbreiding van opvanglocaties op te vangen. Daarnaast zijn door de grotere doorstroom van asielzoekers in de centra de COA-gelden niet toereikend voor de afgesproken JGZ-taken.

Een bijkomend effect is dat vluchtelingen die in Zuid-Limburgse gemeenten komen wonen soms nog niet door de JGZ gezien zijn. Dit legt een groter beslag op de reguliere capaciteit van de JGZ. Gelet op de nog te verwachten instroom van asielzoekers en vluchtelingen in 2016 is dit knelpunt onderwerp van gesprek met de gemeenten.

De GGD levert altijd al publieke gezondheidszorg voor asielzoekers in reguliere opvanglocaties van het COA. De GGD voert hier, naast jeugdgezondheidszorg, taken uit op het gebied van gezondheidsvoorlichting, infectieziektebestrijding en hygiënezorg.

## **In één oogopslag zien hoe het met een kind gaat**

De Jeugdgezondheidszorg heeft een instrument ontwikkeld dat helpt bij het vroegtijdig signaleren van risico's bij jeugdigen: 360°CHILDoc. Van elk kind dat de JGZ in beeld heeft, zijn in één oogopslag de belangrijkste factoren te zien die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van problemen. Ouders krijgen hierdoor beter zicht op de groei en ontwikkeling van hun kind in relatie tot omgevingsaspecten. Daarnaast biedt 360°CHILDoc veel informatie als basis voor 1gezin1plan en de zelfredzaamheids-matrix. Een proef heeft uitgewezen dat 360°CHILDoc niet alleen waardevol is voor ouders, jeugdigen en zorgprofessionals maar

ook voor (gemeentelijke) beleidsmakers. Dat komt door de mogelijkheid om gegevens over groepen jeugdigen geanonimiseerd te presenteren. Hierdoor ontstaat beter inzicht in gezondheidstrends en dat is van belang voor het gezondheidsbeleid. In 2015 is een proef voorbereid om 360°CHILDoc in enkele Zuid-Limburgse gemeenten te gaan gebruiken.

## **Triple-P: ondersteuning bij opvoedproblemen**

Gemeenten hebben de wettelijke opdracht om binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin jeugdigen met opgroei-problemen en ouders met opvoedproblemen te ondersteunen. De jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten van de JGZ hebben de training Triple-P gevolgd. Triple-P staat voor Positief Pedagogisch Programma en richt zich op het voorkomen van (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door versterking van opvoedkundige vaardigheden van ouders. De methodiek is al gebruikt bij overgewicht en zindelijkheidsproblemen en blijkt effectief. Er worden goede resultaten bereikt.

## **Nieuw digitaal kinddossier 0-18 jaar**

Alle medewerkers jeugdgezondheidszorg in Zuid-Limburg werken sinds september 2015 met het nieuwe digitale kinddossier KD+. Hierin wordt van elk kind de groei en ontwikkeling bijgehouden vanaf het eerste bezoek aan het consultatiebureau. De Zuid-Limburgse JGZ is er trots op dat het gelukt is om alle bestaande informatie over te zetten naar het nieuwe dossier. Dat is nog nergens in Nederland zo volledig gebeurd als in deze regio. De volgende stap is de aansluiting op het Landelijk Schakelpunt, dat bij verhuizing van de jeugdige een digitale overdracht naar andere JGZ-organisaties mogelijk maakt. Daarnaast wordt een ouderportaal voorbereid, zodat ouders zelf afspraken kunnen maken en omzetten en de gegevens van hun eigen kind kunnen inzien.



# Kennis & Innovatie



Gemeenten hebben meer taken gekregen op het gebied van onder meer zorg en gezondheid. Daarbij moeten ze ook nog eens fors bezuinigen. Dit vraagt om een nieuwe, brede kijk op zorg en gezondheid waarbij de burger centraal staat. Als expert op het gebied van publieke gezondheid en als schakel tussen de overheid en het zorgveld kan de afdeling Kennis & Innovatie gemeenten hierbij helpen. Bijvoorbeeld door complexe vragen te vertalen naar concrete projecten of door advies en ondersteuning bij de uitvoering hiervan.

### **Drie trends**

De afdeling Kennis & Innovatie heeft de afgelopen jaren, mede door de decentralisaties in het sociaal domein, de vragen vanuit de maatschappij zien veranderen. Er zijn drie trends te zien:

1. De behoefte aan cijfers, feiten en kennis neemt toe.
2. De adviesvragen veranderen van karakter.
3. Er is behoefte aan bruggenbouwers; mensen die partners bij elkaar kunnen brengen en houden om initiatieven te realiseren die een gezamenlijke aanpak vereisen.

De afdeling Kennis & Innovatie heeft de afgelopen tijd op deze trends ingespeeld en is steeds beter in staat om Zuid-Limburg van dienst te zijn als verbindende kennisdeler, adviserende ketenpartner en toekomstgerichte bruggenbouwer.

## **De GGD als verbindende kennisdeler**

De GGD beschikt over veel kennis. Vergaard door eigen onderzoek of door gebruik te maken van data van (landelijke) kennisinstellingen. Het gaat om kennis over gezondheidsrisico's, *best practices*, de gezondheidssituatie van de bevolking en kennis over de vertaling van feiten en cijfers naar beleid. Deze kennis is voor gemeenten en veel andere partijen interessant. De GGD vervult de rol van verbindende kennisdeler door kennis te genereren, beschikbaar te stellen en partijen met een gezamenlijk belang bij elkaar te brengen. Enkele voorbeelden laten zien hoe de GGD in 2015 invulling heeft gegeven aan deze rol.

### **Elke gemeente een eigen gezondheidsrapport**

Elke gemeente heeft in 2015 van de GGD een rapport ontvangen over de lokale gezondheidssituatie: de lokale Volksgezondheid Toekomst

Verkenning (VTV). De plenaire presentatie vond plaats tijdens de raadsconferentie 'Samen gezond op weg' op 19 januari 2015. Vervolgens heeft de GGD in elke gemeente een mondelinge toelichting gegeven. Daaruit blijkt dat gemeenten deze rapporten waarderen. De gepresenteerde cijfers en feiten zijn de basis voor de lokale uitvoeringsprogramma's.

### **Uitbreiding onderzoekscapaciteit**

Om te kunnen voldoen aan de groeiende vraag naar data en kennis heeft de GGD de onderzoekscapaciteit uitgebreid. Er wordt veelal gebruik gemaakt van onderzoekers die op projectbasis aan de GGD verbonden zijn en van studenten. Hierbij wordt vooral ook nieuwe kennis ingezet, zoals expertise over de ontwikkelingen rondom Big Data.

### **Resultaten jeugdmonitor landelijk vergelijkbaar**

De gezondheidsmonitor jeugd is najaar 2015 opnieuw afgenomen bij alle 2de en 4de klassen in het voortgezet onderwijs. Dit is voor het eerst overall in Nederland tegelijkertijd gebeurd. Daardoor zijn de resultaten straks te vergelijken. De GGD Zuid Limburg gaat in 2016 met scholen in gesprek over de resultaten van de betreffende school. Ook wordt in vervolg op de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning in de tweede helft van 2016 een eerste themarapport over de jeugd uitgebracht. Zowel gemeenten als instellingen hebben aangegeven hier behoefte aan te hebben. De gezondheid van de jeugd is onlosmakelijk verbonden met thema's als onderwijs en arbeid (arbeidskansen). Vanuit dit perspectief wordt een breder inzicht gegeven in de elkaar beïnvloedende factoren.

### **Doorontwikkeling gezondheidsmonitor volwassenen**

De gezondheidsmonitor volwassenen (2014) is in de meeste gemeenten niet alleen op gemeente-, maar ook op wijk/kernniveau uitgevoerd. Een aantal gemeenten is te klein om op dat niveau betrouwbare cijfers te



kunnen geven. Daarnaast zijn in de monitor extra vragen gesteld die een beeld geven van de kwetsbaarheid en zelfredzaamheid van burgers. De resultaten zijn gebundeld in de Lokale en Regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (rVTV). Aan de hand van beleidsvragen van gemeenten kan de GGD nieuwe vragen aandragen voor de volgende editie van deze landelijke monitor.

### **Overzicht van de gezondheid in een wijk**

Nu gemeenten zorg en welzijn steeds meer op wijkniveau organiseren, is er behoefte aan informatie per wijk. In 2015 heeft de GGD een aantal gemeenten die informatie geleverd in de vorm van wijkprofielen. Een wijkprofiel geeft een overzicht van de gezondheid van de wijkbewoners, hun leefstijl en hun leefomgeving. Dit wordt zo veel mogelijk aangevuld met informatie over gezonde activiteiten in de wijk en de mening van burgers over hun gezondheid. Een wijkprofiel is aan te bevelen voor alle risicowijken en kan op basis van de behoeften worden samengesteld.

### **Versterking datamanagement**

De GGD heeft in 2015 fors ingezet op het versterken van het datamanagement, zowel in technische als inhoudelijke zin. Het klinkt zo makkelijk, maar er komt veel kijken bij het koppelen van databestanden en ook juridisch worden de nodige eisen gesteld.

### **Koppeling belangrijke databestanden**

Het project 'De gezonde basisschool van de toekomst' gaat veel gegevens opleveren over een gezonde ontwikkeling van kinderen. De jeugdgezondheidszorg beschikt ook over veel gegevens. Het is nu mogelijk om beide databestanden (deels) te koppelen en dat leidt tot een nog beter inzicht in de gezondheid van de Zuid-Limburgse jeugd. De gegevens worden anoniem verwerkt.

### **De gezonde basisschool van de toekomst**

In dit project wordt op een aantal basisscholen een dagprogramma aangeboden met voldoende onderwijs, maar ook sport, beweging, ontspanning, cultuur en aandacht voor leefstijl en gezonde voeding. Hetzelfde programma wordt doorgetrokken naar de lokale voorschoolse en buitenschoolse voorzieningen. Het doel is te onderzoeken of kinderen die op de basisschool een dergelijk programma aangeboden krijgen een betere fysieke, emotionele en intellectuele groei doormaken.

### **Oplossingen voor complexe vraagstukken**

In de praktijk lopen gemeenten en andere partners tegen vragen aan die de GGD niet altijd meteen kan beantwoorden. Het gaat dan om grote of complexe vraagstukken. Via de Academische Werkplaats Limburg wordt onderzoek gedaan om die kennisvragen te beantwoorden. Een paar voorbeelden van lopende onderzoeken:

- Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor eerstelijnsgezondheidscentra om ook buurtgericht te gaan werken (integrale wijkzorg)? En hoe kan preventie in de eerste lijn meer aandacht krijgen?
- Is het mogelijk om op basis van beschikbare databronnen de korte en lange termijn effecten te meten van integraal gezondheidsbeleid in achterstandsbuurten?
- Voor Elkaar in Parkstad: Hoe organiseren we samenwerking tussen organisaties om levensloopbestendige buurten voor ouderen te ontwikkelen?
- Hoe kunnen schoolterreinen van voortgezet onderwijs rookvrij worden gemaakt?  
Voor een totaal overzicht: zie de website van de Academische Werkplaats Limburg.

## De GGD als adviserende ketenpartner

Zoals in dit jaarverslag te lezen is, voert de GGD een scala aan activiteiten uit om de gezondheid van de Zuid-Limburgers te bewaken, te beschermen en te bevorderen.

Hierdoor beschikt de GGD over veel praktische ervaring. Daarnaast heeft de GGD veel kennis over de regionale gezondheid. Die combinatie van kennis en ervaring gebruikt de GGD om gemeenten en andere partners te adviseren. De adviesvragen worden complexer. Enkele voorbeelden laten zien hoe de GGD in 2015 invulling heeft gegeven aan de rol van adviserend ketenpartner.

### Ondersteuning regionale nota gezondheid 2016-2019

De 18 gemeenten in Zuid-Limburg hebben de GGD gevraagd om het traject naar een regionale nota gezondheidsbeleid 2016-2019 te leiden. Een effectief gezondheidsbeleid vraagt tegenwoordig om verbinding met andere beleidsterreinen, zoals het sociaal domein. Daarom vormen enkele bijeenkomsten met een breed scala aan partijen een belangrijk onderdeel van het traject. De nota wordt in 2016 opgeleverd. De brede kijk op gezondheid zal een vervolg krijgen in de uitwerking van het beleid.

### Integraal werken, hoe doe je dat?

Hedendaagse gezondheidsproblemen vragen om een integrale aanpak. Afdelingen en organisaties moeten dan over hun eigen werkgebied heen kijken. Dat kan lastig zijn. In 2015 en voorgaande jaren heeft de GGD via diverse onderzoeken veel kennis verzameld over integraal werken. Soms krijgt de GGD adviesvragen hierover. Vaker nog brengt de GGD die kennis meteen in de praktijk, bijvoorbeeld bij het vervullen van de rol van bruggebouwer (zie pagina 27).

### Zicht op zelfredzaamheid inwoners Gulpen-Wittem

In het kader van de decentralisaties wil de gemeente Gulpen-Wittem zicht krijgen op de participatie en zelfredzaamheid van haar inwoners. De GGD heeft de gemeente hierover geadviseerd en meegewerkt aan de ontwikkeling van burgerprofielen. Er wordt een nulmeting gedaan en over enige tijd een vervolgmeting om veranderingen in de mate van participatie en zelfredzaamheid van groepen burgers te monitoren.

### Preventie onderdeel van Blauwe Zorg

Blauwe Zorg is een project in Maastricht van de huisartsen, zorgverzekeraar VGZ, het Huis voor de Zorg en het AZM om de zorg efficiënter en dus goedkoper te maken. De GGD heeft ervoor gepleit om ook het principe van positieve gezondheid en het thema preventie mee te nemen. Het voorkomen van ziekten is immers ook een manier om de zorgkosten in de hand te houden. Van het zorgbudget wordt 96% aan genezing besteed en 4% aan preventie.

Blauwe Zorg is een van de proeftuinen waarin nieuwe concepten voor preventie en zorg worden toegepast in de praktijk. Vergelijkbare proeftuinen zijn 'Mijn Zorg' in Parkstad en 'Anders Beter' in de Westelijk Mijnstreek. Ook hier kijkt de GGD mee en zet in op de verbinding tussen preventie en curatie.

### Positieve Gezondheid in de praktijk

Mensen worden meer aangesproken op hun eigen kracht. Het concept Positieve Gezondheid (zie kader op pagina 27) sluit daarbij aan. Met deze innovatieve kijk op gezondheid is het een logische stap om meer in preventie te gaan investeren. En dan komt de GGD in beeld. Maar hoe geef je het concept Positieve Gezondheid handen en voeten in de medische en sociale sector? Onder regie van de GGD Zuid-Limburg heeft een aantal GGD'en een rapport geschreven met een vertaling van dit concept naar de praktijk en dat komt goed van pas bij de uitvoering van het regionale gezondheidsbeleid.

### **Positieve Gezondheid**

Lange tijd werd gezondheid beschreven als een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden (WHO, 1948). Volgens deze definitie zou in de praktijk bijna niemand gezond zijn. Machteld Huber ontwikkelde een positieve en dynamische omschrijving van gezondheid: Gezondheid is het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

### **Hulp bij subsidie-aanvraag project kansarme gezinnen**

Om financiering voor onderzoeken te vergaren, dient de GGD regelmatig aanvragen voor subsidie in bij allerlei fondsen. Van die ervaring kunnen gemeenten gebruik maken. De gemeente Vaals bijvoorbeeld deed dat. In samenwerking met de GGD en de Universiteit Maastricht gaat Vaals de situatie van kansarme gezinnen (armoede, gezondheid en participatie) in kaart brengen en vervolgens verbeteren. Hiervoor is subsidie aangevraagd bij het Fonds NutsOhra. Deze aanvraag is gezamenlijk geschreven door de gemeente Vaals, de Universiteit Maastricht en de GGD.

### **Verkleinen gezondheidsverschillen in Sittard-Geleen**

Op verzoek van de gemeente Sittard-Geleen heeft de GGD een uitvoeringsprogramma geschreven voor het lokale gezondheidsbeleid 2015-2017. De focus ligt op het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen de verschillende wijken in Sittard-Geleen. Dankzij de beschikbare kennis (onder meer wijkprofiel en Volksgezondheid Toekomstverkenning) zijn onderbouwde keuzes gemaakt en sluit het uitvoeringsprogramma goed aan op de lokale situatie.

## **De GGD als toekomstgerichte bruggenbouwer**

De GGD heeft een toekomstgerichte kijk op de publieke gezondheid in de regio. Samen met partners ontwikkelt de GGD een visie op het bevorderen van de gezondheid van de Zuid-Limburgse bevolking. Werken aan publieke gezondheid vraagt om samenwerking in een netwerk van diverse publieke en private partners. De GGD heeft een rol in het leggen van verbindingen tussen deze partners. Een paar voorbeelden laten zien hoe de GGD invulling geeft aan deze rol.

### **Op zoek naar de Limburg-factor**

Op verzoek van Provinciale Staten van Limburg heeft de GGD onderzocht wat de oorzaken zijn van de gezondheidsachterstand van (Zuid) Limburg ten opzichte van de rest van Nederland. Het is alom bekend dat een gezonde leefstijl en leefomgeving van belang zijn voor een goede gezondheid. Maar het is complex, want meer factoren zijn van invloed. De GGD heeft verder gekeken en experts op allerlei gebieden geïnterviewd. Van onderwijs en arbeidsmarkt tot historie en religie en van demografie en zorggebruik tot milieu en sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het leverde een uniek brede kijk op gezondheid op. Met het uitvoeren van een aantal aanbevelingen kunnen gemeenten, Provincie, georganiseerde burgers, publieke en private partijen samen een wezenlijke bijdrage leveren aan het inlopen van de gezondheidsachterstand. De oplossingen liggen vooral op het terrein van opvoeding, onderwijs en werk. En: begin bij de jeugd.

### **Contact leggen met gemeentelijke beleidsterreinen**

Gezondheid heeft raakvlakken met gemeentelijke beleidsterreinen als armoedebestrijding, mantelzorg, zelfredzaamheid en participatie. De

GGD vergroot haar kennis over deze thema's door in gesprek te gaan met ambtenaren die werkzaam zijn op deze terreinen. Dat is bijvoorbeeld gebeurd naar aanleiding van het verzoek van de gemeenten in de Westelijke Mijnstreek om toezicht te houden op de uitvoering van de Wmo. Alleen met voldoende kennis is het mogelijk om bruggen te slaan tussen gezondheid en aanpalende werkvelden. Het leggen en onderhouden van contacten met diverse ambtenaren (buiten Volksgezondheid en Jeugd) staat nog in de kinderschoenen en behoeft meer aandacht.

### **Schakel tussen gemeenten, de zorg en het onderwijs**

De GGD beschikt over medisch inhoudelijke deskundigheid, is onafhankelijk, heeft geen commerciële belangen en levert alleen zelf zorg op terreinen waar geen andere zorgaanbieders zijn. Daardoor is het makkelijker om over de grenzen van de eigen organisatie heen te kijken en het publieke belang voorop te stellen. Het maakt de GGD tot een geschikte bruggenbouwer. Zo vormt de GGD-arts in het sociale wijkteam de schakel tussen de gemeenten en de medische zorg. De jeugdarts in het zorgadviesteam is de schakel tussen het onderwijs, het zorgveld en de gemeenten. In de reguliere contacten met VGZ en CZ kan de GGD een brugfunctie vervullen tussen de zorgverzekeraars en gemeenten. En als JOGG-regisseur legt de GGD verbinding tussen private en publieke partijen op lokaal niveau (zie pagina 17).

# Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu



De afdeling Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu (SIM) voert zowel medisch als preventief georiënteerde taken uit. Daarbij gelden vaak wettelijke eisen en professionele (landelijke) protocollen. De beleidsruimte is beperkt. Toch is de transformatie die de GGD heeft doorgemaakt ook in deze afdeling zichtbaar. De afdeling is cliëntgericht en steeds op zoek naar samenwerkingspartners die kunnen bijdragen aan een betere dienstverlening en/of het uitdragen van preventieve boodschappen.

# Seksuele gezondheid

## Duizenden soa-consulten

De 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 gericht naar risicogroepen toe, zoals mannen die seks hebben met mannen en prostituees, om voorlichting te geven en te testen.

### Aantal soa-consulten

	2014	2015
Persoonlijke soa-consulten	6562	6512
Vindpercentage soa	14,8%	16,5%

### Vindpercentage soa

Soa-vindpercentage per groep	2014	2015
Prostitutie vrouwen	11,0%	11,9%
Prostitutie mannen	46,4%	20,6%
Mannen die seks hebben met mannen	25,6%	23,2%
Jongeren < 25 jaar	15,8%	18,5%

### Aantal vaccinaties hepatitis B

Risicogroepen	2014	2015
Druggebruikers	0	Vervallen
Mannen die seks hebben met mannen	422	524
Prostituees	180	125
Overige risicogroepen	10	vervallen
<b>Totaal</b>	<b>603</b>	<b>649</b>

## Training Sekswijzer voor leerkrachten

Seksuele gezondheid en seksuele diversiteit zijn sinds 2012 opgenomen in de kerndoelen van het onderwijs; scholen moeten hier aandacht aan besteden, maar doen dat nog te weinig. Sinds 2015 wordt daarom in Zuid-Limburg het project Sekswijzer geïmplementeerd bij scholen in het basis en voortgezet onderwijs. Leerkrachten en docenten worden aanvullend getraind bij het geven van seksualiteitslessen op scholen.

## Centrum Seksueel Geweld kan doorgaan

Bij het Centrum Seksueel Geweld Limburg (CSGL) melden zich gemiddeld 10 slachtoffers per maand. Vrijwel alle slachtoffers hebben behoefte aan psychosociale nazorg. Het CSGL biedt die hulp 24/7. In de eerste week na een verkrachting of aanranding is professionele hulp van belang om traumaklachten in de toekomst te voorkomen.

In 2015 zijn er twee nieuwe partners aangehaakt. Het betreft het Laurentius Ziekenhuis voor de acute medische zorg en indien noodzakelijk het forensisch medisch onderzoek samen met de politie. Xonar jeugdhulpverlening verzorgt de 24/7 bereikbaarheid en de psychosociale nazorg. De Limburgse GGD-en verzorgen de soa-nazorg. De coördinatie is in handen van de GGD Zuid Limburg.

Het voortbestaan van het CSLG was onzeker. Dankzij een extra financiële toezegging van de ministeries van VWS en V&J in 2015 is het hulpaanbod veiliggesteld voor 2016-2017. Samen met gemeenten wordt gewerkt aan een structurele implementatie voor de toekomst.

### Schokkende cijfers

1 op de 8 vrouwen in Nederland is ooit verkracht. Dat geldt ook voor 1 op de 25 mannen. Bij 80% van de verkrachtingen is de dader iemand uit de familie- of vriendenkring. 'De man in de bosjes' is een zeldzaamheid. Van de slachtoffers ontwikkelt 45% (vrouwen) tot 65% (mannen) een Post Traumatische Stress Stoornis.

### Resultaten chlamydia-onderzoek direct toepasbaar

Chlamydia behoort tot de meest voorkomende soa's, maar wordt lang niet altijd (tijdig) opgespoord. De GGD heeft onderzocht of dat beter kan. Eind 2015 werden de resultaten bekend. Vrouwen blijken veel vaker een anale chlamydia-infectie te hebben dan werd aangenomen. Vooral als ze onder de 21 jaar zijn. Op de soa-poli werden deze vrouwen pas op een anale infectie getest als zij zelf aangaven dat zij anale seks of klachten hebben gehad. Met dit testbeleid werd in deze groep twee derde van de besmettingen gemist.

Kenmerkend voor het wetenschappelijke onderzoek door de GGD is dat het altijd gelinkt is aan de praktijk. Ook nu zijn de resultaten direct te benutten: Nederlandse soa-poli's hebben hun testbeleid voor chlamydia aangepast.

### GGD zoekt cliënten online op

Hoe laagdrempelig de GGD ook is, niet iedereen met vragen over seksuele gezondheid wil direct persoonlijk contact. Zelfs niet als anonimiteit gewaarborgd is. Denk aan getrouwde mannen die seks hebben met andere mannen. Maar ook jongeren vinden het vaak prettig om in eerste instantie hun vragen digitaal te stellen. Uit onderzoek blijkt dat *face-to-face* contact niet altijd aansluit bij hun hulpbehoefte en dat specifieke risicogroepen heel gericht via internet bereikt kunnen worden. GGD-medewerkers hebben hiervoor in 2015 een training gevolgd, want online-contact vraagt een andere benadering. Op specifieke platforms leggen ze contact met de diverse doelgroepen, beantwoorden vragen en geven informatie en advies. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de zorgbehoefte van de cliënt.

Daarnaast werkt de GGD elke woensdag mee aan het bemensen van een landelijke chatsite voor jongeren, [www.sense.info](http://www.sense.info), waar met name hele jonge jongeren hun eerst vragen stellen op het vlak van seksualiteit.

### Draaiboek Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag

Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt regelmatig voor, maar op scholen wordt ook normaal gedrag vaak gezien als grensoverschrijdend. Dat kan tot grote onrust leiden bij ouders en leerkrachten. In 2015 is de GGD gestart met de ontwikkeling van een draaiboek Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag voor scholen in het basis en voortgezet onderwijs in heel Limburg. In 2016 start de implementatie van dit draaiboek binnen de provincie. Ook wordt een adviesteam samengesteld dat scholen en ouders kan ondersteunen bij het zo vroeg mogelijk oplossen van verontrustende signalen. Daardoor kan onnodige maatschappelijke onrust, dat kan leiden tot schade voor betrokkenen, voorkomen worden.



# Infectieziektebestrijding

## Versterking samenwerking met partners

Voor een groot aantal infectieziekten bestaat een wettelijke meldingsplicht zodat de unit Infectieziektebestrijding de bron van besmetting kan achterhalen en risicocontacten kan opsporen. Ook nemen de artsen en verpleegkundigen van deze unit maatregelen om verdere verspreiding tegen te gaan. 2015 stond voor hen in het teken van het versterken van de samenwerking met partners binnen en buiten Zuid-Limburg.

## Resistente bacteriën houden zich niet aan grenzen

Antibioticaresistentie wordt gezien als één van de grootste uitdagingen voor de gezondheidszorg van de 21ste eeuw. In vergelijking met andere landen is de problematiek in Nederland relatief beheersbaar. Maar bacteriën houden zich natuurlijk niet aan kunstmatige grenzen van landen, regio's of instellingen. De minister van VWS presenteerde in 2015 een actieplan antibioticaresistentie. De GGD Zuid Limburg neemt deel aan een van de werkgroepen rondom dit actieplan en heeft het initiatief genomen om het thema in de Euregio Maas-Rijn op de agenda te zetten. Dit loopt via de euregionale samenwerkingsverbanden Euprevent en EMRIC. Centraal staan de vragen: Hoe kunnen we bewuster met het voorschrijven en gebruik van antibiotica omgaan en hoe kunnen we dit bewustzijn via communicatie vergroten?

## Netwerken noodzakelijk voor bestrijding infectieziekten

Een voorwaarde voor een succesvolle bestrijding van infectieziekten is dat alle betrokken partijen en sectoren (verpleeghuizen, ziekenhuizen, microbiologen, revalidatieklinieken, huisartsen, thuiszorg, dierenartsen en GGD'en) samenwerken. De GGD steekt veel energie in het versterken van (eu)regionale netwerken. Zo is de GGD een vaste deelnemer aan

de commissies voor infectieziektepreventie in Zuid-Limburgse verpleeg- en verzorgingshuizen. Sinds 2015 neemt de GGD ook deel aan zo'n commissie in het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Deze overleggen zijn ook van belang voor de aanpak van antibioticaresistentie. In dat kader wil de minister van VWS dat er (regionale) netwerken worden gevormd.

## Proef met nieuw digitaal opsporingssysteem

De zes GGD'en in Zuid-Nederland (ZeeBraLim) testen samen een nieuw digitaal systeem: het Dashboard. Met dit systeem zijn infectieziekten sneller op te sporen en te bestrijden én het bevordert de onderlinge samenwerking. Het Dashboard pikt automatisch data op uit de registratiesystemen van de GGD'en en maakt die meteen geanonimiseerd zichtbaar in tabellen en GIS-kaarten. De privacy is gewaarborgd, maar de data geven voldoende informatie aan de zes GGD'en om te kunnen zien wat er in elkaars werkgebied gebeurt rondom (uitbraken van) infectieziekten. Uniek is dat het gaat om real-time data. Daardoor is het mogelijk in een vroeg stadium te signaleren en snel actie te ondernemen. Als de pilot succesvol is, wordt het Dashboard mogelijk landelijk ingevoerd.

De GGD Zuid Limburg heeft zich ingezet voor een proef met een euregionaal Dashboard. Doordat de Duitse partners tijdelijk afhaakten, is dat project stopgezet. Wel wordt euregionaal gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd cross-border meldingsformulier dat onder leiding van de GGD is ontwikkeld door de Euregio Maas-Rijn.



### Een andere innovatie: HPZone

De pilot met het Dashboard is een logisch vervolg op ontwikkelingen binnen de infectieziektebestrijding die eerder in gang werden gezet. Zo werkt meer dan drie kwart van alle GGD'en inmiddels met het digitale systeem HPZone voor het registreren en managen van infectieziekten. De GGD Zuid Limburg behoorde destijds tot de groep van eerste GGD'en in Nederland die dit van oorsprong Britse systeem uittestte en het liet aanpassen voor de Nederlandse werkwijze.

### GGD zoekt media op om burgers te informeren

De afdeling SIM doet veel (wetenschappelijk) onderzoek. Dat leidde in 2015 tot 23 publicaties in internationale wetenschappelijke tijdschriften. De resultaten zijn niet alleen van belang voor professionals, maar vaak ook voor burgers. Dan zoekt de afdeling actief de media op om de nieuwe inzichten onder de aandacht van burgers te brengen. Naar aanleiding van nieuwe onderzoeksresultaten berichtten de regionale media in 2015 onder meer over onvrijwillige seks onder jongeren, risicogedrag door drugsgebruik onder swingers in Limburg, mensen die besmet zijn met hepatitis C zonder dat ze het weten en veel soa's onder mannenescorts. Natuurlijk wordt deze informatie ook verspreid via de website van de GGD en via social media, want goede informatievoorziening helpt bij de bestrijding van infectieziekten.

### Onderzoek en innovatie

Al jaren is de afdeling Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu zeer gericht op onderzoek en innovatie, omdat de behoefte aan vernieuwing en verhoging van de kwaliteit groot is.

Een paar voorbeelden van lopende onderzoeken:

- Innovatieve laboratoriumdiagnostiek voor Chlamydia trachomatis.
- Innovatieve diagnostiek voor effectiviteit van behandeling en opsporing van resistente bacteriën.
- Innovatieve methoden voor een beter bereik van de infectieziekten zorg: geografische hotspots in laag sociaaleconomische wijken.

Voor een totaal overzicht: zie de website van de Academische Werkplaats Limburg.

### Tuberculose blijft opduiken in Zuid-Limburg

In 2015 was een aantal grote clusters van tuberculose in Zuid-Limburg te zien. Overigens niet in de (crisis)noodopvangcentra en asielzoekerscentra in onze regio. Vaak wordt tbc naar Nederland meegenomen

#### ▶ Aantal tbc-verrichtingen

	2014	2015
Aantal onderzochte personen	2701	2569
Röntgenonderzoek	1225	1612
Mantoux (een soort onderzoek)	303	553

door mensen afkomstig uit landen waar tuberculose veelvuldig voorkomt. Tbc is nog steeds een actuele infectieziekte, al is een dalende trend in het aantal verrichtingen te zien. Om de kwaliteit van de tbc-zorg hoog te houden werkt de GGD Zuid Limburg nauw samen met de GGD'en in Zuid-Nederland (ZeeBraLim) en worden er regionale werkafspraken gemaakt.

### Diverse uitbraken

De tabel hiernaast geeft niet meer dan een indruk van wat er op het gebied van infectieziekten speelt. Zo was de GGD ook betrokken bij uitbraken van het norovirus dat zeer besmettelijk is, maar waarvoor geen meldingsplicht geldt. Ook kan een kleine uitbraak meer werk met zich meebrengen dan een grote. Soms is er niet eens sprake van een uitbraak, terwijl de GGD wel veel tijd moet steken in de voorbereiding, zoals bij het ebola-virus. Ook in 2015 coördineerde de GGD de afstemming tussen de ketenpartners in Limburg (zoals huisartsen, ziekenhuizen, ambulancezorg en collega's over de grens) rondom ebola. Afspraken en richtlijnen zijn verder aangescherpt. Gebleken is dat het Limburgse ebola-netwerk goed voorbereid is.

#### ▶ Aantal meldingen meldingsplichtige infectieziekten

Meldingsplichtige Infectieziekten	2014	2015
Bof (LCI meldcriteria)	0	2
Botulisme	0	0
Brucellose	0	0
Buiktyfus (typhoid fever)	0	0
Cholera	0	0
Creutzfeldt-Jacob	0	4
E. coli-infectie Totaal	11	13
Haemophilus influenzae type B Invasief	0	1
Hantavirusinfectie	0	1
Hepatitis A	2	1
Hepatitis B acuut	8	4
Hepatitis B drager	27	18
Hepatitis C acuut (recent opgelopen)	1	0
Hepatitis C drager	12	22
Influenza (H1N1)	5	1
Kinkhoest	291	404
Legionellose	16	16
Leptospirose	1	1
Listeriose	0	5
Malaria	4	6
Mazelen	5	0
Meningokokkenziekte	4	3
Paratyfus A, B of C	0	2
Pneumokokken invasief (kinderen t/m 5 jr)	1	0
Psittacose	0	0
Q-koorts (LCI meldcriteria)	0	0
Rubella	0	0
Shigellose	9	9
Streptokokken groep-A Invasief	6	3
Voedselinfecties	0	0
<b>Totaal</b>	<b>418</b>	<b>514</b>

## Medische milieukunde

### Twee grote casussen

De unit Medische Milieukunde probeert te voorkomen dat mensen ziek worden door invloeden van de omgeving. De medewerkers geven advies, beantwoorden vragen, doen onderzoek en communiceren over gezondheidsrisico's. In 2015 sprongen twee grote casussen eruit: de incidenten op het Chemelot-terrein en het POMS-onderzoek.

#### ▶ Aantal vragen en meldingen Medische Milieukunde

Vraagsteller/melder	Binnenmilieu	Buitenmilieu	Overig	Totaal
Burgers	160	74	3	237
Gemeenten	4	16	0	20
Instellingen	17	25	0	42

### Veel vragen na incidenten Chemelot

Wit poeder, zwart poeder, roet, schuimvlokken, benzine-achtige dampen, dikke zwarte rook. Er deed zich op het Chemelot-terrein in 2015 een reeks incidenten voor. De stoffen die daarbij vrijkwamen riepen veel vragen op. Om die te beantwoorden werd een groot beroep gedaan op de kennis en kunde van de unit Medische Milieukunde. Die beoordeelde of er risico's waren voor de gezondheid en adviseerde over te nemen maatregelen. Bij opschaling van de regionale crisisbeheersingsorganisatie (GRIP) is de inzet van deze expertise geregeld.

De afstemmingsstructuur is duidelijk. Bij kleinere incidenten is dat niet altijd het geval. Dan gaat er in de noodzakelijke afstemming met alle betrokkenen veel tijd zitten.

### Onderzoek POMS-locaties nog niet afgerond

Op verzoek van het ministerie van Defensie brengt de unit Medische Milieukunde de gezondheidsrisico's in kaart van twee voormalige POMS-locaties. Dat zijn materiaaldepots van Defensie in Brunssum en Eygelshoven waar met gevaarlijke stoffen is gewerkt. De vraag dateert van 2014, maar ook in 2015 is de GGD er veel mee bezig geweest.

De GGD heeft metingen beoordeeld en geconcludeerd dat de dagelijkse blootstelling aan cadmium, lood, kwik en chroom-6 door inademing van stofdeeltjes ruim onder de geldende grenswaarden blijft. Dit betekent dat er ten aanzien van dit aspect geen gezondheidsrisico's voor de huidige en toekomstige medewerkers zijn. De resultaten van de onderzoeken naar de bodem, de buitenlucht en straling volgen nog. De GGD is ook nauw betrokken geweest bij de communicatie over de resultaten.

### Ook advies GGD bij bovengronds tracé A2 Maastricht

Met advies over trillingen, luchtkwaliteit, geluid en bodemverontreiniging is de unit Medische Milieukunde de afgelopen jaren intensief betrokken geweest bij de ondertunneling van de A2 in Maastricht. De unit is gevraagd om ook te adviseren bij de inrichting van het bovengrondse tracé. Het gaat er daarbij om gezondheid in brede zin te laten meewegen bij beslissingen over de inrichting. De GGD zal niet alleen meedenken over milieu-aspecten, maar bijvoorbeeld ook over mogelijkheden die uitnodigen om te bewegen, te ontspannen of elkaar te ontmoeten. Door de nieuwe Omgevingswet, die in 2018 van kracht wordt, kunnen gemeenten gezondheidsrisico's betrekken in de omgevingsvisie, in de planvorming en bij het afgeven van vergunningen. Een mogelijkheid die de GGD gemeenten sterk aanbeveelt.

# Hygiëne en Inspectie

## Nieuwe taak

In opdracht van de gemeente bezoeken de inspecteurs van de unit Hygiëne en Inspectie kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en gastouders. Ze letten niet alleen op de hygiëne en de veiligheid van ruimtes en materialen, maar kijken ook naar de manier waarop de leidsters met de kinderen omgaan. Daarnaast controleert de GGD onder meer schoonheidssalons, tattoo- en piercingstudio's en seksinrichtingen. In 2015 kwam daar het toezicht op de uitvoering van de Wmo bij.

## Toezicht op uitvoering Wmo door GGD

Gemeenten zijn per 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de kwaliteit van de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en het toezicht daarop. De gemeenten Beek, Schinnen, Sittard-Geleen en Stein hebben de GGD Zuid Limburg aangewezen als toezichthouder. Eerst wordt het reactieve toezicht na een melding van een calamiteit of een reeks van klachten opgepakt. Het proactieve toezicht op risicovolle situaties volgt daarna.

Organisaties die maatschappelijke ondersteuning aanbieden zijn wettelijk verplicht om een calamiteit te melden. Het gaat dan om geweld tussen een cliënt en hulpverlener, ernstig letsel, onverwacht overlijden en seksueel misbruik. Per 1 december 2015 komt de unit Hygiëne en Inspectie na zo'n melding in actie voor de gemeenten in de Westelijke Mijnstreek en per 1 januari 2016 ook voor de gemeente Heerlen. De gemeente Maastricht heeft een verzoek hiertoe ingediend bij de GGD. Met de Heuvelland-gemeenten is de GGD in gesprek over het toezicht op de Wmo.

## Toezicht kinderopvang werkt met risicoprofielen

GGD'en werken in het toezicht op de kinderopvang sinds 2012 met risicoprofielen. Na een inspectiebezoek stelt de GGD een risicoprofiel op. Daarbij wordt voor alle vastgestelde indicatoren het risico bepaald en daaruit volgt de kleur van de locatie: groen, geel, oranje of rood. De kleur geeft een inschatting van het benodigde toezicht voor een locatie. Het eerstvolgende inspectiebezoek wordt op dit risicoprofiel afgestemd. Rode locaties worden intensiever gecontroleerd dan groene. Gele en oranje locaties zitten daar tussenin. Nieuwe locaties hebben de eerste twee jaar geen kleur. Beide jaren vindt er een inspectie plaats op alle onderdelen om eerst een goed beeld van de locatie te kunnen vormen. Op deze manier is er meer toezicht waar nodig en minder waar mogelijk. Effectief en efficiënt toezicht is zowel vanwege de kosten van belang maar ook voor (ouders van) kinderen in de kinderopvang.

### ▶ Aantal inspecties

	2014	2015
Kinderopvang	696	725
Tatoeage en piercing	43	72
Seksinrichtingen	8	16
Peuterspeelzalen	141	141
Advisering t.a.v. publieksevenementen	14	12
Kinderboerderijen	5	7
Asielzoekerscentra	0	4
Centra voor Dak- en thuislozenopvang	0	4

Door wijzigingen in het overheidsbeleid neemt het aantal kindercentra en daarmee het aantal inspecties niet af, zoals eerder werd verwacht.

De hygiëne-inspecties van asielzoekerscentra doet de GGD in opdracht van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers. In 2014 werden deze inspecties voor heel Limburg gedaan door de GGD Limburg Noord.

### **Vorbereiding op het Nieuwe Toezicht**

Het toezicht op de kwaliteit van de kinderopvang gaat veranderen. Een aantal zaken is nu nauwkeurig vastgelegd. Bijvoorbeeld de groeps-grootte, het aantal pedagogisch medewerkers per groep en de binnen- en buitenruimte per kind. In het Nieuwe Toezicht stelt de overheid de doelen vast, maar de betrokken partijen in de praktijk beslissen hoe die doelen worden bereikt. GGD-inspecteurs krijgen meer ruimte om de kwaliteit van kindercentra te beoordelen. Kindercentra krijgen meer ruimte om zich te kunnen onderscheiden op kwaliteit.

De unit Hygiëne en Inspectie is in 2015 gestart met de voorbereidingen op het Nieuwe Toezicht dat naar verwachting in 2017 ingaat. De wijzigingen hebben veel impact op het werk van de inspecteurs. Zij moeten hun competenties (verder) ontwikkelen, hun kennis vergroten en een andere manier van werken aanleren.

# Acute Zorg



De Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Zuid Limburg bestaat uit de ambulancezorg en de meldkamer ambulancezorg. Hoewel de gemeenten in Zuid-Limburg via de GGD eigenaar zijn van de RAV leveren zij geen financiële bijdrage. De RAV en de GHOR (Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio) vormen samen de afdeling Acute Zorg. De afdeling is op zoek naar een goede balans tussen efficiënte bedrijfsvoering en verantwoorde patiëntenzorg.



## Regionale Ambulance Voorziening

### **Voortzetting van een bedrijfsmatige transformatie**

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 vervoert de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) mensen op afspraak, omdat zij liggend vervoerd moeten worden of onderweg zorg nodig hebben. 2015 stond voor de RAV in het teken van een al eerder ingezette bedrijfsmatige transformatie.

### **Bezuiniging van 12%**

De ambulancezorg in Nederland is van hoge kwaliteit. De GGD Zuid Limburg wil dit hoge niveau vasthouden. En ook ambulancehulpverleners willen niets liever dan cliënten steeds de allerbeste zorg leveren. Dit is een ambitieuze doelstelling. Stelselherzieningen, fusies en andere maatregelen zijn in de gezondheidszorg aan de orde van de dag. De gevolgen hiervan merkt ook de ambulancezorg. Daarnaast nemen de kwaliteitseisen en de druk om de normtijden te halen toe. Tegelijkertijd heeft de RAV Zuid-Limburg te maken met een korting op het landelijk vastgestelde budget. In 2015 moest de ambulancezorg €600.000 euro bezuinigen. Dit bedrag loopt op tot € 900.000 (12%) in 2016.

### **Bedrijfsvoering grondig aangepakt**

Vanwege de grote korting op het budget heeft de RAV de bedrijfsvoering kritisch bekeken: Waar zitten mogelijkheden om efficiënter te werken en hoe kunnen de ambulances zo effectief mogelijk worden ingezet? Een reeks maatregelen heeft geleid tot een transformatie van de bedrijfsvoering en een aanzienlijke verbetering van de informatievoorziening. Een paar voorbeelden van genomen maatregelen zijn: terug-

draaiing van een eerdere uitbreiding van de ambulancecapaciteit, aanpassing van het dienstrooster, beëindiging van de inzet van de zorg-ambulance en de motorambulance, betere registratie van inzetdata, geen invulling van een aantal vacatures in de ondersteuning, het zelf schoonmaken van ambulances en slimme inkoop van materialen. Medewerkers hebben deze veranderingen als ingrijpend ervaren. Waar voorheen het streven naar de beste zorg onbepaald mogelijk leek, wordt nu gevoeld dat die zorg een financiële grens heeft.

### **Goede prestaties leiden tot zorgen**

De resultaten over 2014 waren dankzij de organisatorische verbeteringen en een tijdelijke capaciteitsuitbreiding zeer goed. Het lukte om de landelijke norm voor A1-vervoer (zie kader op pagina 40) te halen en ook het A2-vervoer scoorde uitstekend. De vraag was of die buitengewone resultaten ook in 2015 behaald konden worden, want vanwege de korting op het budget moest een uitbreiding van de ambulancecapaciteit begin 2015 worden teruggedraaid. Toch wist de RAV de uitzonderlijke prestaties vast te houden. Dat was te danken aan de transformatie van de bedrijfsvoering en aan de medewerkers, want ambulancezorg is mensenwerk. Maar er zijn tegelijkertijd knelpunten ontstaan die de GGD zorgen baren.

### **Besteld vervoer de dupe van budgetkorting**

De uitstekende prestaties in het spoedvervoer zijn ten koste gegaan van een andere hoofdtaak van de ambulancezorg, namelijk het besteld vervoer. Dat baart de GGD zorgen, want de prestaties zijn niet voldoende. Vanwege de korting op het budget is het een onmogelijke opgave om zowel aan de eisen in het spoedvervoer te voldoen als de prestaties in het besteld vervoer te verbeteren.

Besteld vervoer is, in tegenstelling tot wat de naam doet vermoeden, moeilijk te plannen. Bijvoorbeeld omdat het vooraf niet duidelijk is

wanneer een patiënt klaar is voor vervoer. Daarbij zijn ambulances schaars. Spoedeisende ambulancezorg is onvoorspelbaar en gaat altijd voor. De wachttijd bij bestelde ritten loopt daardoor op. Dat is niet alleen vervelend voor de patiënten, die vaak ernstig ziek zijn, zoals kankerpatiënten die voor een bestraling naar het ziekenhuis moeten. Het heeft ook gevolgen voor de keten van acute zorg waar de ambulancezorg onderdeel van uitmaakt. Bestelde ritten zijn deels tijdgebonden, omdat patiënten op een bepaald tijdstip in het ziekenhuis moeten zijn. Als dat tijdstip niet wordt gehaald, heeft dat gevolgen voor de planning van het ziekenhuis.

▶ **Aantal inzetten ambulancevervoer**

	2013	2014	2015
A1	21208	21500	21099
A2	17550	19273	18049
Besteld vervoer	16092	16297	16863
<b>Totaal</b>	<b>54850</b>	<b>57070</b>	<b>56011</b>

**A1: binnen 15 minuten**

Spoedeisende inzet bij een levensbedreigende situatie. In 95% van de A1-ritten in een regio moet de ambulance binnen 15 minuten ter plaatse zijn. Dit is een landelijke norm.

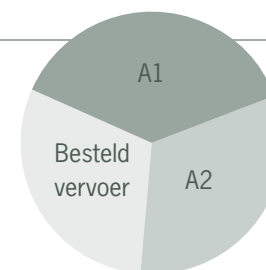
**A2: binnen 30 minuten**

Er is geen sprake van direct levensgevaar, maar er kan wel (ernstige) gezondheidsschade dreigen. Het streven is om binnen 30 minuten ter plaatse te zijn.

**B: besteld vervoer**

Zorg en liggend vervoer van patiënten tussen het woonadres en zorginstellingen en vice versa voor onderzoek, therapie of opname.

▶ **Aantal inzetten ambulancezorg**





### ▶ A1 binnen de norm

	2013	2014	2015
% A1 ritten binnen 15 min.	91,9%	96,7%	96,6%

### Top 3 drukste dagen

1. 13 februari (de vrijdag voor carnaval): 221 ritten
2. 30 januari (een gewone vrijdag) 213 ritten
3. 15 februari (carnavalszondag): 209 ritten

## Meldkamer ambulancezorg

### Voortzetten van de goede prestaties

Ambulancezorg start in de meldkamer. De verpleegkundig centralisten coördineren de inzet van de ambulances en bepalen de urgentie. Zij hebben contact met melders, de ambulanceteams en andere zorgverleners. 2015 stond voor de meldkamer ambulancezorg in het teken van het vasthouden van de goede prestaties uit 2014 en het toewerken naar één meldkamer in Limburg.

### Meldkamer prolongeert tijdwinst

De meldkamer ambulancezorg heeft een grote bijdrage geleverd aan de verbetering van de prestaties van de RAV. De tijd die nodig is om een ambulance op weg te sturen telt mee in de normtijd (zie kader A1,

A2 op pagina 40). Snelheid is dus geboden, maar ook zorgvuldigheid. Het aantal ambulances is beperkt. In levensbedreigende situaties mag de RAV nooit 'nee' verkopen. Door de korting op het budget is de capaciteit aan ambulancezorg afgenomen en de druk op de centralisten toegenomen.

In 2014 ging de meldkamer intensief aan de slag met verbeteringen, zowel van individuele centralisten als van het team. En zowel in de dagelijkse praktijk als bij grotere incidenten. Dat leidde op de meldkamer tot een tijdwinst van een halve minuut bij de aanname en uitgifte van spoedeisende ritten. Een aanzienlijke winst. In 2015 is gewerkt aan het borgen van de verbeteringen. Daardoor is de aanname- en uitgiftetijd in 2015 opnieuw zeer goed.

### ▶ Gemiddelde meldtijd A1-ritten

	2013	2014	2015
Gemiddelde meldtijd in minuten	2.04	1.29	1.34

### Naar één meldkamer voor Limburg

Het aantal meldkamers in Nederland gaat van 22 naar 10. Dat is onderdeel van een transitie naar een Landelijke Meldkamer Organisatie. De meldkamer van Zuid-Limburg en die van Limburg Noord worden samengevoegd. In 2015 zijn de voorbereidingen voor de samenvoeging van de twee meldkamers ambulancezorg voortgezet. Zo werden werkinstructies op één lijn gebracht en werden technische aanpassingen voorbereid. Daar komt veel bij kijken, want een meldkamer zit tegenwoordig vol techniek.

De intentie is dat alle centralisten van de beide meldkamers ambulancezorg in Limburg in de loop van 2016 werken vanuit het Meld- en Coördinatiecentrum in Maastricht. Daarna zal de organisatorische integratie volgen. De landelijke ontwikkelingen zijn richtinggevend voor het tempo waarin dit gebeurt.

## GHOR

### **Coördinatie, regie en advies**

Bij grote ongevallen en rampen moeten de verschillende geneeskundige hulpverleners (ambulancediensten, ziekenhuizen, traumacentrum, huisartsen, GGD, GGZ, enz.) samen één hulpverleningsketen vormen. De GHOR (Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio) zorgt hierbij voor de coördinatie, aansturing en regie en adviseert overheden en organisaties. Enkele belangrijke onderwerpen voor de GHOR in 2015 waren het dossier kerncentrale Tihange, de noodopvang van asielzoekers, de invoering van een nieuw crisismodel en de nieuwe groot-schalige geneeskundige bijstand.

### **Informatievoorziening Tihange punt van zorg**

Namens de Veiligheidsregio Zuid-Limburg is de GHOR projectleider Stralingsincidenten. Daarnaast levert de GGD medisch milieukundige expertise en communicatieve ondersteuning.

Over de alarmering bij (dreigende) incidenten met (mogelijk) grensoverschrijdende gevolgen zijn duidelijke afspraken gemaakt tussen Nederland en België. In zo'n geval informeert het Nationaal Crisis Centrum (NL) de Veiligheidsregio Zuid-Limburg. In aanvulling hierop maakt de veiligheidsregio afspraken met de veiligheidspartners in België over rechtstreekse alarmering door de meldkamer in Luik van de meldkamer in Maastricht.

De informatievoorziening over actuele ontwikkelingen rondom Tihange is een punt van zorg. Hierover wordt de veiligheidsregio namelijk niet geïnformeerd of pas als de (sociale) media er al over hebben bericht. De veiligheidsregio maande de Belgische autoriteiten in het voorjaar 2015 tot een betere en snellere informatievoorziening. Het leidde tot een informatiebijeenkomst voor raadsleden in mei met Electrabel (eigenaar Tihange), het FANC (Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle), de ANVS (Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming) en de Veiligheidsregio. Een wezenlijke verbetering van de informatievoorziening bleef uit. De Veiligheidsregio blijft hier bij de Belgische autoriteiten op aandringen.

### **Medische ondersteuning in crisisnoodopvang asielzoekers**

In Zuid-Limburg werden in 2015 diverse gemeentelijke crisisnoodopvanglocaties voor asielzoekers geopend. Op verzoek van de betreffende gemeenten was de GGD ter plekke om medische zorg te organiseren en de met de opvang samenhangende gezondheidskundige aspecten te coördineren. Onder regie van de GHOR kon de GGD haar expertise op zeer korte termijn inzetten. Denk hierbij aan informatieverstrekking vanuit infectieziektebestrijding, het regelen van huisartsenzorg en afstemming met huisartsenpost, ziekenhuis en meldkamer. De GGD-inzet was gericht op het leveren van de noodzakelijke zorg en het voorkomen van medicalisering en eventuele onrust.

### **Nieuw crisismodel GHOR**

Er is een nieuw crisismodel voor de GHOR. Dat model beschrijft de organisatie van de opgeschaalde geneeskundige hulpverlening bij crises en rampen. Het streven is dat alle regio's dezelfde rollen en benamingen gaan hanteren. Dat vergemakkelijkt de bovenregionale hulpverlening en maakt het mogelijk om landelijke opleidingen aan te bieden voor de GHOR-crisisrollen:

- Directeur publieke gezondheid (DPG)
- Algemeen commandant geneeskundige zorg (ACGZ)
- Hoofd acute gezondheidszorg (HAG)
- Hoofd informatie geneeskundige zorg (HIN)
- Hoofd ondersteuning geneeskundige zorg (HON)
- Officier van dienst geneeskundig (OvDG)

De GHOR is in 2015 aan de slag gegaan met de implementatie van het nieuwe crisismodel. Zo is de personele invulling van deze rollen geregeld. In de crisisbeheersing is de kwaliteit van de informatievoorziening van doorslaggevend belang. Daarom zal er bij het opleiden, trainen en oefenen van de diverse rollen extra aandacht uitgaan naar de rol van Hoofd informatie geneeskundige zorg.

Onder leiding van de GHOR zijn in 2015 ook grote stappen gezet in de implementatie van het GGD Rampenopvangplan (GROP). Over zo'n plan dient elke zorgorganisatie te beschikken die betrokken kan worden bij de opvang van slachtoffers van rampen.

### Nieuw model Grootchalige Geneeskundige Bijstand

Nederland werkt per 1 januari 2016 met een nieuw model voor Grootchalige Geneeskundige Bijstand (GGB). GGB zorgt ervoor dat het verzamelen, verzorgen en vervoeren van grotere aantallen slachtoffers goed verloopt. Het landelijke model, met ruimte voor lokaal maatwerk, vervangt de huidige Geneeskundige Combinatie die dateert van 1995. De veranderingen die het nieuwe model met zich meebrengt raken aan de processen, mensen en organisatie van verschillende partijen. Een van die partijen is de GHOR, die de implementatie in de regio registreert en coördineert. De GHOR Zuid-Limburg heeft in 2015 veel werk in de implementatie gestoken. Opleiden, trainen en oefenen is daarvan een belangrijk onderdeel.

De kracht van het nieuwe model is dat het beter aansluit op de dagelijkse zorg en de veranderde wettelijke verantwoordelijkheden. Ook wordt de bestaande capaciteit optimaal benut.

### Twee nieuwe typen voertuigen voor calamiteiten

Bij het nieuwe model voor Grootchalige Geneeskundige Bijstand horen nieuwe materialen en twee soorten voertuigen. Met de nieuwe calamiteitenvoertuigen reizen extra ambulancehulpverleners naar de plaats van een grote calamiteit. Zij nemen samen met de reguliere ambulance teams en (mobiele) traumateams de zorg voor zwaargewonden op zich. Met de nieuwe noodhulpvoertuigen gaan noodhulpteams van het Rode Kruis ter plaatse. Zij nemen de zorg voor lichtgewonden op zich. De noodhulpteams vervangen de huidige SIGMA-teams (Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie).

Zuid-Limburg krijgt 2 calamiteitenvoertuigen en 1 noodhulpvoertuig.

### Toename advisering B-evenementen

Zuid-Limburg is rijk aan evenementen. De GHOR adviseert gemeenten en organisatoren op geneeskundig en gezondheidskundig (hygiëne) gebied. De evenementen zijn ingedeeld in drie categorieën: A (laag risico), B (gemiddeld risico) en C (hoog risico).

#### ▶ Aantal adviezen GHOR over evenementen

Jaar	A evenementen	B evenementen	C evenementen	Totaal
2013	2295	113	9	2417
2014	2203	117	9	2329
2015	2195	202	7	2404

Deze cijfers zijn gebaseerd op 95% van de bestaande informatie verkregen uit de evenementenkalender 2015 op Veiligheidsnet, de evenementenkalender van Maastricht, de kalender Westelijke Mijnstreek en de registratie van evenementen door de GHOR.

Over alle B- en C-evenementen geeft de GHOR een advies. Incidenteel is advies over een A-evenement nodig. Het aantal B-evenementen is gestegen. Dat komt omdat voor evenementen die onder een gebruikersvergunning vielen (zoals bijvoorbeeld het MECC die heeft) geen meldingsplicht gold. Sinds 2015 moeten ook die evenementen bij de gemeenten worden gemeld. Daarnaast zijn er meer evenementen gehouden.

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)



### **Collectieve ambitie**

De gezondheid en veiligheid van mensen en de samenleving gaan ons aan het hart.

We dragen daaraan bij op een manier die het verschil maakt, vandaag en morgen.

We staan midden in de maatschappij en zijn er als het nodig is.

### **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 2016*