

Jaarverslag 2001

GGD Delfland
Crommelinplein 1
2627 BM, Delft
Tel. 015-251 15 11
Fax 015-256 44 38

Delft, augustus 2002

INHOUDSOPGAVE

1. VOORWOORD	1
2. KLACHTBEHANDELING	2
2.1. Definitie van een klacht	2
2.2. Klachten naar aard en omvang in 2001	3
3. JEUGDGEZONDHEIDSZORG	4
3.1. Contactmoment groep 2	4
3.2. Contactmoment groep 7	4
3.3. Contactmoment klas 2 voortgezet onderwijs	4
3.4. Risicokinderen	4
3.5. Registratiegegevens	5
3.6. Schoolgezondheidsbeleid	9
3.7. Externe ontwikkelingen	10
3.7.1. Integrale Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar	10
3.7.2. Zorgnetwerk Rijswijk	11
3.7.3. Kom op voor jezelf	11
4. ALGEMENE GEZONDHEIDSZORG	12
4.1 Infectieziektebestrijding	12
4.1.1. Meningokokken meningitis	13
4.1.2. Meldingen instellingen	14
4.1.3. Legionella-meldingen warmwater-installaties	14
4.1.4. Kwartaalblad Infectieziekten	15
4.1.5. Deelname aan landelijke projecten	15
4.2 Tuberculosebestrijding	15
4.2.1. Verrichtingen	17
4.3. Medische milieutaken	18
4.4. Bevolkingsonderzoeken	19
4.4.1. Bevolkingsonderzoeken op baarmoederhalskanker	19
4.4.2. Bevolkingsonderzoeken op borstkanker	20
4.5. Technische hygiënezorg	20
4.5.1. Inspectie kinderdagverblijven	20
4.5.2. Inspectie prostitutiebedrijven	21
4.6 Openbare geestelijke gezondheidszorg	21
4.6.1 Vangnettaken en problematische woonsituaties	21
4.7 Sociaal-Medische Adviseringen	23
4.8 Wet Voorzieningen Gehandicapten	25
4.9 Reizigersvaccinatie	26
4.10 Forensische Geneeskunde	26

1. VOORWOORD

Voor U ligt het jaarverslag van GGD Delfland over het jaar 2001.

In 2001 zijn er belangrijke stappen gezet voor de toekomst van onze organisatie. De fusie met GGD West-Holland tot GGD Zuid-Holland West, die per 1 juni 2002 is ingegaan, heeft in het voorbereidingsjaar 2001 veel energie gekost maar ook energie opgeleverd. Dit heeft logischerwijs gevolgen gehad voor het volledig doorzetten van het verbeterproces van de GGD Delfland, in de volle overtuiging dat de fusie zal leiden tot verdergaande structurele verbetering.

Naast deze structurele stap tot de fusie, zijn er ook veel energiegevendende stappen gezet o.a. in het samenwerkingsproces met de thuiszorginstelling Stichting Maatzorg in het kader van integrale jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar. Daarnaast zijn er tal van convenanten en contacten met ander instellingen die telkens weer bewijzen hoezeer de GGD Delfland haar preventieve rol in de keten van de gezondheidszorg waarmaakt.

Niet onvermeld mag blijven dat de GGD Delfland géén financieel tekort kende bij de jaarrekening over 2001. Dit is de tweede achtereenvolgende keer een feit, hetgeen gezien de recente historie van de GGD Delfland zeker vermeldenswaard is.

De GGD Delfland is de afgelopen jaren getransformeerd van een instabiele, financieel ongezonde dienst naar een financieel gezonde dienst met perspectief. De relatie met gemeenten en andere (gezondheidszorg)instellingen en de sfeer binnen de GGD Delfland is kenmerkend voor het gegroeide vertrouwen. Dit betekent niet dat we klaar zijn. De fusie zal de kwaliteit en verdere structurering van het werk, extern en intern, verder moeten gaan verhogen en de kwetsbaarheid van de twee afzonderlijke GGD'en verkleinen.

Vanzelfsprekend gaat een fusie ook gepaard met onzekerheden. Uitgaande van eigen kracht en overtuiging dat de fusie de juiste weg is voor zowel de GGD als onze klanten en gezien de tot nu toe behaalde resultaten, is er reden tot vertrouwen!

Guy Buck
Directeur GGD Delfland

2. KLACHTBEHANDELING

2.1 Definitie van een klacht

Een klacht is een uiting van onvrede betreffende een gedraging van de GGD of een medewerker.

Uitingen van onvrede kunnen licht van aard zijn en neerkomen op voorstellen voor verbetering, zoals langere openingstijden of betere bereikbaarheid. De klant vindt het prettig als zijn of haar opmerkingen serieus blijken te worden genomen, maar hoeft er niet zelf iets over terug te horen. De GGD Delfland heeft in dit kader enige jaren geleden de gele kaart ontwikkeld. Klanten kunnen echter ook opmerkingen plaatsen waarbij de klant echt genoegdoening wil. De GGD Delfland heeft hiervoor een formele klachtenprocedure en klachtenreglement ontwikkeld.

Het breed definiëren van klachten kan een groter aantal klachten tot gevolg hebben, wat een negatieve uitstraling heeft en wat een organisatie meer tijd kost. Maar daar staat tegenover dat een organisatie meer informatie ontvangt over zaken die tot verbeteringen kunnen leiden. Klachten en opmerkingen zijn te beschouwen als gratis adviezen. De klant heeft een dienst afgenomen en is daardoor (op niet-inhoudelijk gebied) deskundige geworden. Hij of zij kan niet alleen aangeven waar zaken niet goed gaan, maar zijn/haar opmerkingen bieden tegelijkertijd kansen voor verbeteringen van het huidige werk en voor het ontwerpen en uitvoeren van nieuwe diensten.

Klachten kunnen op de volgende manier geclusterd worden:

- relationeel (bejegening)
- organisatorisch (wachtijden, bereikbaarheid)
- technisch (verpleegkundig of ((para)) medisch handelen)
- financieel

Definitie van een klant

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector geeft de bevoegdheid tot het indienen van klachten aan cliënten en door hen aangewezen vertegenwoordigers. Dus niet aan derden die zonder door een cliënt gemachtigd te zijn over diens slechte ervaringen willen klagen

Externe klant

De GGD Delfland kent verschillende soorten klanten. Het zijn soms klanten die zeer geregeld gebruik maken van de diensten van de GGD, maar ook die dat slechts een paar keer in hun leven zullen doen. Elke produktengroep, afdeling kent weer zijn eigen klanten die niet van de diensten van een ander onderdeel gebruik hoeven te maken. Het voornaamste verschil in dit verband is tussen:

- individuele klanten, in de zin van burgers;
- (medewerkers) van organisaties, inclusief de gemeenten.

Klachten en opmerkingen van individuen kunnen anders van aard zijn dan van medewerkers die namens hun organisatie spreken. Ook de consequenties kunnen verschillen. Echter alleen de klachten van individuele klanten vallen onder de werking van de wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. Organisaties kunnen volgens die wet alleen via een met name genoemde cliënt klagen.

3. JEUGDGEZONDHEIDSZORG

De afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD Delfland voorzag ook in 2001 weer in de preventieve zorg voor kinderen van 4-19 jaar door activiteiten gericht op gezondheidsbewaking, bescherming en bevordering. De zorg voor de kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar werd uitgevoerd door de thuiszorginstellingen in de regio. In de voortgezette zorglijn van het consultatiebureau en de GGD, bedoeld voor alle kinderen, zijn er in de GGD-lijn 3 contactmomenten om groei en ontwikkeling te volgen. De kindfactoren (leeftijd, rijping, aanleg voor ziekten) in relatie tot omgevingsfactoren worden bekeken. Daarnaast vindt, als onderdeel van de doorgaande lijn, in het kader van het rijksvaccinatieprogramma (en vaccinatie-achterstanden) jaarlijks het vaccineren van 9-jarigen plaats.

3.1 Contactmoment Groep 2

In het schooljaar 2000/2001 werd dit onderzoek uitgevoerd door de arts en de assistente. Er is gekeken naar groei, gezichtsvermogen, gehoor en de algehele- en psychosociale ontwikkeling van het kind in relatie tot gezondheid, opvoeding en onderwijs. In 2001 heeft de afdeling JGZ gewerkt aan uniformering van het werkproces van het periodiek gezondheid-kundig onderzoek groep 2 met ondersteuning van Adromi, een extern adviesbureau. Aanleiding tot uniformering was, naast gebrek aan ruimte, verbetering van kwaliteit van uitvoer, betere planning en de mogelijkheid om elkaar beter te vervangen bij afwezigheid van een van de collega's. Een van de concrete gevolgen was dat arts en assistente het onderzoek in 1 ruimte uitvoeren.

3.2 Contactmoment groep 7

Het onderzoeksmoment in groep 7 wordt uitgevoerd door de verpleegkundige. Met uitzondering van de scholen in Delft, is dit onderzoek in de gehele regio uitgevoerd. Tijdens het onderzoek is gekeken naar groei, gezichtsvermogen en psycho-sociale ontwikkeling van het kind. Ouders/verzorgers, kinderen en leerkrachten hebben in dit kader een vragenlijst ingevuld. Aan de hand van de vragenlijsten heeft de verpleegkundige beoordeeld welke kinderen extra zorg nodig hadden.

3.3 Contactmoment Klas 2 Voortgezet Onderwijs

Dit onderzoek is grotendeels door verpleegkundigen uitgevoerd. Kinderen in het leerweg ondersteunend onderwijs worden echter door de arts onderzocht. Naast het meten van lengte en gezichtsvermogen is dit onderzoek meer gericht op leefstijl (voeding, genotmiddelen, seksualiteit en ((bon))veilig vrijen). Leerkrachten kunnen vooraf hun zorgen bij de verpleeg-kundige aangeven.

3.4 Risicokinderen

De GGD voert een heel pakket aan activiteiten uit dat gericht is op risicokinderen van alle leeftijden. Zo hebben de JGZ-medewerkers in 2001 wederom geparticipeerd in zorgteams. Vanuit scholen en/of ouders/verzorgerskwamen geregeld vragen voor onderzoek bij ingewikkelde problemen. De taak van de JGZ hierin is probleemanalyse, pré-diagnostiek, advisering en verwijzing waar mogelijk afgestemd op andere hulpverleningstrajecten. Ook in het traject Weer Samen naar School heeft de GGD op verzoek onderzoeken uitgevoerd. Bij de scholen voor Speciaal Onderwijs (SO) participeert de GGD in zorgcommissies. Vanuit deze rol hebben er in 2001 toelatings- en begeleidingsonderzoeken plaatsgevonden. De rol van de JGZ in deze is vooral het interpreteren van medische- en ontwikkelingsproblemen in relatie tot beperkingen in de onderwijssituatie. Ten aanzien van vluchtelingen en nieuwkomers heeft de GGD bij alle kinderen van de centrale opvang basisonderwijs in Delft een intredescreening verricht voor het vaststellen van het niveau van de gezondheidssituatie.

Figuur 2 Opkomst per activiteit in aantallen en percentages

Activiteit	Aanwezig		Verhinderd		Totaal
	Aantal	%	Aantal	%	
PGO2	4428	91,2	427	8,8	4855
Screening gr 7	3110	97,1	93	2,9	3203
PGO VO	3200	91,7	288	8,3	3488
Controle	3288	79,7	840	20,3	4128
Toelating SO/ab	420	90,0	49	10,0	469
Herhalingso.z. SO	389	92,0	34	8,0	423
Risicoleerling	537	88,0	73	12,0	610
Overig	230	96,2	9	3,8	239
Totaal	15602	89,6	1813	10,4	17415

Aanvrager onderzoek

Bij PGO groep 2 is van de 4873 onderzoeken 4555 keer – conform protocol - geen aanvrager ingevuld. Bij de overige PGO's betrof de aanvrager 208 keer een teamlid JGZ, 20 keer de ouder, 67 keer de school, 16 keer de 0-4-jarigenzorg, en 7 keer verschillende andere aanvragers. Deze aanvragen (7% van de standaard-PGO's in groep 2) betroffen meestal risicokinderen en soms ook kinderen die vervroegd doorstroomden naar groep 3.

Hercontroles

Zoals aangegeven zijn er 4152 kinderen opgeroepen voor een hercontrole. Een hercontrole is in het jaar 2000-2001 gedefinieerd als een (vooral) lichamelijk probleem en heeft daarom niet zozeer betrekking op psychosociale en emotionele problematiek, waarmee vaak veel meer tijd gemoeid is. In het nieuwe registratiesysteem worden zowel hercontroles als risico-onderzoek/leerlingbegeleiding 'onderzoek op indicatie' genoemd. Aan de hand van verdere specificaties op het registratieformulier is te zien welke facetten werden onderzocht en hoeveel tijd hiermee gemoeid was. Zo kan uit het nieuwe registratiesysteem bijvoorbeeld worden afgelezen of dit bijvoorbeeld een onderzoek betrof naar het gezichtsvermogen of wegens psychosociale problemen.

Helaas werd in 2000-2001 bij 12,6% van de kinderen niet aangegeven waarom ze voor een hercontrole werden opgeroepen. Bij 25,4% van de hercontroles werd groei/rijping als reden genoemd, bij 23,6 % de visus, bij 21,1% het gehoor, bij 14,9% een orthopedisch probleem, bij 10,8% het (algemeen) functioneren en bij 10,3% de motoriek.

Overige redenen (logopedie, luchtwegen, urogenitale aandoening, leerproblemen, enuresis en leefgewoonten) kwamen alle minder dan 1% voor.

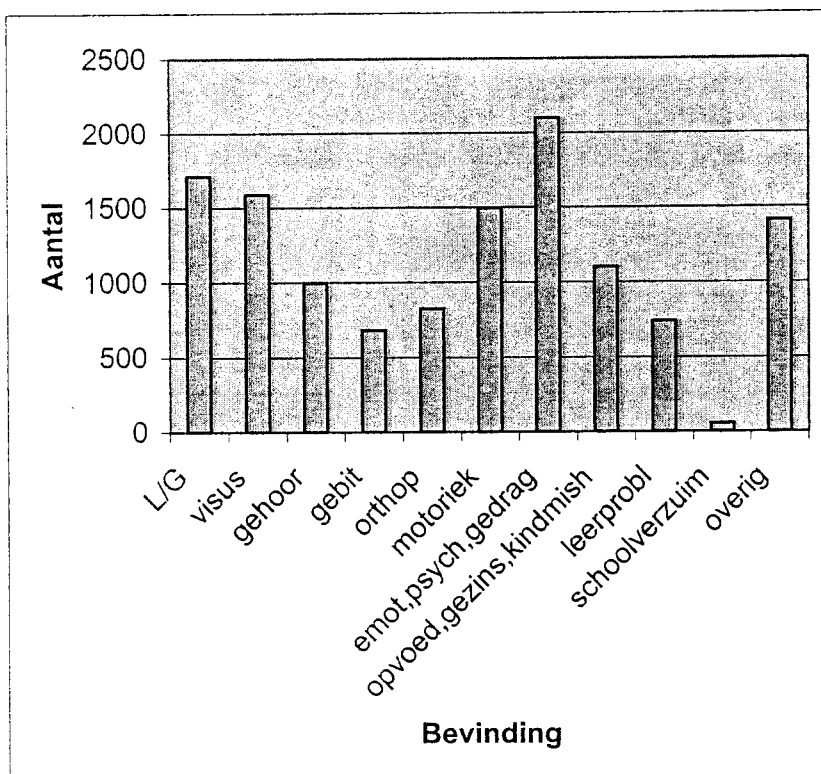
Aantal onderzoeken per maand

Het aantal onderzoeken dat per kalendermaand bij de GGD wordt uitgevoerd varieert. Dit komt tot uiting in figuur 3.

Bevindingen

In figuur 5 staat het aantal bevindingen van alle soorten onderzoeken samengevat.

Figuur 5 Aantal bevindingen in het schooljaar 2000-2001



Als jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen hebben we het meest te maken met emotionele, psychische en gedragsproblemen. Daarnaast is er vaak sprake van opvoedings- en gezinsproblematiek (inclusief kindermishandeling).

In figuur 6 staat het aantal bevindingen weergegeven per onderzoeksoort. Hierin zijn alleen de standaard-onderzoeken opgenomen, dus het PGO in groep 2, de screening in groep 7 en het PGO in klas 2 van het voortgezet onderwijs. Er zijn in het schooljaar 2000-2001 4873 PGO's in groep 2 uitgevoerd, 3218 screeningen in groep 7 en 3496 PGO's in klas 2 van het voortgezet onderwijs.

Het gemiddeld aantal bevindingen per onderzoek bedroeg respectievelijk, 1.02 , 0.45 en 0.34.

Deze staafdiagram geeft een indruk van de prevalentie van problematiek voorkomend in groep 2 basisonderwijs, groep 7 basisonderwijs en klas 2 voortgezet onderwijs. Immers deze groepen worden in principe volgens een standaard-protocol onderzocht. Uiteraard dient daarbij in ogenschouw te worden genomen welke aspecten wel en welke niet tot het standaardonderzoek behoren. Omdat bijvoorbeeld in klas 2 voortgezet onderwijs geen audiogram wordt afgenomen zeggen deze gegevens niets over de prevalentie van gehoorafwijkingen in deze groep. De gegevens zeggen dus alleen iets over de aspecten die tot betreffend standaardonderzoek behoren!

In groep 2 worden problemen met betrekking tot de motoriek het meest gesignaleerd. Maar ook emotionele en psychische problemen en gedragsproblemen komen bij deze jonge kinderen vaak voor. Op de derde en vierde plaats staan visums- en gehoorproblematiek.

In groep 7 waarin een beperkte schending wordt uitgevoerd, worden problemen betreffende lengte en gewicht het meest vastgesteld. Daarnaast worden vaak visumsproblemen, emotionele en psychische en gedragsproblemen en orthopedische problemen gesignaleerd.

Zo heeft de afdeling JGZ in samenwerking met het Grotius College in het najaar voor 2 groepen bijeenkomsten georganiseerd voor kinderen in de centrale opvang voortgezet onderwijs met de volgende thema's:

1. Kennismaking, vriendschap en relatie.
2. Vervolg vriendschap en relatie'.
3. Seksualiteit en vrijen.
4. Soa en aids.

De eerste groep bestond uit 15 meisjes afkomstig uit een- of twee oudergezinnen, sommige uit het Asielzoekerscentrum De Lier en enkele alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's). De tweede groep bestond uit 13 meisjes eveneens afkomstig uit een- of twee oudergezinnen, sommige uit het AZC De Lier en enkele AMA's. Alle bijeenkomsten werden begeleid door een vrouwelijke docent van het Grotius College en een vrouwelijke sociaal verpleegkundige van de GGD Delfland.

Door middel van groepsgerichte vragenlijsten, in te vullen door leerlingen van klas 3 van het Voortgezet Onderwijs, zijn gegevens verzameld over gezondheid, verzuim, genotmiddelen, seksualiteit, bewegen en psychosociale problematiek. De resultaten hiervan worden door middel van een gezondheidsprofiel teruggekoppeld aan de scholen.

3.7. Externe ontwikkelingen

3.7.1. Integrale Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar

Op 12 maart 2001 is met een werkconferentie van medewerkers van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD Delfland en van de bedrijfseenheid Ouder en Kindzorg van Stichting Maatzorg de uitvoering van het project 'Naar integrale JGZ' gestart. Doel van dit project is om de jeugdgezondheidszorg zoals die op dit moment door GGD Delfland en Maatzorg wordt geleverd, beter op elkaar af te stemmen. Dit gebeurt door middel van praktische projecten, die gaan over de manier waarop er dagelijks door de medewerkers van beide organisaties wordt gewerkt aan de preventieve gezondheidszorg voor jongeren.

Hoewel door beide organisaties hard wordt gewerkt aan de kwaliteit van hun dienstverlening, leidt de verdeling van de jeugdgezondheidszorg over twee organisaties toch niet altijd tot de gewenste resultaten. Gezien het grote belang van de preventieve jeugdgezondheidszorg en de toenemende complexiteit van het werk, vinden beide organisaties dit niet gewenst. Ook vanuit het ministerie van VWS en de gemeenten is er beleid in gang gezet om tot meer geïntegreerde JGZ te komen. Tijdens de werkconferentie hebben medewerkers van GGD Delfland en Maatzorg het actieprogramma 'Naar integrale JGZ' besproken. Dit programma beschrijft de activiteiten die gedaan moeten worden om méér integratie te realiseren. Bij het opstellen van dit actieprogramma is gekozen voor een inhoudelijke benadering. Dit betekent dat de inhoud voorop staat en dat de eventuele organisatorische en financiële consequenties van het streven naar samenwerking daarvan worden afgeleid. Deze benadering vanuit de inhoud maakt ook dat de medewerkers een belangrijke rol toebedeeld krijgen in het samenwerkingstraject. In totaal zijn er 10 activiteiten benoemd en 10 werkgroepen ingesteld die in 2001 hun werk hebben verricht. Het betrof de volgende activiteiten:

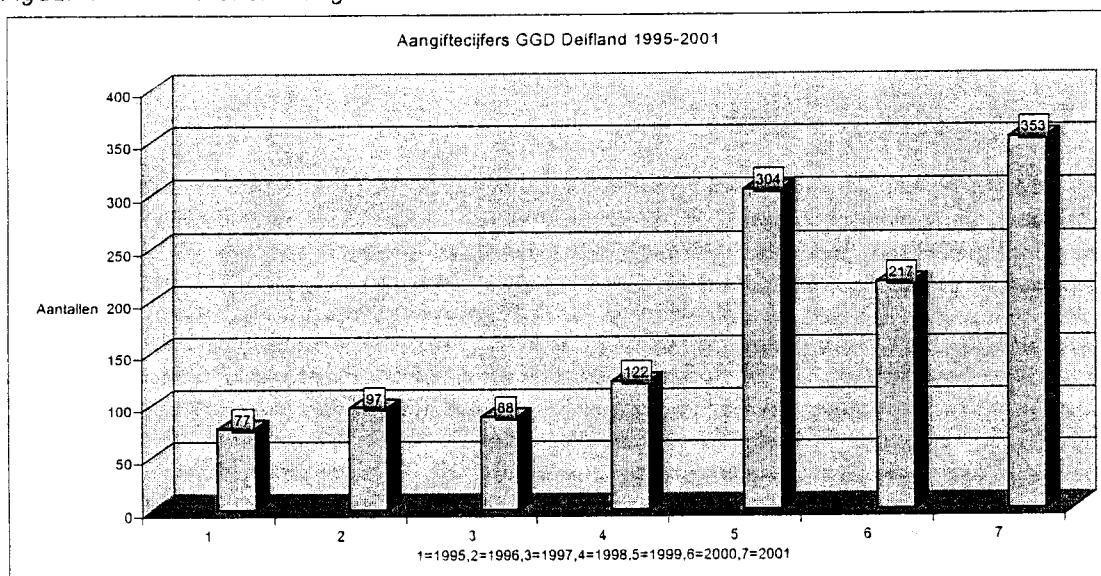
1. Huisvesting;
2. Epidemiologie;
3. Personeelsbeleid;
4. Groepsvoorlichting;
5. Afstemming JGZ en schoolmaatschappelijk werk;
6. Continuïteit zorg/volgsysteem;
7. Risicogroepen;
8. Vroegsignalering;
9. Wijkzorgteams;
10. Samenwerkingsmodellen.

4. ALGEMENE GEZONDHEIDSZORG

4.1 Infectieziektebestrijding

In de Infectieziektewet uit april 1999 zijn infectieziekten opgenomen die gemeld moeten worden naar de GGD. De infectieziekten zijn onderverdeeld in drie groepen: groep A (melding door de behandelaar binnen 24 uur na het vermoeden van de diagnose), groep B (melding door de behandelaar binnen 24 uur na het vaststellen van de diagnose) en groep C (melding door laboratorium). De meeste infectieziekten behoren tot groep B. Polio is als enige ziekte ondergebracht in groep A in verband met de ernstige gevolgen van een dergelijke epidemie. Alle aangiften ontvangen in 2001 betroffen B- of C-ziekten. Tussen 1995-2001 is een duidelijke toename van de aangiften te zien bij de GGD Delfland met een relatieve piek in 2001 [figuur 1]. De incidentie van de meldingen, dat wil zeggen het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte per 100.000 inwoners, week niet significant af van vergelijkbare GGD'en in de regio zoals van de aanstaande fusiepartner GGD West Holland.

Figuur 1 Aantal aangiften 1995-2001

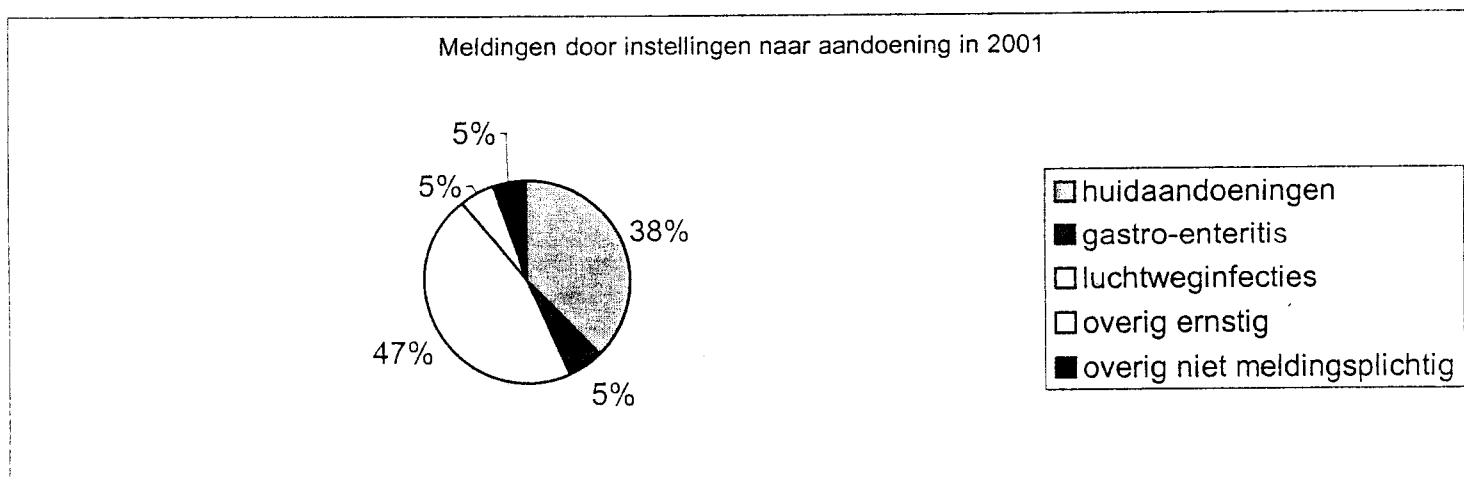


De stijging is grotendeels te verklaren door het feit dat de kinkhoest-epidemie van 1996 verder toenam in 2001 (in 1999: 126; 2000: 122; 2001: 253). De mazelen-epidemie van 1999 kwam in 2001 tot een absolute einde. De meeste epidemieën doven uit nadat alle vatbare personen (vooral jonge kinderen) besmet zijn geraakt, maar voor de kinkhoest-epidemie bleken zowel gevaccineerde volwassenen als kinderen onvoldoende beschermd door het huidige vaccin. Inmiddels is als tegenmaatregel het Rijksvaccinatie-programma door de overheid aangepast en worden hierdoor weer dalingen van de kinkhoestmeldingen verwacht. Ook in 2001 is door de hepatitis A zomercampagne die in 2000 gestart is de jaarlijks terugkerende nazomerse hepatitis A-epidemie (besmettelijke geelzucht type A) uitgebleven (in 1999: 40; 2000: 13, 2001: 19; zie figuur 2 en ook "vaccinatie migranten"). Het aantal nam in 2001 wel iets toe door een cluster van 4 personen die besmet zijn geraakt door import van hepatitis A na vakantie uit het moederland, en ook waren iets meer kinderen onder de 12 jaar met Hepatitis A besmet dan vorig jaar (2000: 2; 2001: 6). Figuur 2 toont het aantal aangiften in 2001 in vergelijking tot de twee eerdere jaren waarbij kinkhoest en hepatitis A apart zijn vermeld. Als de aangiften van hepatitis A en kinkhoest buiten beschouwing worden gelaten, is het totale aantal aangiften in 2001 gedaald.

4.1.2. Meldingen instellingen

Sinds 1 april 1999 hebben instellingen met kwetsbare populaties ook een wettelijke meldingsplicht (volgens de Infectieziektenwet). In de praktijk is de meldingsplicht op 1/11/99 ingevoerd. De directeur van de instelling meldt het voorkomen van bepaalde aandoeningen aan de GGD. De aandoeningen die meldingsplichtig zijn verschillen per soort instelling. Een paar voorbeelden van instellingen waarvoor een meldingsplicht geldt zijn: (medisch)kinderdagverblijven, basisscholen, verzorgings- en verpleeghuizen, instellingen voor gehandicapten, asielzoekerscentra. De criteria voor meldingen (welke ziekten, bij hoeveel bewoners/kinderen/personeel) zijn landelijk uitgewerkt. Met sommige instellingen in de regio heeft de GGD in de loop van 2000 afspraken gemaakt m.b.t. meldingen, met als uitgangspunt hun specifieke situatie. Zo werd duidelijk dat de criteria die landelijk zijn aanbevolen niet altijd goed aansluiten op de dagelijkse praktijk. Ook het criterium "een ongewoon aantal zieken" bleek in de praktijk veel onduidelijkheid te veroorzaken. In sommige instellingen verblijven immers mensen met gezondheidsproblemen waarbij bepaalde aandoeningen veel vaker voorkomen dan bij gezonde populaties. Scholen en kinderdagverblijven zijn geneigd alle infecties te melden, ongeacht de ernst en het aantal gevallen. Bij iedere melding gaat de GGD na welke risico er voor de bewoners/personeel aanwezig is en adviseert maatregelen. De maatregelen beperken zich veelal tot mondelinge en schriftelijke voorlichting aan de instelling m.b.t. de hygiëne ter voorkoming van verdere verspreiding van de verwekker en soms een bezoek aan de instelling voor voorlichting. Dit leidt veelal tot het wegnemen van vragen en ongerustheid bij ouders en leerkrachten. In bepaalde gevallen wordt nadere diagnostiek ingezet in overleg met het laboratorium (ernstige luchtweginfecties, diarree, geelzucht) of wordt behandeling geadviseerd (schurft, impetigo).

Figuur 4 Meldingen instellingen GGD Delfland in 2001 naar ziektecategorie

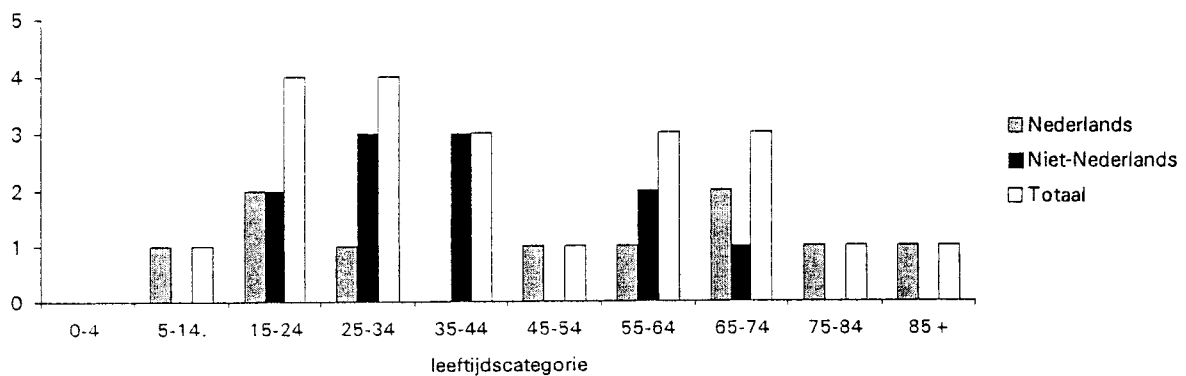


4.1.3 Legionella-meldingen warmwater-installaties

Sinds de legionella-epidemie in Bovenkarspel wordt steeds meer nadruk gelegd op de kwaliteit van de warmwater-installaties in instellingen en openbare gebouwen. In slechte installaties (te lange leidingen, dode einden, te lage temperaturen van het warmwater, stilstaand water) kunnen gunstige omstandigheden ontstaan voor de groei van de legionellabacterie. Deze bacterie veroorzaakt bij sommige mensen een ernstige longontsteking. In het kader van de technische hygiënezorg heeft de GGD een belangrijke rol bij het beoordelen van het risico voor het algemeen publiek en het adviseren van maatregelen indien tijdens controlekeuken, legionella wordt gekweekt. Een kweek is eigenlijk een momentopname. De kenmerken van de waterinstallatie en de mate waarin de beheersmaatregelen omschreven in het beheersplan worden nageleefd zijn de belangrijkste indicatoren van het risico van *legionella*. In de loop van 2001 is de GGD betrokken geweest bij 14 meldingen van *legionella* in warmwaterleidingen van sportscholen, zwembaden of instellingen.

Leeftijds- en geslachtsverdeling

Figuur 6 Leeftijdsverdeling van tuberculose patiënten 2001 naar herkomst



De leeftijdsverdeling van de Nederlandse tuberculose patiënten is tamelijk gelijkmatig over alle leeftijdsgroepen met een duidelijk aandeel van de ouderen en een piek tussen de 15 en 35-jarigen. Dit eerste wordt veroorzaakt doordat ouderen in het verleden (veelal ongemerkt) een tuberculose infectie hebben doorgemaakt, waarna de tuberculose bij weerstandsdaling door ouderdom of bijkomende ziekten actief en manifest wordt. De leeftijdsverdeling toont min of meer het gebruikelijke beeld voor Nederland. Ook de verdeling bij de allochtonen vertoont een gebruikelijk patroon, waarbij de tuberculose zich vooral in de jongere leeftijdsgroepen manifesteert. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat de groep buitenlanders vooral uit personen onder de 50 jaar bestaat. In tegenstelling tot voorgaande jaren is er een stijging te zien van het aantal vrouwen (12) ten opzichte van het aantal mannen (9) met tuberculose.

Tuberculose patiënten naar risicogroep

Figuur 7 Tuberculose patiënten in 2001 en 2000 naar risicogroep en naar diagnose stellende instelling

2001 Risicogroep	Diagnose door GGD		Diagnose door specialist		Totaal	
	2001	2000	2001	2000	2001	2000
Immigrant	1		6	9	7	9
Asielzoeker		2	4	1	4	3
Drugverslaafde				1		1
Contact	1	3	3		4	3
Oud-patient			2	1	2	1
Reiziger endemisch gebied				1		1
Sub-totaal	2	5	15	13	17 (81%)	18 (62%)
Geen specifiek risico			4	11	4 (19%)	11 (38%)
Totaal patiënten	2 (10%)	5	19 (90%)	24	21 (100%)	29 (100%)

Patiënten met tuberculose kunnen tot één of meer risicogroepen behoren. In Nederland wordt van een risicogroep gesproken als de incidentie van tuberculose in die groep hoger is dan 50 gevallen van tuberculose per 100.000 personen per jaar. Bij verschillende risicogroepen wordt actief onderzoek naar tuberculose gedaan door de GGD (immigranten, asielzoekers, gedetineerden,

Cliëntcontacten en handelingen

Figuur 8 Cliëntcontacten ten behoeve van de tuberculosebestrijding in 2001

Bezoekerscategorieën	2001
PO immigranten en Buitenlandse Studenten 1e screening	1010
PO immigranten en Buitenlandse Studenten vervolgscreening	1084
PO asielzoekers 1 ^e screening	1084
PO asielzoekers vervolgscreening	214
PO andere risicogroepen (verslaafden etc.)	67
PO beroepscontactgroepen (medewerkers diverse instellingen verhoogd risico)	134
PO TNO (medewerkers primatencentrum)	125
Aanstellingsonderzoeken	154
Reizigers	403
Immigrant kinderen i.v.m. BCG	492
Contactonderzoeken	252
Contactonderzoeken t.b.v. andere GGD	169
Via huisarts of eigen verzoek	47
Patiënten	252
Totaal cliëntcontacten	4422

4.3 Medische Milieutaken

Verspreiding van giftige stoffen via de lucht, het voedsel en vanuit de bodem hebben een effect op de volksgezondheid en vormen een bedreiging voor onze directe woon- en leefmilieu. De GGD streeft naar een optimale kwaliteit van het milieu en doet dit door het beoordelen van risico's voor de gezondheid en het verstrekken van informatie daarover aan burgers en instellingen. De GGD heeft een preventieve taak bij chemische vervuiling, stank, straling, lawaai, gevaarlijke of hinderlijke bestjes, plantjes, schimmels, enzovoort in bodem, water, buitenlucht en "binnenlucht". Het binnenmilieu is meestal ongezonder dan het buitenmilieu. Daarom besteedt de GGD extra aandacht aan het voorkómen van verontreiniging van het binnenmilieu, in het bijzonder die van huizen, kindercentra en scholen.

Hoewel het bekend is dat het milieu op veel plaatsen niet echt gezond is, lukt het vaak niet om een milieuoorzaak vast te stellen van gezondheidsproblemen van een persoon of een groep. Dat is niet zo vreemd, want van de meeste ziektes is het niet duidelijk waarom ze juist die persoon op dat moment treffen. Vragen die meestal wel te beantwoorden vallen, zijn: hoe gevaarlijk is een bepaalde situatie? Of: welke maatregelen kunnen de gezondheid beschermen?

De GGD kan geen zaken verbieden of maatregelen treffen maar heeft wel een adviesrol naar gemeenten.

Opkomstcijfers bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 1999 en 2000.

Gemeente	2000	1999
Bergschenhoek	67,8	55,8
Berkel en Rodenrijs	69,1	66,6
Bleiswijk	80,2	75,3
Delft	65,7	62,0
's Gravenzande	72,1	74,0
De Lier	72,7	71,2
Maasland	74,4	68,7
Monster	73,7	73,8
Naaldwijk	75,7	74,1
Nootdorp	69,2	60,7
Pijnacker	74,0	73,1
Rijswijk	56,3	54,2
Schipluiden	72,6	69,9
Wateringen	68,8	69,4
Totaal	68,1 %	65,3 %

De meeste gemeenten hebben in 2000 een even hoge opkomst als in 1999.

Alleen de gemeente Bergschenhoek heeft in 2000 een 12 % hogere opkomst. Navraag bij de SBBW leerde dat dit het gevolg is van een andere manier van tellen.

De SBBW heeft in 2001 nieuwe overeenkomsten gesloten met de deelnemende partijen.

Kenmerk hiervan is de meer centrale organisatie van het bevolkingsonderzoek.

In 2001 is door de GGD nagegaan op welke wijze allochtonen beter bereikt kunnen worden om zodoende hun opkomst te vergroten. De conclusie was dat gerichte voorlichting te arbeidsintensief is en te weinig rendement heeft. In plaats daarvan is besloten wijken waar een lage opkomst is, een meertalige folder mee te sturen.

Aan alle huisartsen is een geplastificeerde kaart toegezonden met daarop informatie over het bevolkingsonderzoek (tel.nrs van laboratoria, herhaaltermijnen).

De opzet van de nieuwe info-lijn voldoet goed. Qua aantallen bellers zit Delfland net onder het gemiddelde. De meeste vragen gaan over vangnetartsen, en datum van oproep.

4.4.2. Bevolkingsonderzoek op Borstkanker.

In 2001 zijn de gemeenten Rijswijk, Monster, 's Gravenzande, Naaldwijk, Maasland, Schipluiden, De Lier en Wateringen opgeroepen.

Door al geruime tijd bestaande technische onvolkomenheden is de Stichting Bob-West niet in staat opkomstcijfers over 2001 aan te leveren.

In 2001 heeft er een overleg plaatsgevonden tussen de GGD en de Stichting Bob-West met als doel de samenwerking te verbeteren en een betere voorlichting mogelijk te maken. Met name het ontbreken van een lange termijn planning is voor de GGD een heikel punt.

Tot nog toe heeft dit overleg nauwelijks resultaat gehad.

Ten aanzien van de info-lijn heeft de Stichting Bob-West geen informatie over het aantal bellers uit de regio Delfland en de aard van de vragen.

4.5 Technische hygiënezorg

4.5.1 Inspectie kinderdagverblijven

In 2000 is door de invoering van de Wet Basisvoorziening Kinderopvang, die in 2004 van kracht wordt, en de daarop vooruitlopende stimuleringsmaatregel, een nieuwe weg met betrekking tot de kinderdagopvang ingeslagen. Volgens genoemde wet vindt definitieve overname van de inspecties door de GGD plaats per 1 januari 2004.

De GGD heeft een centrale, coördinerende rol binnen dit samenwerkingsverband en fungeert zodoende als meldpunt. Dit houdt in dat zij de problematiek inventariseert middels een actieve benadering naar de cliënten toe. Vervolgens worden diverse vormen van hulpverlening ingeschakeld en op elkaar afgestemd.

De vangnettaken van de GGD op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg zijn in 2001 verder ontwikkeld en uitgebreid. Nadat 2000 vooral in het teken had gestaan van een hernieuwde opbouw van het samenwerkingsverband, bleek in 2001 de onderlinge afstemming tussen alle samenwerkende partijen centraal te staan.

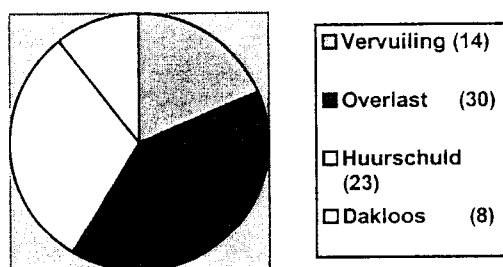
Voorjaar 2001 werd binnen Delft een nieuw convenant ondertekend door de 12 betrokken partijen, gericht op het bieden van een laatste kans bij een dreigende huisuitzetting. Tevens werd een workshop georganiseerd, welke door alle woningcorporaties, vele hulpverlenende en gemeentelijke instanties werd bezocht. Centraal stonden de knelpunten in de onderlinge samenwerking en discussie en uitleg omtrent de werking van het nieuwe convenant. In de praktijk werd het convenant verder uitgebreid en was het zaak de theorie in de praktijk om te zetten.

Dit heeft geresulteerd in 18 laatste kans-contracten in 2001, waarbij bij cliënten met een complexe, meervoudige problematiek de mogelijkheid geboden werd om met begeleiding een nieuwe start te maken, in gevallen waarbij een ontruiming van de woning inmiddels onontbeerlijk leek. De begeleiding zal voor de duur van één tot drie jaar worden ingezet.

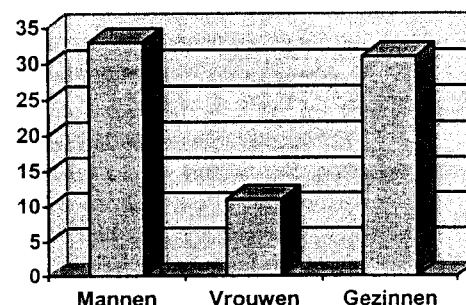
In 2000 waren reeds 5 contracten als voorbode op het convenant in werking getreden. Deze praktijk lijkt inmiddels uit te wijzen dat het laatste kans-contract in vrijwel alle gevallen verlengd dient te worden na één jaar, omdat er nog onvoldoende stabiliteit in de woonsituatie gecreëerd blijkt te zijn.

Het totale aantal nieuwe aanmeldingen binnen Delft bedroeg 75, waarbij in alle gevallen een inventarisatietraject is gestart naar de aard van de problematiek, een huisbezoek heeft plaatsgevonden en gezocht is naar het meest toereikende hulpverleningsaanbod ter vermindering van de overlast en voorkoming van een eventuele huisuitzetting.

De reden van aanmelding betrof:



De onderverdeling naar sekse



In 34 gevallen bleek hierbij eveneens sprake te zijn van psychiatrische problematiek. Veelal was er eveneens een fors schuldenpakket en diverse psychosociale problematiek.

Dit heeft geleid tot 63 doorverwijzingen richting 14 hulpverlenende instellingen. Daarnaast is in een aantal gevallen een hulpverleningscontact weer geactiveerd. In een beperkt aantal gevallen heeft herhuisvesting plaatsgevonden met zorg bij cliënten welke reeds een huisuitzetting binnen Delft achter de rug hadden. Bij deze cliënten bestond de verwachting dat zonder hulpaanbod de kans groot zou zijn dat in de toekomst opnieuw een uithuiszetting plaats zou gaan vinden.

wordt uitgenodigd. Huisbezoek is uitsluitend mogelijk wanneer het spreekuur om medische redenen niet bezocht kan worden.

De spreekuren zijn het gehele jaar zowel in Delft, Rijswijk als in 's-Gravenzande. Ook dit jaar was door een capaciteitstekort aan GGD-artsen externe ondersteuning nodig. Er is gebruik gemaakt van twee externe medisch-adviesbureaus.

Ten behoeve van de kwaliteitsbevordering zijn twee intercollegiale toetsingsbijeenkomsten georganiseerd met de GGD Rotterdam e.o en GGZ Delfland. Verder hebben drie artsen verscheidene studiebijeenkomsten gevolgd op het terrein van arbeid en gezondheid. In de artsenoverleggen heeft vervolgens intern een uitwisseling van opgedane kennis en ervaringen plaatsgevonden.

Ter bevordering van een adequate advisering ten aanzien van de huisvestingsurgentie voor de gemeente Delft is de aanwezigheid van een arts in de Delftse toetsingscommissie stopgezet en is een extra spreekuur ingebouwd.

Conform de maatschappelijke ontwikkelingen is de GGD in 2001 op het spreekuur sociaal-medische advisering meer geconfronteerd met agressieve cliënten. Dit heeft er toegeleid dat een aantal medewerkers een anti-agressietraining heeft gevolgd en veiligheidsvoorzieningen in de spreekkamer en centrale hal zijn aangebracht.

Per 1 oktober 2001 is in Europees verband de gehandicaptenparkeerkaart ingevoerd en dienden mensen in bezit van een invalidenparkeerkaart in verband met een vernieuwd beoordelingssysteem te worden hergekeurd. Dit heeft in het laatste kwartaal geleid tot een forse toename van het aantal parkeerkaartadvisingen.

Aantal uitgebrachte Sociaal Medische Adviseringen

Soort advies per gemeente	Arbeidsge-schiktheid	Bijzondere bijstand	Invaliden-parkeerkaart	Huisves-tings-urgentie	Bezwaar-schrift
Bergschenhoek	13	3	22		
Berkel en Rodenrijs	12	4		15	
Bleiswijk	7	2	1		
Delft	488	55	359	66	5
's-Gravenzande	14	2	38	*	
De Lier	8		19	*	
Maasland			16	*	
Monster	16	4	57	*	
Naaldwijk			28	*	
Nootdorp			23	*	
Pijnacker	27	5	49	5	
Rijswijk	337	27	298	114	7
Schipluiden	7		24		
Wateringen	33	4	29	*	1
*RCH Westland				91	
Totaal 2001	962	106	963	291	13
Totaal 2000	920	197	800	224	35
Totaal 1999	996		793	274	20

In 2001 zijn in totaal 31 huisbezoeken afgelegd (Delft 27, Monster 1, Nootdorp 1 en Pijnacker 2). Voor de gemeente Delft is 1 belastbaarheidsonderzoek uitgevoerd. In totaal zijn 77 cliënten zonder bericht niet op het spreekuur verschenen (Bleiswijk 1, Delft 61, De Lier 1, 's Gravenzande 2, Monster 3, Pijnacker 2, Wateringen 7).

4.9 Reizigersvaccinatie

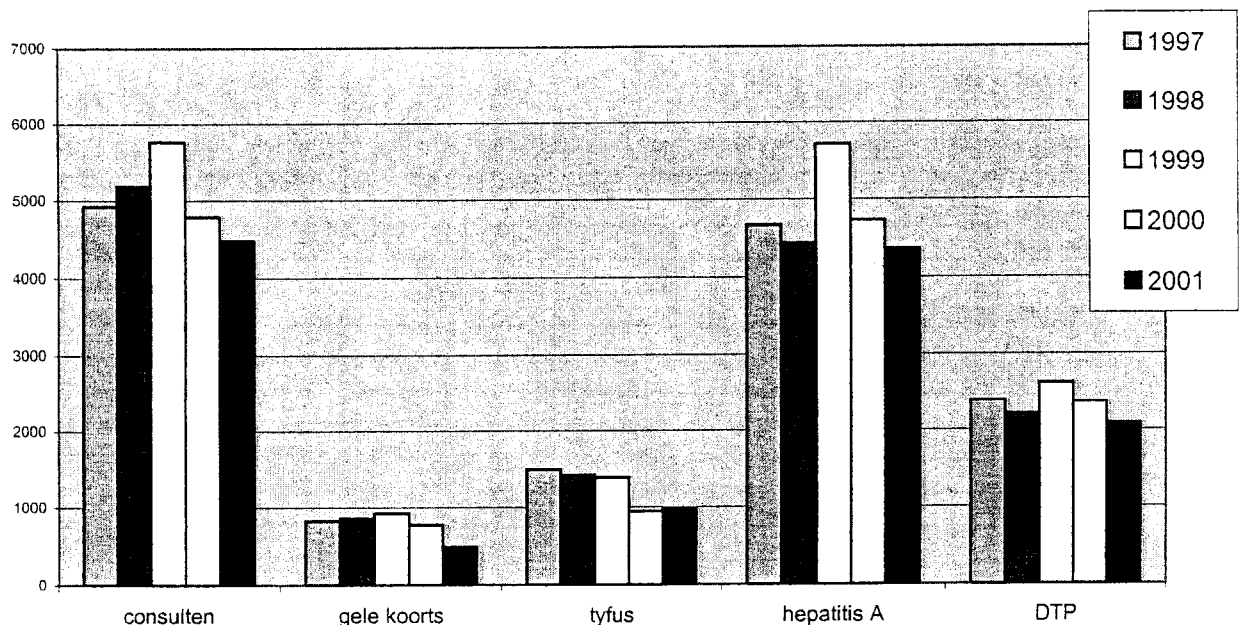
Reizigersadvisering is een markttaak gericht op het beschermen van de reizigers tegen infecties die in (sub)tropische gebieden voorkomen. Behalve het toedienen van passieve en actieve immunisaties (vaccins) krijgen de bezoekers van onze spreekuren een advies op maat betreffende malaria en voorlichting over algemene maatregelen ter voorkoming van andere aandoeningen zoals dengue, hoogteziekte en diarree.

In 2001 is conform het beleid van GGD-Nederland definitief gestopt met het geven van persoonsgerichte informatie aan de afsprakenlijn. Medewerkers aan de afsprakenlijn hebben een landelijke telefoontraining gevolgd om de cliënten zo uniform mogelijk te woord te staan. Deze nieuwe werkwijze heeft in het begin geleid tot een aantal klachten van cliënten over de in hun ogen summiere informatie-verstrekking. Om de reizigersadvisering efficiënter te laten verlopen, is medio 2001 een bevestigingsbrief van de afspraak aan de cliënt ingevoerd. Voorts krijgen cliënten bij het niet verschijnen op het spreekuur, een factuur thuis gestuurd.

Ter bevordering van de kwaliteit van de reizigersadvisering hebben twee verpleegkundigen de zesdaagse module reizigersadvisering bij de Netherlands School of Public Health gevolgd en hebben een arts en verpleegkundige deelgenomen aan een congres "Gezond op reis" van het Havenziekenhuis.

In het jaar 2001 zijn 4481 consulten gerekend en zijn 2.031 reizigers voor herhalingsvaccinatie geweest. Totaal zijn er dus 6512 spreekuurcontacten geweest. Ten opzichte van 2000 is dit een daling van 303 spreekuurcontacten. Deze daling werd voornamelijk veroorzaakt door de sterk afgenomen vraag het laatste kwartaal door de aanslag op het World Trade Centre in New York op 11 september.

Producten reizigersadvisering 1997-2001



4.10 Forensische Geneeskunde

De forensische geneeskunde ligt op het grensgebied tussen geneeskunde en rechtspraak. In alle gevallen waarin het lichaam van een overledene wordt gevonden en de behandelende arts geen verklaring van overlijden kan invullen, wordt krachtens de Wet op de Lijkbezorging (WLB) de gemeentelijk lijkschouwer ingeschakeld. Deze verricht zijn/haar (medisch) onderzoek vrijwel altijd op locatie in aanwezigheid van de politie. In geval van niet-natuurlijk overlijden gaat het in de praktijk om moord, zelfmoord of ongeval. In dergelijke gevallen treedt de GGD-arts op als adviseur aan de officier van justitie.

5. BELEID

5.1 Lokaal gezondheidsbeleid

De gemeenten worden vanuit de GGD ondersteund in de ontwikkeling en uitvoering van hun lokale gezondheidsbeleid. Hiervoor is de regio Delfland opgesplitst in vier subregio's: het Westland, de gemeente Pijnacker-Nootdorp, de gemeente Delft en de gemeente Rijswijk. Per regio worden in onderstaande tekst de activiteiten op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid in 2001 geschetst.

Westland

De zeven Westlandse gemeenten ontwikkelen gezamenlijk een regionale nota gezondheidsbeleid. In de nota is ruimte voor lokale accenten. De gemeente 's Gravenzande heeft een coördinerende rol in de ambtelijke werkgroep die de nota voorbereidt. De GGD Delfland adviseert de werkgroep in de ontwikkeling van de nota.

In 2001 zijn de eerste aanzetten voor de regionale nota gedaan. De Westlandse gemeenten hebben een gezamenlijke visie en uitgangspunten geformuleerd. Daarnaast zijn er verschillende gegevens uit relevante beleidsnota's bijeengezocht om er voor te zorgen dat de regionale nota aansluit op het huidige beleid van de gemeenten.

In december zijn de gegevens uit de Gezondheidspelling 2001 van de GGD Delfland in de ambtelijke werkgroep besproken. Deze gegevens zullen bij de gegevens uit andere onderzoeken gevoegd worden zodat een beeld ontstaat van de gezondheidssituatie in het Westland.

In 2002 zal dit in de nota verwerkt worden en zal er een regionale bijeenkomst voor instellingen en organisaties georganiseerd worden. Op een dergelijke bijeenkomst zullen gezondheidsproblemen en -knelpunten vanuit het veld worden geïnventariseerd. Op basis van de uitkomsten van de regionale bijeenkomst en de gegevens uit de startnota kunnen de gemeenten gaan prioriteren en kan een plan van aanpak gemaakt worden.

In het najaar zal er vervolgens een tweede bijeenkomst met het veld plaatsvinden om de gemaakte keuzes terug te koppelen en met de instellingen en organisaties projecten te gaan formuleren. Het streven is de nota op 1 januari 2003 gereed te hebben.

Pijnacker-Nootdorp

De gemeente Pijnacker-Nootdorp heeft in 2001 de startnota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld; hierin zijn de visie, uitgangspunten en een stappenplan van de gemeente verwoord. Vervolgens zijn de bestaande beleidsnota's op actualiteit en gezondheidsrelevantie onderzocht; de gegevens hieruit zullen in de nota worden verwerkt. In 2001 zijn er vanwege de fusie tussen de voormalige gemeente Nootdorp en Pijnacker niet veel activiteiten opgezet.

De gegevens van de Gezondheidspelling van de GGD Delfland en andere relevante onderzoeksgegevens zullen begin 2002 met de gemeente besproken worden. De gegevens worden in de nota opgenomen zodat er een beeld ontstaat van de gezondheidssituatie in de gemeente Pijnacker-Nootdorp.

In 2002 zal de stand van zaken rondom de nota in de commissie Welzijn toegelicht worden. Ook zal er een bijeenkomst voor organisaties en instellingen georganiseerd worden om de gezondheidsproblemen vanuit het veld te inventariseren.

De uitkomsten van de bijeenkomst, de gegevens uit de Gezondheidspelling, de beleidsnota's en andere onderzoeken zullen voor de gemeente de basis vormen op grond waarvan keuzes gemaakt worden. In het najaar zal de nota in concept met de betrokkenen besproken worden. Na vaststelling van de nota zullen in 2003 verschillende activiteiten uitgewerkt gaan worden.

Delft

De gemeente Delft heeft in 2000 de nota lokaal gezondheidsbeleid in de "Beleidsvisie volksgezondheid en zorg" vastgesteld. In de beleidsvisie zijn naast de visie en uitgangspunten van de gemeente later de inhoudelijke onderwerpen in aparte hoofdstukken uitgewerkt. Dit zijn de volgende onderwerpen: maatschappelijke opvang en verslavingszorg, huiselijk geweld, eerstelijnszorg en wonen en zorg. De Gezondheidspelling zal binnenkort in de nota opgenomen worden.

De GGD Delfland is bij de uitwerking van een aantal onderwerpen betrokken.

5.3 Zorgwijzer Delft Westland Oostland

Een gezamenlijk internet informatiepunt van de zorginstellingen in de regio Delft Westland Oostland.

De zorgwijzer is een website waarbij meerdere zorgverlenende instanties uit de regio Delfland vertegenwoordigd zijn onder 1 site. Zo ook is de GGD Delfland te vinden op de Zorgwijzer.

De zorgwijzer is een internet-toepassing. Het doel is om de gebruiker op een zo'n makkelijke manier naar de door hem of haar gewenste informatie over zorg te leiden.

Tot voor kort was de coördinatie en de onderhoud van de structuur van de Zorgwijzer in handen van de zorgverzekeraar DSW. In 2000 is de zorgwijzer overgedragen naar de Regionale Commissie Gezondheidszorg DWO en is er een nieuwe start gemaakt. In 2001 is er veel aandacht besteed aan het upgraden van de site.

5.4 Publieksinformatie

De GGD Delfland beschikt sinds enige jaren over een informatiecentrum met veel gezondheidsinformatie. Een belangrijk onderdeel van de infotheek zijn de verschillende voorlichtingsmaterialen die kosteloos uitgeleend worden. Voorbeelden hiervan zijn lespakketten, leskisten, boeken en video's over allerlei onderwerpen zoals genotmiddelen, seksuele vorming, kindermishandeling en pesten. Met name mensen die werkzaam zijn in het onderwijs, jeugd- en jongerenwerk en andere gezondheids- en maatschappelijke organisaties kunnen deze materialen lenen ter ondersteuning van hun voorlichtingsactiviteiten.

Om de uitleen en het bereik van het materialenaanbod te vergroten heeft de GGD ook in 2001 een materialenbrochure voor het basisonderwijs uitgebracht. In de brochure zijn de voorlichtingsmaterialen op een rijtje gezet.

De doelstelling van de materialenbrochure, een overzichtelijk aanbod en het vergroten van de uitleen. In het schooljaar 2000-2001 is de brochure een groot succes geweest. De cijfers wijzen uit dat de uitleen van lesmaterialen met 35% is gestegen. Dat dit vooral te danken is aan de materialenbrochure blijkt uit het feit dat leerkrachten en intermediairen, die contact opnemen voor uitleen van lesmaterialen, veelal refereren aan de brochure.

Informatiemarkt voor studenten

In de zomer van 2001 stond de GGD met een stand op de OWEE-markt. Op deze markt wordt voorlichting gegeven op het gebied van veilig vrijen.

Jaarlijks wordt voor de aankomende studenten aan de Technische Universiteit een voorlichtingsmarkt georganiseerd. Deze markt is ook wel bekend onder de naam OWEE-markt. De GGD stond met een stand, waarin de nadruk lag op veilig vrijen en genotmiddelen. Om het belang van veilig vrijen te benadrukken werd door GGD-ers rondgelopen met een condobox, een variant op de candybox waar je in de bioscoop popcorn etc. kunt kopen.

In deze condobox zaten krasloten met vragen over seksueel overdraagbare aandoeningen. Bij juist antwoord kregen de studenten een 'vrijkaartje' met condoom erin of voorlichtingsmateriaal over veilig vrijen. De stand werd druk bezocht.

5.5 PR/Communicatie

Producten op het gebied van pr/communicatie komen jaarlijks terug. Zo wordt één keer per jaar de externe nieuwsbrief 'Gezonde Zaken' uitgegeven, worden er regelmatig folders ontwikkeld en verschijnt 4 keer per jaar het kwartaalblad infectieziekten.

Verder zijn er in 2001 veel voorbereidingen getroffen voor de communicatie rond de fusie. Het concept fusiecommunicatieplan was eind van het jaar gereed.

5.6 Epidemiologie

Gezondheidspeiling 2001

In het voorjaar van 2001 heeft de GGD Delfland onderzoek gedaan naar de gezondheid van de inwoners van de regio Delfland. De Gezondheidspeiling is een onderzoek naar de gezondheid van de inwoners in het verzorgingsgebied van de GGD. Het verzorgingsgebied bestaat uit de

6. MIDDELEN

6.1. Begroting 2001

Het basistakenpakket, een wettelijke verplichting ingevolge de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, wordt gefinancierd door de bij de Gemeenschappelijke Regeling aangesloten gemeenten op basis van een bedrag per inwoner. Voor het jaar 2001 is dit bedrag in de primaire begroting vastgesteld op f 24,75 per inwoner. In dit bedrag was inbegrepen f 1,03 per inwoner voor de dekking van kosten van inactief personeel. Het zuivere bedrag voor het basistakenpakket betrof feitelijk f 23,72 per inwoner (in 2000 f 22,89 per inwoner).

Basispakket

Primaire begroting 2001	Totaal	JGZ	AGZ	Beleid	Overig
Bedrag per inwoner	f 23,72	f 12,93	f 5,36	f 4,52	f 0,91
Totaal gemeentelijke bijdrage	7.898.470	4.304.798	1.782.628	1.509.588	301.456
	100%	55%	22%	19%	4%

In de loop van het jaar 2000 en 2001 zijn voorstellen tot begrotingswijziging 2001 ingediend en door het Algemeen Bestuur vastgesteld. De begrotingswijzigingen betreffen een aanpassing van het budget in verband met enerzijds het inzetten van het verbetertraject (f 693.000, f 2,09 per inwoner) en het verbeteren van de huisvesting (f 106.000, f 0,32 per inwoner) en anderzijds in verband met de incidentele fusiekosten (f 403.000, f 1,38 per inwoner).

Rekening houdend met de structurele componenten (f 1,97 per inwoner) in bedragen van de twee begrotingswijzigingen 2001 komt de structurele bijdrage per inwoner uit op f 26,72 (inclusief bijdrage inactief personeel).

De uitvoering van plustaken is niet verplicht gesteld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. De plustaken worden gedekt uit bijdragen per verrichting. De totale omvang van deze plustaken zoals vastgesteld in de primaire begroting 2001 bedroeg circa f 3,0 miljoen.

Primaire begroting 2001	Totaal bedrag	%
Gem.bijdragen (basispakket)	7.898.470	68,9
Gem.bijdragen (inactief pers.)	342.326	3,0
Inkomsten plustaken	2.950.309	25,7
Overige inkomsten	268.987	2,4
	11.460.092	100,0

6.2. Exploitatie 2001

Door een actief bijsturingbeleid kon de exploitatie over heel 2001 met een positief resultaat worden afgesloten. Dit resultaat (f 176.000) is te splitsen in enerzijds een voordeel op de lopende begroting (f 131.000) en anderzijds een voordeel op de budgetten voor het verbetertraject (f 45.000).

De beheersing en bewaking van de uitputting van de budgetten blijft een punt van aandacht; het (financiële) weerstandsvermogen van de organisatie is gering. De Algemene reserve ultimo 2001 (na resultaatbestemming 2001) bedraagt slechts f 110.186 (circa 1% van de omzet).

Voor een uitgebreide specificatie van en een toelichting op de exploitatie 2001 verwijzen wij naar de separaat uitgebrachte jaarrekening 2001

7. PERSONEEL & ORGANISATIE

7.1. Personeel

Het personeelsbestand ultimo 2001 bedroeg 105 vrouwen en 17 mannen. In het verslagjaar zijn 19 personen in dienst en 13 personen uit dienst getreden. Vanwege de krapte in de arbeidsmarkt is het moeilijk gebleken de ontstane vacatures op te vullen.

Werkrooster

Na een proefperiode in 2000 is in 2001 het (jaar)werkrooster voor iedere GGD-medewerker van kracht geworden. De medewerkers konden vooraf aangeven hoe zijn hun uren per week en per maand wilden indelen. Ook compensatie-uren (voorheen ADV-dagen) zijn in het rooster opgenomen. Voor het inroosteren is gekozen om binnen afdelingen planmatiger te kunnen gaan werken, een betere spreiding van de personeelsbezetting te bereiken en een betere (in- en externe) bereikbaarheid van de organisatie te realiseren.

Wet Inschakeling Werkzoekenden

De assistent gebouwenbeheerder die via de Wet Inschakeling Werkzoekenden in 2000 is aangesteld, heeft zijn werkzaamheden bij de GGD Delfland in 2001 voortgezet. Met deze aanstelling voorziet de GGD Delfland in een interne behoefte en draagt zij tevens bij aan de sociale wetgeving met betrekking tot de toeleiding tot de arbeidsmarkt.

Tijdschrijven

In de tweede helft van 2000 is een start gemaakt met de voorbereiding van het tijdschrijven. In 2001 is het tijdschrijven ingevoerd voor alle GGD-medewerkers. Het tijdschrijven geeft hen meer inzicht in hun tijdsbesteding (productieve- en inproductieve uren). Voor het management levert het tijdschrijven meer informatie op over en voor de bedrijfsvoering.

Ontwikkelingsgesprekken

Op basis van de voorbereidingen die in het najaar van 2000 zijn uitgevoerd, is in 2001 met elke medewerker een ontwikkelingsgesprek gevoerd. Centraal in zo'n gesprek staat het beeld dat de medewerker heeft van zijn/haar toekomst en van de ontwikkelingen in zijn/haar vakgebied. In het gesprek is tevens aan de orde welke bijdrage de organisatie aan bepaalde ontwikkelingswensen kan leveren.

Impuls

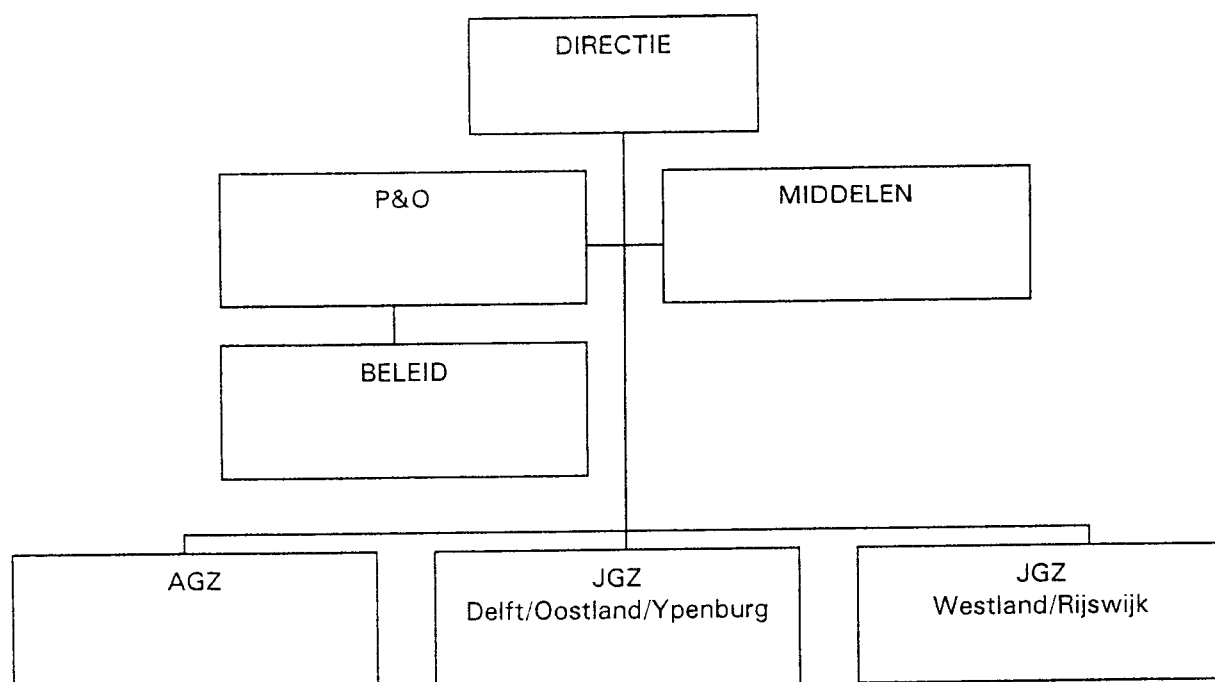
Het in 2000 opgezette personeelsblad is in dit jaar uitgebreid. Nog meer foto's en nog meer tekst. In totaal zijn er 4 nummers van Impuls verschenen met gemiddeld zo'n 17 pagina's tekst. Impuls bevat allerlei onderwerpen als personeelszaken, GGD projecten, fotoarchief, recepten, personeelsaangelegenheden, prijsvragen en noem maar op. Het blad blijkt zeer gewaardeerd te zijn onder de medewerkers.

7.2. De Ondernemingsraad

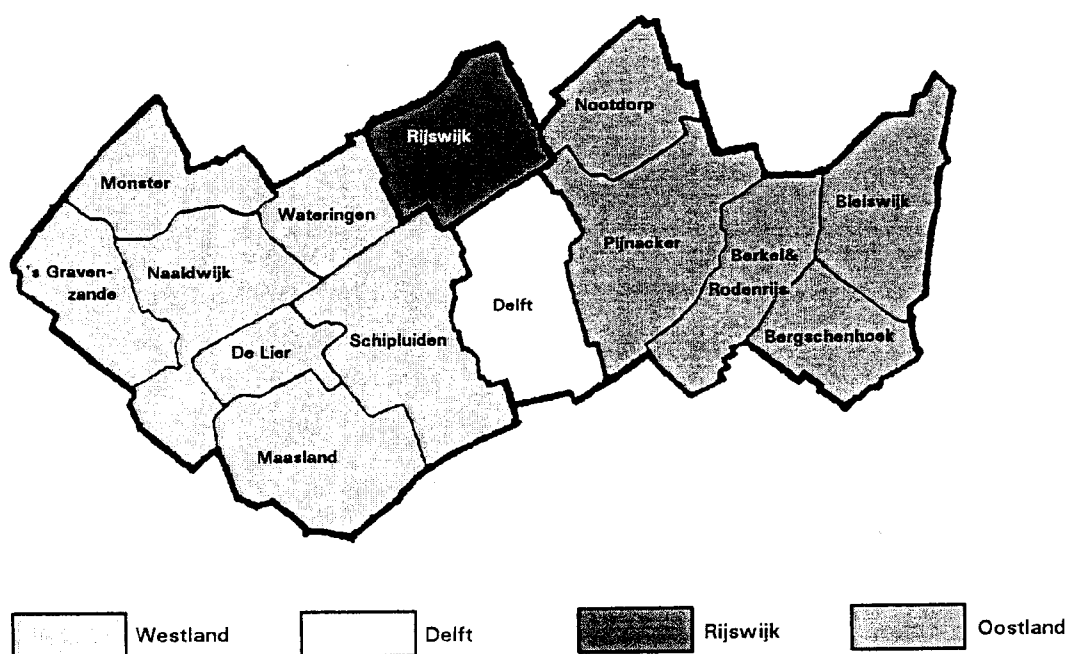
In 2001 is de ondernemingsraad met verschillende onderwerpen actief geweest. Over allerlei zaken heeft de OR dan ook meegedacht en advies of instemming uitgebracht. Het verslagjaar stond vooral in het teken van de komende fusie met GGD West-Holland. Naast aandacht voor de inhoudelijke- en organisatorische processen van beide te fuseren organisaties, heeft de OR dit jaar te maken gehad met een wisselende samenstelling van mensen. Twee personen zijn als OR-lid afgetreden, aan het eind van 2001 waren er weer twee nieuwe kandidaten.

Bijlagen

Organigram GGD Delfland Per 01.01.2001



Overzicht gemeenten in het werkgebied van de GGD Delfland



Overzicht leden Algemeen- en Dagelijks Bestuur GGD Delfland

Naam:	Gemeente:
Mw. E.L.V. Chevalier- Beltman	Bergschenhoek
Dhr. J.P. Blonk	Berkel en Rodenrijs
Mw. H. Tichler- Schlemper	Bleiswijk
Dhr. J.D. Rensen	Delft
Dhr. J. Keijzer	De Lier
Mw. M.J. Post- Bos	's-Gravenzande
Mw. P.J. Bouvy- Koene	Maasland
Dhr. P.J. van den Burg	Monster
Dhr. N.P.M. Zwinkels	Naaldwijk
Dhr. M.A.P. Verwijmeren	Nootdorp
Dhr. P.S.H.M. Goud	Pijnacker
Mw. C.J. Thorat- van Vliet	Rijswijk
Dhr. H.G.M. Keijzer	Schipluiden
Dhr. J. Prins	Wateringen