

SAMEN borgen van de publieke gezondheid in Noord- en Midden-Limburg



April 2025

VERSTERKINGSPLAN

Voorwoord

De afgelopen jaren hebben onze veiligheidsregio en de GGD Limburg-Noord voor grote uitdagingen gestaan. Incidenten zoals de Meinwegbrand, hoogwater, de opvang van ontheemden en de COVID-19-pandemie vormden grote beproevingen voor de publieke gezondheid in Noord- en Midden-Limburg. Nadat deze ingrijpende omstandigheden onder controle waren, was er aanleiding om de eigen organisatie scherper in beeld te brengen.

In de afgelopen jaren zijn er vanuit de GGD organisatie vaker signalen afgegeven dat er meer van ons werd gevraagd dan we konden leveren. Het bestuur vroeg terecht wat wij als organisatie zelf konden doen om deze uitdagingen het hoofd te bieden. Die vraag werd steeds opnieuw door de GGD mee teruggenomen waarna oplossingen te zoeken binnen de organisatie. Dit leidde tot een grondige doorlichting van onze planprocessen, vaak met hulp van externe bureaus, en een herprioritering van taken. Ook heeft de GGD meerdere taakherschikkingen doorgevoerd en werden management-staf en adviesfuncties geschrapt om uitvoeringscapaciteit vrij te spelen voor de uitvoering. Dankzij deze interne interventies en het slim inzetten van incidentele geldstromen hebben we de versterkingsvraag steeds kunnen uitstellen. Echter, de wettelijke taken die wij uitvoeren zijn de afgelopen jaren in aantal en complexiteit toegenomen, terwijl ons budget niet is meegegroeid met deze toenemende vraag.

Vanuit onze zorg voor de publieke taken en verantwoordelijkheden als goede werkgever is eerder dit jaar een noodsignaal afgegeven aan het bestuur. We kunnen niet nog slimmer, efficiënter of verder



verbeteren zonder extra middelen. Er zijn meer handen nodig om de continuïteit en kwaliteit van onze wettelijke taken te waarborgen. We blijven hiervoor enthousiaste medewerkers vinden die willen bijdragen aan de publieke gezondheid, maar hiervoor zijn extra structurele middelen noodzakelijk.

De voorliggende versterkingsvraag is niet vooruitstrevend of ambitieus, maar is gebaseerd op onze gezamenlijke verantwoordelijkheid om de (wettelijke) basistaken binnen de publieke gezondheid op orde te hebben. Samen met de gemeenten zijn we daarom gestart met het versterkingstraject 'Toekomstbestendige GGD'. Dit plan beschrijft de stappen die hebben geleid tot de versterkingsvraag en geeft duiding aan wat er aan gemeenten wordt gevraagd. Zorgvuldigheid, transparantie en samenwerking zijn hierbij cruciale uitgangspunten.

Met de versterking kunnen we de uitvoering van de publieke gezondheid borgen voor alle inwoners van Noord- en Midden-Limburg en een basis leggen voor nu en in de toekomst.

Carolien Angevaren
Algemeen directeur VRLN, Directeur Publieke Gezondheid

Natasja van Montfoort- van de Moosdijk
Adjunct Directeur Publieke Gezondheid

April 2025

Samenvatting (1)

- Dit versterkingsplan geeft een toelichting op de versterkingsvraag voor de 15 gemeenten in Noord- en Midden-Limburg. Het biedt betrokkenen bij de GGD Limburg-Noord (GGD-LN), zoals bestuur en gemeenten, inzicht in de huidige situatie, een overzicht van de taaklast en de status van taken, een onderbouwing van de versterkingsvraag en een vooruitblik op een goede samenwerking tussen GGD-LN en de gemeenten.
- De GGD-LN heeft de versterkingsvraag lange tijd kunnen uitstellen door interne organisatieprocessen te optimaliseren, slimmer te werken en taken continu te prioriteren.
- Verder uitstel van de versterkingsvraag is nu niet langer haalbaar zonder de kwaliteit van de dienstverlening en de gezondheid van inwoners in gevaar te brengen.
- De uitvoering van wettelijke taken van de GGD-LN zijn – grotendeels – vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). De uitvoering van een aantal van deze, sterk geprotocolleerde, taken met geen of zeer beperkte beleidsruimte staat ernstig onder druk.
- Het onvoldoende uitvoeren van de wettelijke taken heeft risico's voor de publieke gezondheid in de regio Noord- en Midden-Limburg, zoals een grotere kans op uitbraken van infectieziekten, afname van de vaccinatiegraad, vergroting van gezondheidsverschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen, het niet in beeld hebben van (mentale) gezondheidsrisico's bij kinderen, volwassenen en ouderen, gebrek aan preventieve zorg (wat leidt tot hogere kosten curatieve zorg) en een ondermaatse crisisrespons.
- Andere risico's bij het onvoldoende uitvoeren zijn toezicht en handhaving door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (onderzoek, sanctie en/of publieke waarschuwing) en aansprakelijkheid van de gemeente (politieke verantwoording en schadeclaims betrokkenen).
- Om de uitvoering van wettelijke taken op orde te brengen doet de GGD-LN een financieel versterkingsvoorstel bij gemeenten in de regio Noord- en Midden-Limburg voor een uitbreiding van formatie.
- Dit document onderbouwt de noodzaak voor de voorgestelde benodigde versterking en geeft inzicht in hoe de GGD-LN tot dit voorstel is gekomen. Het versterkingsplan bestaat uit een organisatieanalyse, een prioritering en fasering van de versterking van wettelijke taken, onderbouwing van de financiële oplossingsrichting en een beschrijving van het toezicht op een zorgvuldige implementatie en besteding van middelen.
- Uit de organisatieanalyse blijkt dat er te weinig arbeidskracht is om taken uit te voeren. Versterken betekent daarom het uitbreiden van de totale formatie voor wettelijke en bovenwettelijke taken van 247 FTE met 40 FTE op wettelijke taken. De contante waarde van de totale versterking die nodig is om voldoende arbeidscapaciteit te hebben voor de uitvoering van wettelijke taken bedraagt €4.522.423.
- De extra formatie zal bestaan uit artsen (11 FTE), verpleegkundigen (11 FTE), vakspecialisten en onderzoekers (11 FTE) en gezondheidkundig assistenten en ondersteuners (7 FTE). Het versterken met deze extra formatie zal gefaseerd plaatsvinden en is volledig gerealiseerd in 2027.

Samenvatting (2)

- De uitkomsten van de organisatieanalyse zijn getoetst aan een benchmarkanalyse. Daaruit blijkt dat de taken in aantal en complexiteit voor GGD-en in Nederland de afgelopen jaren zijn toegenomen, maar dat de vergoeding hiervoor aan de GGD-LN niet is meegegroeid. De GGD-LN ontvangt op dit moment €7,65 per inwoner minder dan vergelijkbare GGD-en in Nederland.
- Na de oprichting van de VRLN heeft de organisatie, inclusief de GGD-LN, een periode van sterke dynamiek doorgemaakt. Door organisatieontwikkeling en een veelheid van personele wisselingen heeft de GGD-LN te vaak gepoogd om zelf 'de broek op te houden' en te weinig expliciete bestuurlijke signalen afgegeven. Dit samenspel kan gezien worden als een zogenaamd systeemfalen, waarbij signalen over de toegenomen werkdruk door zowel interne als externe omstandigheden onvoldoende zijn opgepakt.
- Om het 'systeem' van de GGD-LN, bestuur en gemeenten beter te laten functioneren, zet dit versterkingsplan in op nauwere samenwerking en co-creatie. Parallel aan het versterkingsplan loopt daarom een traject samen met gemeenten om deze samenwerking en communicatie te blijven verbeteren.
- De realisatie van het versterkingsplan wordt zorgvuldig gemonitord om de voortgang van de implementatie en het maatschappelijk rendement nauwkeurig te volgen en gemeenten hierover goed te informeren. Hiertoe worden o.a. strategische, operationele en financiële KPI's geformuleerd en wordt aangesloten bij bestaande evaluatietools.
- Door het versterken van de verbinding met zowel gezondheids- als sociaal georiënteerde partijen en netwerken is de GGD-LN beter toegerust om zowel individuele als universele kennis uit te wisselen, duiden en over te dragen. Deze kennis- en adviesrol van de GGD-LN helpen gemeenten om effectief beleid te voeren in het sociaal domein, wat leidt tot goed geïnformeerde beslissingen voor de gezondheid en participatie van inwoners.

Versterkingstraject



Implementatie Acute fase

KPI review & optimalisatie

KPI review & optimalisatie

KPI review & optimalisatie

Kwartaalrapportage

Kwartaalrapportage

Kwartaalrapportage

Jaarrapportage

2024 2025 Q1 Q2 Q3 Q4 2026 e.v.

5 feb DB
VRLN
Bestuurlijke
afstemming

19 feb ingelast
BC GGD
Werkvergadering
VP

Medio mrt
Presenteren VP
Digitale
raadsbijeenkomsten
Gemeenteraden

26 mrt BC GGD
Concept VP

11 apr DB
VRLN
Definitief VP

Zienswijzetractaat
begroting 2026
en VP
Gemeenteraden

13 jun DB
VRLN
Stavaza

4 jun BC GGD
Stavaza
zienswijze

22 aug BC GGD
Stavaza
zienswijze

5 sep AB
Besluitvorming
VP

AB=Algemeen bestuur
BC=Bestuurscommissie
DB=Dagelijks bestuur
KPI=Key Performance Indicator
VP=Versterkingsplan

Communicatie & samenwerking

Inhoudsopgave

Pagina

1. Achtergrond & Context	6
Aanleiding	8
Plan van aanpak versterkingsplan	9
Publieke Gezondheidszorg – een introductie	11
2. Analyse van de wettelijke taken	20
Hoe staan de wettelijke taken ervoor?	22
Externe ontwikkelingen van invloed op de taken	28
Bestuurlijke risico's	29
Conclusie	30
3. Het Versterkingsplan	32
Organisatieanalyse	33
Prioritering van wettelijke taken	48
Financiële oplossingsrichting	51
Bewaken versterkingstraject	59
4. Samenwerking en communicatie	64
5. Perspectief op merkbare versterking: aansluiting sociaal domein	67
Bijlagen	71
Colofon	78



1. Achtergrond en context



1.1 Aanleiding

De aanleiding voor dit versterkingsplan is de groeiende noodzaak om de GGD Limburg-Noord (publieke gezondheid), onderdeel van de Veiligheidsregio Limburg-Noord (VRLN), op orde te brengen. De GGD Limburg-Noord (GGD-LN) voert haar wettelijke taken niet meer naar behoren uit. In samenwerking met de gemeenten bevindt de VRLN zich daarom in een versterkingstraject genaamd 'Toekomstbestendige GGD' (TB GGD).

De VRLN is in 2009 opgericht en – tot een aantal jaar geleden – is er veel dynamiek geweest in en rond de organisatie. Zowel op directie als op bestuurlijk niveau, maar zeker ook ten aanzien van de hoeveelheid en complexiteit van taken. Sinds de oprichting zijn op directieniveau een aantal wisselingen geweest, welke voor de organisatie vaak een interne koerswijziging betekende. Ook zijn sinds de oprichting in een korte tijd taken van de gemeenten overgeheveld naar de VRLN met daarbij niet altijd voldoende budget. De taken van de GGD-LN zijn mede hierdoor in de loop der tijd uitgebreid en aanzienlijk complexer geworden. Door wisselingen in de bestuurlijke gremia, met name als gevolg van verkiezingen, was continuïteit in de bestuurlijke richting bovendien niet altijd vanzelfsprekend.

De afgelopen jaren zijn in bestuurlijke overleggen signalen afgegeven over de druk op de organisatie en daarmee de wettelijke taken. Deze zijn echter - mede vanwege de beschreven dynamiek - niet altijd vastgehouden en/of op doorgepakt. De VRLN/GGD kon door interne interventies en het slim inzetten van incidentele geldstromen, samen met het bestuur, de wettelijke taken op een voldoende niveau blijven uitvoeren. Dat is nu niet meer mogelijk. Daarom stelt de VRLN de vraag voor een duurzame, structurele

versterking. De VRLN is zich bewust van de lastige timing van dit verzoek. Alle gemeenten hebben immers te maken met financiële uitdagingen en onzekerheden. Vanuit haar verantwoordelijkheid voor de continuïteit en kwaliteit van de bestaande, wettelijk verplichte inzet én goed werkgeverschap zijn extra structurele middelen echter noodzakelijk. De versterkingsvraag die voorligt, is gestoeld op een wettelijke verantwoordelijkheid om de basistaken binnen de publieke gezondheid op orde te hebben.

In het dagelijks bestuur VRLN (DB VRLN) eind 2023 is een organisatiescan aangekondigd vanwege de urgentie om wettelijke taken te versterken. Een appèl in de Bestuurscommissie GGD (BC GGD) van maart 2024 gaf een eerste duiding. Vervolgens is op 29 mei een (uitgebreidere) interne analyse gepresenteerd aan de BC GGD. Hierin is de huidige, knellende situatie in beeld gebracht en een oplossingsrichting gepresenteerd. Na de presentatie heeft een constructief gesprek plaatsgevonden tussen de bestuurders en de vertegenwoordiging van de VRLN/GGD-LN. Het DB VRLN heeft daaropvolgend een bestuurlijke opdracht gegeven aan de Algemeen Directeur van de veiligheidsregio om deze constatering nader te onderbouwen. Op 12 september jl. hebben burgemeesters en portefeuillehouders gezondheid een beeldvormend en oordeelsvormend overleg gehad rondom het thema TB GGD en de invulling van de bestuurlijke opdracht daarin. Op basis hiervan is een plan van aanpak bekrachtigd met als hoofddoel het opstellen van een versterkingsplan. Naast het versterkingsplan wordt ook een communicatieplan opgesteld. Dit richt zich op het proces vóór en na besluitvorming over het versterkingsplan.

1.2 Plan van aanpak

Het voorliggende document is het versterkingsplan. Om tot een zorgvuldige uitwerking van een versterkingsplan te komen is het eerder genoemde plan van aanpak opgesteld. Figuur 1 op pagina 10 geeft een schematische weergave van dit plan, met daarin de opzet van dit versterkingsplan en een rolverdeling van de betrokken gremia.

Het doel van het versterkingsplan is inzichtelijk maken waarom de VRLN de versterkingsvraag stelt, hoe deze is ontstaan en wat de versterkingsvraag is. Daarmee is het versterkingsplan de onderlegger voor besluitvorming in het AB VRLN en het aanstaande zienswijzetractaat voor de raden van de 15 gemeenten in Noord- en Midden-Limburg. Vooruitlopend op het zienswijze tractaat heeft de VRLN in november drie beeldvormende raadsinformatie-avonden georganiseerd waarin aandacht is geweest voor de wettelijke taken van de GGD, de invloed van de veranderende omgeving, de ontwikkeling van financiële kaders en de knelpunten. Deze onderwerpen worden in het voorliggende plan ook nog (kort) belicht.

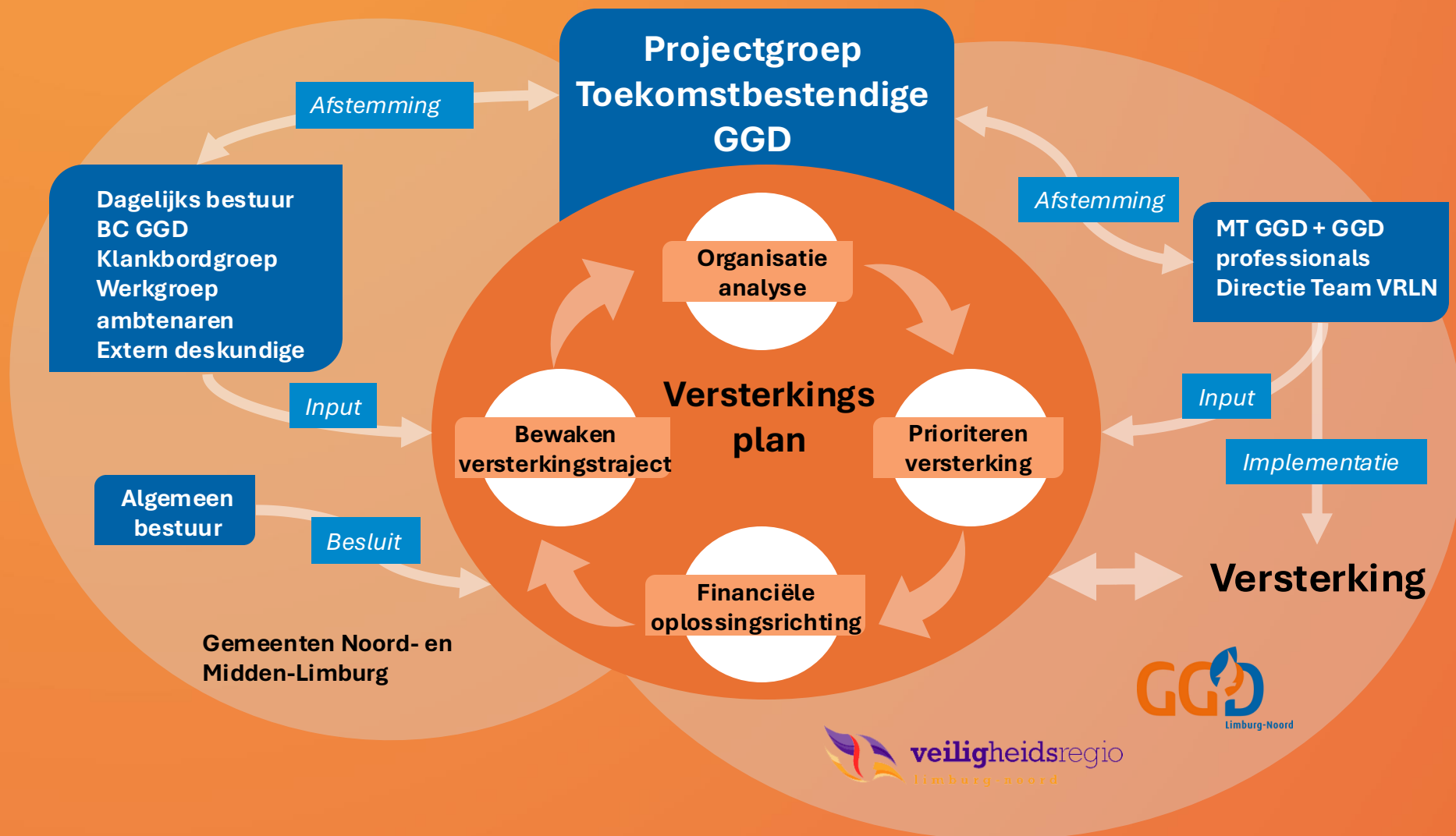
Uit figuur 1 op pagina 10 blijkt dat afstemming en inbreng breed zijn ingestoken. Professionals uit de (ambtelijke) organisaties van de GGD-LN en gemeenten zijn betrokken maar ook de diverse bestuurlijke gremia van VRLN. Voor dit tractaat is specifiek – op verzoek van de BC GGD – een klankbordgroep ingesteld. De klankbordgroep bestaat uit een delegatie van de BC GGD en heeft op meerdere momenten advies en input gegeven en gereflecteerd op 'tussenproducten'. Als extern deskundige is Lysias Advies betrokken.

Binnen de GGD is de projectgroep Toekomstbestendige GGD de spil van dit tractaat. De projectgroep is verantwoordelijk voor de op te leveren producten en het te doorlopen proces.

De onderdelen die in het voorliggende versterkingsplan aan bod komen zijn in ieder geval een organisatie-analyse, een prioritering van de versterking van de GGD-LN, een financiële oplossingsrichting en de wijze waarop het versterkingstractaat gemonitord kan worden.



Figuur 1 - Plan van aanpak versterkingsplan.



1.3 Publieke gezondheidszorg – een introductie

1.3.1 Wat is publieke gezondheidszorg?

Publieke gezondheid gaat over publieke taken in de zorg voor de volksgezondheid. Gezondheidsproblemen kunnen ontstaan uit maatschappelijke omstandigheden en omgekeerd vormt ongezondheid een 'bedreiging' voor de samenleving.

Publieke gezondheid in Nederland heeft een geschiedenis van meer dan een eeuw. Nog maar relatief kort geleden, in de 2^e helft 19^e eeuw, had de samenleving nog vaak last van epidemieën door onder andere slechte hygiëne. Ook speelde armoedeproblematiek in grote steden, slechte huisvesting, onveiligheid in de opkomende nieuwe industrieën en arbeidsongeschiktheid door ziekte een rol. Hoewel deze oorzaken nu niet meer, of veel minder van toepassing zijn, leert de COVID-19 pandemie ons dat er ook in de 21^{ste} eeuw epidemieën of zelfs pandemieën mogelijk zijn.

Deze gezondheidsproblemen vroegen en vragen om een publieke oplossing, vanuit de overtuiging dat een gezonde bevolking belangrijk is voor sociale cohesie en een sterke economie. De publieke gezondheid is hiertoe een maatschappelijke opdracht van GGD-en.

Publieke gezondheidszorg is te karakteriseren als zorg die:

- Collectief door de overheid wordt georganiseerd.
- Actief en deels ongevraagd wordt aangeboden.
- Een sterk accent legt op preventie.



1.3.2. Wettelijk kader Publieke Gezondheidszorg

De publieke gezondheidszorg is in de basis vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg) en wordt hierin omschreven als: de gezondheidsbeschermende en –bevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten. Als de drie kerntaken van publieke gezondheid worden vaak genoemd: beschermen, bewaken en bevorderen van de volksgezondheid. Naast de Wet publieke gezondheid bepalen diverse andere wetten en regelingen, taken en werkzaamheden van GGD-en (zie kader).

Volgens de Wpg is publieke gezondheid de verantwoordelijkheid van het college van burgemeester en wethouders. De wet verplicht hen een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden voor de uitvoering van deze taken. Dit moeten gemeenten doen middels een gemeenschappelijke regeling. De gedachte hierachter is dat de overheid via de GGD niet alleen gezondheidsrisico's kan signaleren en voorkomen maar ook in staat is in te grijpen als de volksgezondheid in gevaar komt. De gemeenten zijn daarmee eigenaar en opdrachtgever van de GGD.



Wpg Artikel 2 lid 1

“Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.”

Publieke gezondheid

- Wet publieke gezondheid
- Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen
- Wet op de lijkbezorging
- Wet maatschappelijke ondersteuning
- Wet op de jeugdverblijven

Bestuursrecht

- Wet gemeenschappelijk regelingen
- Algemene wet bestuursrecht

Zorginstellingen

- Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- Wet toezicht zorginstellingen

Veiligheid

- Wet veiligheidsregio's

1.3.3 De 5 pijlers van de publieke gezondheid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft vier taken als pijler benoemd voor de publieke gezondheid. Deze pijlers sluiten nauw aan bij de wettelijke taken van de GGD. De pijlers zijn:

1. Monitoring, signalering, advisering
2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming
3. Publieke gezondheid bij rampen en crisis
4. Toezicht houden.

Daarnaast is sprake van een aantal verbonden taken. Deze behoren tot pijler 5. Het gaat dan bijvoorbeeld om Jeugdgezondheidszorg. De Wpg bepaald dat gemeenten ook Jeugdgezondheidszorg moeten aanbieden. Deze taak hebben de meeste gemeenten belegd bij de GGD.

De GGD GHOR Nederland, de brancheorganisatie van alle GGD-en in Nederland, heeft deze pijlers nader uitgewerkt om een sterke en veerkrachtige publieke gezondheidszorg te waarborgen. Door te investeren in deze pijlers, worden gezondheidsverschillen verkleint, de bevolking beter beschermd tegen gezondheidsrisico's en de algehele gezondheid en weerbaarheid van de bevolking verbeterd.

Op pagina 14 en 15 staat een overzicht van de pijlers met daarbij een beschrijving van de daarmee samenhangende taken. In de overzichten welke later in dit document aan de orde komen wordt ook verwezen naar deze pijlers.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

5 Pijlers Publieke Gezondheid GGD GHOR Nederland (1)

Monitoring, signalering & advies



De GGD geeft inzicht in de gezondheidssituatie van de inwoners in de regio door het monitoren van de gezondheidsrisico's in de fysieke en sociale omgeving. Deze monitoring vormt voor de basis voor het signaleren en adviseren aan de gemeenten over het beleid op het gebied van preventie en gezondheidsbescherming.

Uitvoerende taken gezondheidsbescherming



De GGD heeft een aantal, in de Wpg vastgelegd, gezondheid beschermende taken die om specialistische medische deskundigheid vragen. Het gaat om de uitvoeringstaak voor gemeenten op het terrein van infectieziektebestrijding (incl. tuberculosebestrijding), medische milieukunde, seksuele gezondheid en technische hygiënezorg.

Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises



De GGD is verantwoordelijk voor infectieziektebestrijding, gezondheidskundige advisering bij milieu incidenten, coördineren van psychosociale hulpverlening (PSH) gericht op groepen en gezondheidsonderzoek na rampen. Ook adviseert en ondersteunt de GGD gemeenten bij kleinschalige incidenten en zedenzaken.

Toezicht houden



De GGD houdt toezicht op voorzieningen waar inwoners gebruik van maken, zoals sporthallen, kinderdagverblijven, tatoeageshops en evenementen.

5 Pijlers Publieke Gezondheid GGD GHOR Nederland (2)

Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

De JGZ is er voor alle kinderen, jongeren en hun (aanstaande) ouders/opvoeders. Onze inwoners kunnen bij de JGZ terecht voor advies, voorlichting en ondersteuning bij gezond opgroeien en opvoeden. Ook geeft de JGZ vaccinaties en volgen ze de ontwikkeling van -9 maanden (al tijdens de zwangerschap) tot de leeftijd van 18 jaar.



Gezondheidsbevordering en leefstijl

Gezondheidsbevordering richt zich op het bevorderen en het in stand houden van een gezonde leefstijl en een gezonde sociale en fysieke (leef)omgeving, met als doel gezondheid te bevorderen en/of ziekte te voorkomen. De GGD zet bijvoorbeeld preventieprogramma's op, voert deze uit en stemt af met andere partijen.



5

Verbonden taken



Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers

De GGD voert publieke gezondheidszorg uit voor asielzoekers (en statushouders) in de opvanglocaties van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA).



Forensische Geneeskunde

Bij de GGD werken artsen en verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in de forensische geneeskunde. Zij houden zich bezig met de acute medische basiszorg voor arrestanten, het uitvoeren van letsel- en zedenonderzoek bij slachtoffers van misdrijven en huiselijk geweld, sporenonderzoek bij verdachten, overlijdensonderzoek en de lijkschouw bij overledenen (bij vermoedens) van niet-natuurlijk overlijden.



Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

OGGZ richt zich op zorg voor kwetsbare mensen (zorgwekkende zorgmijders).

De taak is in de regio Noord- en Midden-Limburg niet bij de GGD belegd.

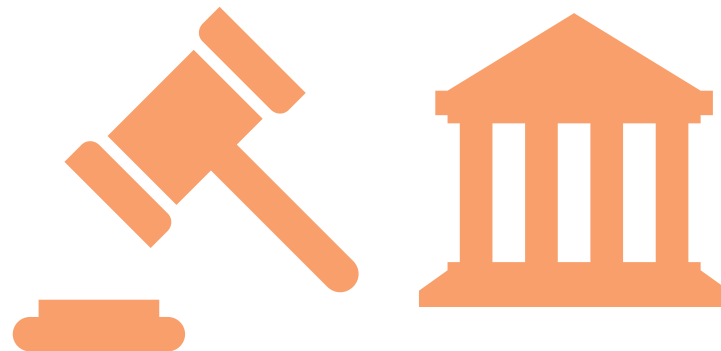
1.3.4 Grondslag van de uitvoering van taken

De beschreven vijf pijlers worden door GGD-en vooral uitgevoerd in opdracht van gemeenten. Tegelijkertijd zijn er ook taken die worden uitgevoerd in opdracht van derden. Het volledig takenpakket kan als volgt worden onderverdeeld:

- Wettelijke taak gemeenten, verplicht belegd bij de GGD
- Wettelijke taak gemeenten, keuze om te beleggen bij de GGD
- Vrije keuze gemeenten, belegd bij de GGD
- Wettelijke taak derden, belegd bij de GGD

In tabel 1 op pagina 17 en 18 staat een overzicht van de grondslag van de taken welke GGD-en uitvoeren.

De uitvoering van deze taken is veelal (landelijk) geprotocolleerd en daardoor vaak sterk gestandaardiseerd aan de hand van richtlijnen. Dit betekent dat er géén, of maar zeer beperkt sprake is van beleidsruimte (voor een overzicht van richtlijnen die voor de GGD gelden zie bijlage 1).



Leeswijzer Tabel 1

-   Wettelijke taak gemeenten, verplicht belegd bij de GGD
-   Wettelijke taak gemeenten, keuze om te beleggen bij de GGD
-  Vrije keuze gemeenten, belegd bij de GGD
-  Wettelijke taak derden, belegd bij de GGD

Kolom 1: GGD pijler Publieke Gezondheid

Kolom 2: Omschrijving taak

Kolom 3-6: Grondslag uitvoering taak

LPK = Landelijk Professioneel Kader

Tabel 1 - Grondslag taken GGD-en (1)

		   			
Pijler	Taak	Wettelijk verplicht	Wettelijk keuze GGD	Niet-wettelijk	Wettelijk derden
Jeugdgezondheidszorg					
5	Hielprik				•
5	Neonatale gehoorscreening		•		
5	Rijksvaccinatieprogramma RVP		•		
5	-9 tm 4 jaar ouders/ verzorgers		•		
5	4-12 jaar en ouders/verzorgers		•		
5	12-18 jaar en ouders/verzorgers		•		
5	18-23 jaar		•		
5	Collectieve preventieve activiteiten conform LPK		•		
5	Samenwerking conform LPK		•		
5	Preventieve logopedie		•		
5	Voor- en Vroegschoolse Educatie Toezicht	•			
5	Video Home Training (VHT)		•		
5	Meer Aandacht van de Ziekgemelde Leerling MAZL			•	
5	Actielijnen Kansrijke start			•	
5	Overige interventies jeugd			•	•
Gezondheidsbescherming					
2	Infectieziektebestrijding (IZB)	•			
2	1. Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding	•			
2	2. Surveillance	•			
2	3. (Beleids)Advies	•			
2	4. Preventie	•			
2	5. Netwerk & regie	•			
2	6. Voorbereidingen regionale uitvoering grootschalige IZB	•			
2	7. Kennis & onderzoek	•			

Tabel 1 - Grondslag taken GGD-en (2)

		  Wettelijk verplicht   Wettelijk keuze GGD  Niet-wettelijk  Wettelijk derden			
Pijler	Taak				
Gezondheidsbescherming (2)					
2	Medische milieukunde (MMK)	•			
2	Tuberculosebestrijding (TBC)	•			
2	Seksuele Gezondheid (SG)	•			
2,4	Technische hygiënezorg (THZ)	•			
Toezicht houden					
4	Technische Hygiëne Zorg Inspectie tattoo- en piercingshops	•			
4	Technische Hygiëne Zorg Wmo		•		
4	Toezicht kinderopvang	•			
4	Toezicht jeugdverblijven	•			
Publieke gezondheid bij incidenten & rampen					
3	Voorbereiden op rampen en crises	•			
3	Psychosociale Hulpverlening (PSH)	•			
Gezondheidsbevordering & leefstijl					
5	Collectieve maatregelen gezondheidsbevordering		•		
Monitoring signalering en advisering					
1	Monitoring	•			
1	Signalering	•			
1	Advisering	•			
Forensische Zorg					
5	Forensische zorg : lijkschouw		•		
5	Forensische Medische Expertise en arrestantenzorg				•
Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA)					
5	PGA				•
Openbare Geestelijke Gezondheidszorg OGGZ					
5	Woonhygiënische problematiek (WHP)		•		

1.3.5 GGD Limburg-Noord

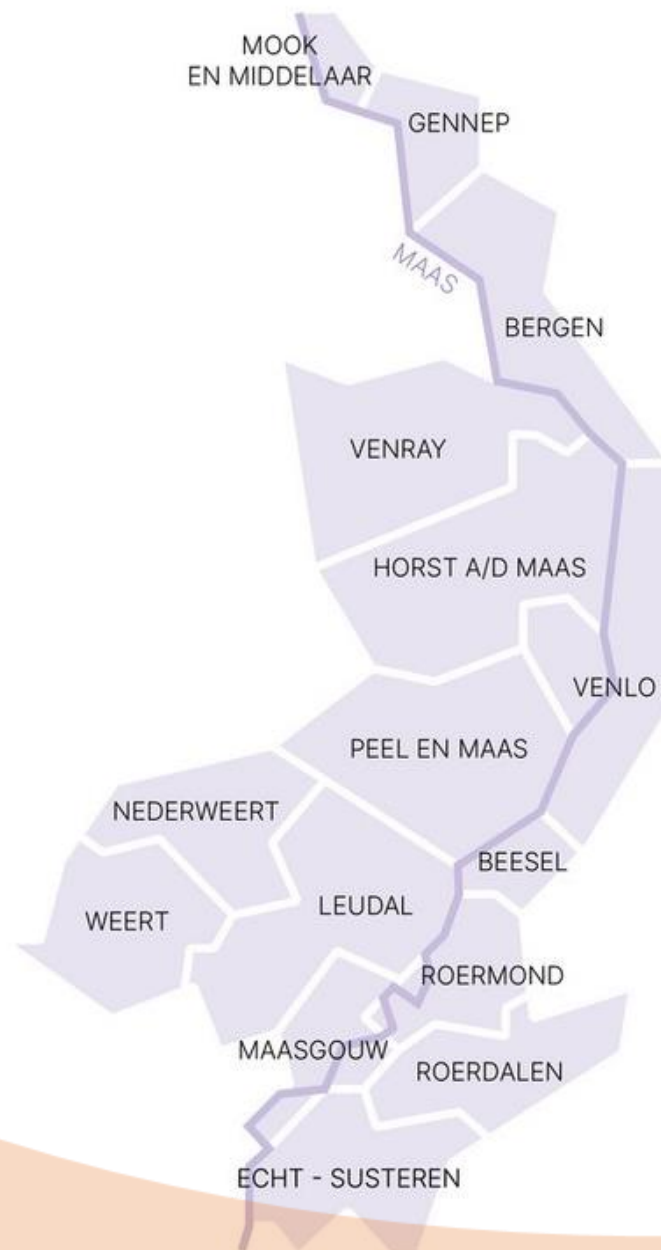
De GGD Limburg-Noord (GGD-LN) is één van de 25 GGD-en in Nederland. Zoals reeds toegelicht zetten deze GGD-en zich samen – als collectief – in voor publieke gezondheidszorg van alle inwoners van Nederland. Voor hen die zelf kunnen kiezen voor een gezonde levensstijl, maar bovenal voor de mensen die extra hulp nodig hebben om gezonder te leven. In de publieke gezondheidszorg draait het om de vraag: hoe we de hele Nederlandse bevolking kunnen beschermen tegen risico's waarop mensen zelf onvoldoende of geen invloed hebben.

De GGD-LN is onderdeel van de Veiligheidsregio Limburg-Noord (VRLN) en zet zich - met ruim 370 medewerkers - in voor een gezonde en veilige regio Noord- en Midden-Limburg en sluit zich aan bij wat de ruim 530.000 inwoners doen, willen en nodig hebben voor hun gezondheid. De GGD-LN werkt hiervoor samen met andere GGD-en. Deze samenwerking is het meest intensief met de provincies Zeeland, Brabant en Limburg (ZeeBraLim-samenwerking).

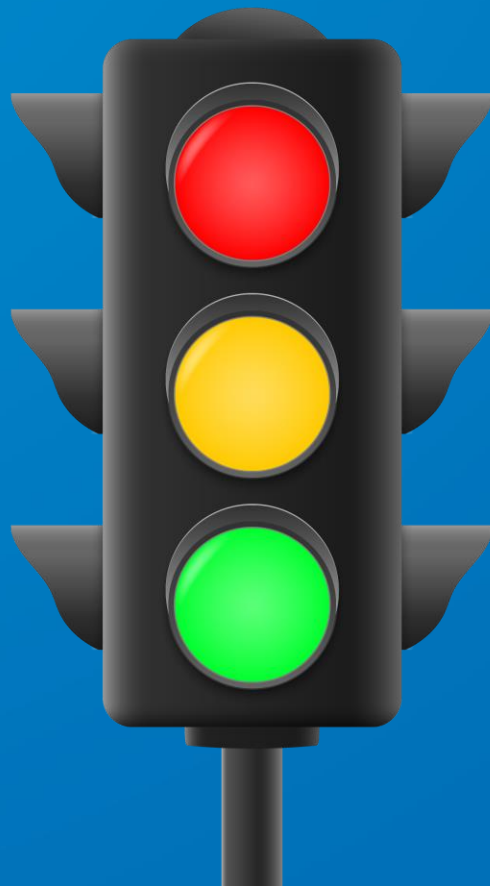
De GGD-LN bestaat uit vier afdelingen:

- Jeugdgezondheidszorg
- Algemene gezondheidszorg
- Onderzoek, kennis & advies
- Bedrijfsbureau

Deze vier afdelingen samen zijn (mede) verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg in de regio Noord- en Midden-Limburg. De basis van de publieke gezondheidszorg is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg).



2. Analyse van de wettelijke taken GGD-LN



2.1 Hoe staan de wettelijke taken ervoor?

De GGD-LN heeft als startpunt van het versterkingstraject in beeld gebracht hoe de uitvoering van de wettelijke taken ervoor staat. Hierin zijn wettelijke taken geanalyseerd welke door gemeenten bij de GGD-LN zijn belegd. Taken uitgevoerd in opdracht van derden zijn buiten beschouwing gelaten. Voor de analyse zijn landelijke protocollen, daar waar beschikbaar, het uitgangspunt. Met het managementteam en professionals zijn knelpunten en risico's in beeld gebracht en is verkend hoe urgent versterking nodig is om escalatie te voorkomen. De resultaten van deze analyse staan weergegeven in tabel 2 op pagina 22 t/m 26. Per wettelijke taak is de urgentie voor versterking weergegeven middels een stoplichtkleur (rood, oranje en groen) met daarbij een toelichting op de knelpunten en risico's.



Leeswijzer Tabel 2

Kolom 1: GGD pijler Publieke Gezondheid

Kolom 2: Omschrijving taak

Kolom 3: Status uitvoering (stoplicht)

Kolom 4: Knelpunten in de uitvoering

Kolom 5: Risico's bij onvoldoende uitvoering

-  Hoog risico op escalatie
-  Actie vereist
-  Basis uitvoering voldoende

Tabel 2 - Hoe staan de wettelijke taken ervoor? (1)

Pijler	Taak	Status uitvoering taak	Knelpunten	Risico's
Jeugdgezondheidszorg				
5	Neonatale gehoorscreening	●	Door een tekort aan formatie is er bij JGZ sprake van achterstanden bij contactmomenten (voornamelijk bij peuters en speciaal onderwijs), geen aandacht voor adolescenten (18-23 jaar) en kan er onvoldoende ingezet worden op het specifiek bereiken van relevante of kwetsbare groepen. De uitgevoerde contactmomenten zijn zeer strak gedefinieerd en gepland. Hierdoor is nauwelijks tijd om de fysieke screening af te nemen (gewicht, lengte, ontwikkeling), kunnen geen verdiepende vragen worden gesteld en is er weinig aandacht voor bijvoorbeeld de relatie moeder/kind, armoede en laaggeletterdheid. In de leeftijdscategorie 0-4 jaar is er te weinig capaciteit voor goede voorlichting over o.a. vaccineren. In de leeftijdscategorie 4-18 jaar is er met name onvoldoende aandacht voor het goed aansluiten bij de keten. De GGD-LN voldoet op dit moment niet aan de kerntaak 'adviseren van scholen over collectieve maatregelen'.	- Niet elk kind krijgt dezelfde kansen op een goede gezondheid, gezondheidsverschillen worden groter. - Problemen worden niet tijdig onderkend waardoor zwaardere hulp met lange wachtlijsten ingezet moet worden (bijvoorbeeld GGZ). - Uitbraakrisico van infectieziekten neemt toe (bijvoorbeeld mazelen) door verdere daling van de vaccinatiegraad.
5	Rijksvaccinatieprogramma (RVP)	●		
5	-9 tm 4 jaar ouders/ verzorgers	●		
5	4-12 jaar en ouders/verzorgers	●		
5	12-18 jaar en ouders/verzorgers	●		
5	18-23 jaar	●		
5	Collectieve preventieve	●		
5	Samenwerking conform LPK	●		
5	Preventieve logopedie	●		
5	Voor- en Vroegschoolse Educatie	●		
5	Video Home Training (VHT)	●		
5	Meer Aandacht van de Ziekgemelde Leerling (MAZL)	●		
5	Actielijnen Kansrijke start	●		
5	Overige interventies jeugd	●		

Tabel 2 - Hoe staan de wettelijke taken ervoor? (2)

Pijler	Taak	Status uitvoering taak	Knelpunten	Risico's
Gezondheidsbescherming				
2	Infectieziektebestrijding (IZB)		Op dit moment zijn er 2 FTE IZB-artsen en 0,89 FTE ANIOS (arts in opleiding) in dienst. Dit is te beperkt om de volledige taaklast te kunnen dragen. Dit sluit aan bij de constatering dat dit aantal FTE onder dat van de landelijke formatienormen voor IZB (Berenschot, 2023) ligt. Er wordt daardoor alleen reactief gewerkt op kerntaak 1. De overige kerntaken worden niet of zeer summier uitgevoerd. Met de beschikbare FTE kan ook niet 24/7, 365 dagen per jaar beschikbaarheid worden gegarandeerd (bijvoorbeeld om bij grootschalige uitbraken van IZB op te schalen). Bij opschaling zijn collega's uit andere afdelingen nodig, die hiervoor andere taken laten vallen. Dit heeft direct gevolgen voor processen op andere afdelingen waardoor daar een (grotere) achterstand ontstaat.	- GGD LN kan bij acute uitbraken IZB (lokaal en regionaal) onvoldoende capaciteit leveren om de infectieziekte in te dammen en te bestrijden. Hierdoor kan verspreiding onvoldoende worden voorkomen en neemt het gezondheidsrisico voor een deel van onze inwoners onnodig toe. - Dalende vaccinatiegraad met als gevolg een toename van uitbraken van infectieziekten. - Gezondheidsrisico's voor bewoners door onvoldoende preventie en kennis over maatregelen.
2	1. Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere	●●		
2	2. Surveillance	●		
2	3. (Beleids) Advies	●		
2	4. Preventie	●		
2	5. Netwerk & regie	●		
2	6. Voorbereidingen regionale uitvoering grootschalige IZB	●		
2	7. Kennis & onderzoek	●		
2	Medische milieukunde (MMK)	●	MMK heeft een formatie van 2,82 FTE beschikbaar om 15 gemeenten te bedienen. Met deze formatie kan alleen reactief worden geadviseerd, terwijl als gevolg van o.a. de invoering van de omgevingswet, nieuwe onderwerpen (lood in drinkwaterleidingen, Pfas, straling door 5G netwerk, stikstofproblematiek) de adviesbehoefte en complexiteit van vragen toeneemt.	- Gezondheidsrisico's inwoners worden onvoldoende meegewogen in beleids- en omgevingsplannen (Health in All Policies). - Risicolocaties zijn onvoldoende in beeld bij de GGD. - Symptoombestrijding in plaats van een integrale aanpak van publieke gezondheid. - Vertraging in besluitvormingsprocessen omdat de GGD niet actief kan meedenken aan de voorkant of tijdig kan reageren.

Tabel 2 - Hoe staan de wettelijke taken ervoor? (3)

Pijler	Taak	Status uitvoering taak	Knelpunten	Risico's
2	Tuberculosebestrijding (TBC)	●	De afgelopen jaren is in Noord- en Midden-Limburg een stijgende lijn te zien in het aantal tuberculosepatiënten dat onze GGD heeft behandeld (van 26 in 2019 naar 90 in 2023). Ook is de complexiteit en soms de duur van de behandeling toegenomen. Oorzaken hiervan zijn een toename van medicijn-resistente tuberculose en van immigratie. Een toename betekent ook meer bron- en contactonderzoek. Het aantal nieuwe tuberculosemeldingen en opgespoorde latente infecties is in onze regio hoger dan gemiddeld in Nederland.	Toename van het aantal tuberculosegevallen in de regio Noord- en Midden-Limburg.
2	Seksuele Gezondheid (SG)	●	De GGD-LN voert zeer minimaal collectieve preventie uit vanwege te beperkte capaciteit (c.q. middelen). Landelijke ontwikkelingen laten zien dat deze rol juist steeds belangrijker wordt (grensoverschrijdend gedrag, aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) en ongewenst seksueel gedrag nemen toe).	- Onvoldoende aandacht voor seksuele gezondheid heeft impact op kwetsbare groepen. - Mogelijke toename van ongewenste zwangerschappen. - Preventie SOA heeft impact op volksgezondheid, dit hangt samen met normaliseren seksueel grensoverschrijdend gedrag. - Mogelijke toename van verspreiding of uitbraken van SOA's onder risicogroepen.

Tabel 2 - Hoe staan de wettelijke taken ervoor? (4)

Pijler	Taak	Status uitvoering taak	Knelpunten	Risico's
2,4	Technische hygiënezorg (THZ)	●	Er is geen ruimte om expertise te leveren bij infectieziektebestrijdingsplannen. Ook is onvoldoende formatie beschikbaar voor frequente verzoeken van gemeenten voor controles bij woningvervuiling. Risicolocaties in de regio zijn onvoldoende in beeld.	- Risico op extra gezondheidsschade voor inwoners door het niet (tijdig) kunnen uitvoeren van verzoeken is hoog. - Mogelijke toename van overlast in de omgeving. - Kans op escalaties neemt toe.
Publieke gezondheid bij incidenten & rampen				
3	Vorbereiden op rampen en crises	●	De voorbereiding op rampen en crises staat onder druk. Hiervoor worden onze professionals uit pijler 1 en 2 ingezet en daar is te weinig capaciteit.	- Onvoldoende afstemming met netwerkpartners in sociaal- en veiligheidsdomein. Dit bemoeilijkt en vertraagt opschalen in crisissituatie. - Het tekort aan specialisten IZB en MMK zorgt voor een instabiele basis waardoor opschalen onmogelijk is en gezondheidsrisico's onvoldoende in beeld zijn.
3	Psychosociale Hulpverlening (PSH)	●	We zien een duidelijke toename van het aantal scenarioteams. In 2020 t/m 2022 waren dit er 6 of 7 per jaar. In 2023 is dit aantal opgelopen tot 11 en in 2024 (tot november) gaat het om 10 scenarioteams. Ieder scenarioteam vraagt om inzet vanuit onze organisatie.	Toename maatschappelijke onrust bij kleinschalige incidenten en zedenzaken.
Gezondheidsbevordering & leefstijl				
5	Collectieve maatregelen gezondheidsbevordering	●	Er is te weinig formatie beschikbaar om aan te sluiten bij (landelijke) initiatieven en maatregelen ter bevordering van de publieke gezondheid.	Risico op een toename van gezondheidsproblemen en gezondheidsverschillen, hogere zorgkosten en een verminderde algehele volksgezondheid in de regio.

Tabel 2 - Hoe staan de wettelijke taken ervoor? (5)

Pijler	Taak	Status uitvoering taak	Knelpunten	Risico's
Monitoring signalering en advisering				
1	Monitoring	●	GGD-LN kan de kennis- en adviesrol onvoldoende vervullen. De inzet en duiding van data wordt echter steeds cruciaal voor de inzet van juiste interventies. Dit is ook zichtbaar in de toenemende vraag aan monitoring. Taken waar de GGD-LN op dit moment niet aan toe komt zijn: advisering m.b.t. nota gemeentelijk gezondheid, gedetailleerde kerncijfers (bijv op postcodegebied), specifieke aandacht voor gezondheid van ouderen en andere kwetsbare groepen. Daarnaast is er weinig verbinding met onderzoek in academische werkplaatsen (beperkte kennisdeling) en werken we niet datagestuurd.	- De gezondheid van 131.753 ouderen (bevolking Noord- en Midden-Limburg > 65 jaar, bron CBS) en andere kwetsbare groepen onvoldoende in beeld. - Door een sterkere verbinding tussen de GGD-LN en het sociaal domein kan de gemeente gericht en effectiever interventies inzetten voor kwetsbare groepen. - Gemeentelijke besluitvorming vindt plaats zonder inachtneming van gezondheidseffecten (geen Health in All Policies). Dit kan leiden tot beleidskeuzes welke tot directe en/ of indirecte gezondheidsschade kunnen leiden.
1	Signalering	●		
1	Advisering	●		



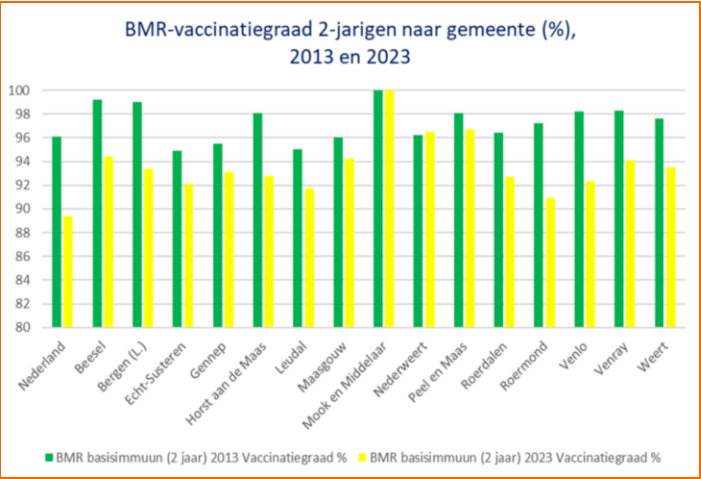
Knelpunten JGZ - nadere toelichting

De knelpunten bij de wettelijke taken van JGZ zijn in de voorgaande tabel nader toegelicht. Onderstaande tabel en grafieken geven hier meer duiding aan. Uit de tabel met LPK contactmomenten (Landelijk Professioneel Kader) blijkt dat de GGD-LN minder contactmomenten uitvoert dan GGD-en gemiddeld in Nederland. Kinderen en ouders in de regio Noord- en Midden-Limburg worden dus minder vaak gezien dan gewenst waardoor problemen mogelijk te laat worden gesignaleerd. Daarnaast blijkt uit de grafieken van de vaccinatiegraad (2-jarigen en 10-jarigen) dat deze gemiddeld (sinds 2013) aanzienlijk is afgenomen (zie figuur 3 en figuur 4). De kans op uitbraken neemt hierdoor toe.

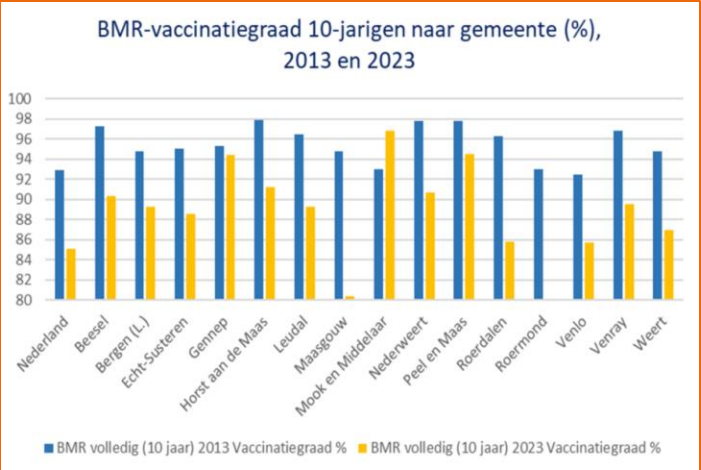
Figuur 2 - Contactmomenten Landelijk Professioneel Kader (LPK) en GGD-LN.

LPK contactmomenten	Omschrijving	LPK Gemiddelde	Limburg-Noord
0-4 jaar en ouders/verzorgers:	4-7 dagen: 1 contact	1	1
	2e week-6 maanden	6	5
	7-12 maanden	3	1
	1-4 jaar	5	5
4-12 jaar en ouders/verzorgers	Gemiddeld 3 contacten + deelname JGZ aan het ondersteuningsnetwerk school.	3	2
12-18 jaar en ouders/verzorgers	Gemiddeld 2 contacten 12 – 18 jaar + deelname JGZ aan het ondersteuningsnetwerk school.	2	2

Figuur 3 - BMR Vaccinatiegraad 2 jarigen naar gemeenten in % voor 2013 en 2023.



Figuur 4 - BMR Vaccinatiegraad 10 jarigen naar gemeenten on % voor 2013 en 2023.



2.2 Externe ontwikkelingen van invloed op wettelijke taken

Ontwikkelingen in de externe omgeving van veiligheidsregio's en GGD-en kunnen kansrijk of bedreigend zijn en impact hebben op de effectiviteit van organisatie en daarmee de uitvoering van wettelijke taken.

Externe ontwikkelingen die van invloed zijn op de VRLN en GGD-LN als organisatie zijn weergegeven in figuur 5 op pagina 29. Het gaat om een breed scala aan ontwikkelingen in verschillende domeinen, zoals wetgeving, omgeving tot mis- en desinformatie. Het merendeel van deze ontwikkelingen heeft een toename in hoeveelheid en/ of complexiteit van de werkzaamheden tot gevolg.



Figuur 5 - Externe ontwikkelingen van invloed op de uitvoering van wettelijke taken



Mis- en desinformatie

- ❖ Vaccinatiebereidheid daalt.
- ❖ Therapietrouw neemt af.
- ❖ Anticonceptie scepticisme op bijv. TikTok



Digitalisering

- ❖ Big data, real time monitoring.
- ❖ Data gestuurd werken → intern en extern aansluiten bij landelijke netwerken.



Sociaal- maatschappelijk

- ❖ Landelijk beleid, bijv. verschuiven van zorgtaken naar gemeenten en toename behoefte inzicht lokale situaties.
- ❖ Wachtlijsten → doorverwijzen stukt → vragen aan GGD complexer.
- ❖ Gezondheidsproblematieken, bijv. toename mentale klachten bij kinderen.
- ❖ Veranderende samenstelling populatie (arbeidsmigranten, asielzoekers).
- ❖ Humanitaire crises, zoals de oorlog in Oekraïne en GAZA → impact op asielopvang

(Inter)nationaal beleid & wetgeving

- ❖ Health in All Policies: Toename vraag om expertise en advies van gezondheidseffecten van beleid in verschillende domeinen: Omgevingswet, GALA, IZA
- ❖ Energietransitie



Meer uitbraken infectieziekten

- ❖ Toename grootschalige infectieziektenuitbraken, zowel lokaal, regionaal als landelijk. Bijv. COVID-19 pandemie, Monkeypox, mazelen.
- ❖ Toename zoönose uitbraken.
- ❖ Regionale toename TBC



Innovaties en hernieuwde inzichten

- ❖ Actualisaties richtlijnen.
- ❖ Wijzigingen Rijksvaccinatieprogramma
- ❖ PrEP (Pre-Expositie Profylaxe) voor HIV



Natuurlijke bedreigingen

- ❖ Antibiotica- en behandelresistentie van bacteriën, schimmels en virussen.
- ❖ Klimaatverandering, bijv. hittestress, hoog water en natuurbranden.

2.3 (Bestuurlijke) Risico's bij onvoldoende uitvoering van (wettelijke-) taken

Als de GGD-LN – als onderdeel van de veiligheidsregio - wettelijke taken onvoldoende kan uitvoeren, zijn hier risico's aan verbonden. De VRLN is een uitvoeringsorganisatie van gemeenten en daarmee zijn deze aansprakelijk bij (serieuze) escalatie. Per wettelijke GGD taak zijn (met name) de gezondheidsrisico's benoemd in tabel 2 op pagina 22 t/m 26. Er zijn echter ook risico's welke de wettelijke taken overstijgen. Deze kunnen imagoschade en - bij ernstige escalatie - nalatigheid en/of schadeclaims tot gevolg hebben. De vier belangrijkste bestuurlijke risico's van een VRLN/GGD richten zich op vijf 'hoofdthema's'. Deze worden hieronder nader toegelicht.

Toezicht en controle - De gemeenten hebben een wettelijke verantwoordelijkheid met betrekking tot het uitvoeren van publieke gezondheidszorg. Deze zorg wordt door GGD geleverd. De inspectie houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg en kijkt naar wat er goed gaat, wat risico's zijn en wat beter kan. De inspectie kan ingrijpen als de kwaliteit van zorgverlening onvoldoende is. Of als door zwakke plekken in het zorgproces de kans op vermijdbare schade te groot is. Hiervoor heeft de inspectie verschillende interventies, zoals een bevel, bestuurlijke boete of publieke waarschuwing. Ingrijpen is dan nodig en hier zijn kosten aan verbonden.

Goed werkgeverschap - In het arbeidsrecht zijn diverse regels opgenomen voor werkgever en werknemer. In artikel 7:611 van het Burgerlijk Wetboek is vastgelegd dat de werkgever zich als 'goed werkgever' moet gedragen. De negatieve effecten van roofoverval op personeel moeten niet worden onderschat en de kans op

langdurige schade voor de organisatie is hierbij groot.

Financiën - Op het gebied van financiën voorkomt de basis op orde dat er – vaak dure – ad hoc oplossingen nodig zijn om de wettelijke taken voldoende te kunnen blijven uitvoeren. Denk hierbij aan interventies voor het wegwerken van wachtlijsten, of bij een uitbraak/ incident.

Risico's voor de gezondheid - Als de GGD haar werkzaamheden niet naar behoren kan uitvoeren, neemt de kans op gezondheidsverschillen toe en worden de gezondheidsrisico's voor inwoners groter. Dit kan leiden tot onnodige gezondheidsschade bij individuen. Onvoldoende insteken op preventie leidt daarnaast tot veel hogere structurele maatschappelijke kosten op latere leeftijd.

(Landelijke) samenwerking - De GGD-LN is onderdeel van een netwerk van 25 GGD-en in Nederland. Samen borgen zij de publieke gezondheidszorg in Nederland. Als één van deze GGD-en niet (voldoende) functioneert, is de kans nadrukkelijk aanwezig dat dit invloed heeft op omliggende regio's. Denk hierbij aan een uitbraak van de mazelen. Daarnaast is een goede samenwerking – maar ook informatievoorziening – richting partners van belang. Een concreet voorbeeld. Goede afstemming in een crisissituatie is cruciaal. Daarvoor moet het werkveld elkaar goed kennen en op elkaar zijn ingespeeld. Als dit niet aan de orde is, en bestuurder(s) vanwege redenen onvoldoende zijn geïnformeerd, is – in een vergaande escalatie - bestuurlijke nalatigheid en verwijtbaarheid mogelijk aan de orde.

2.4 Conclusie

De uitvoering van wettelijke taken bij GGD-LN staat onder druk. Met name binnen de pijlers Gezondheidsbescherming, Jeugdgezondheidszorg en Monitoring, Signalering & Advies worden taken onvoldoende uitgevoerd.

Dit brengt risico's met zich mee voor de publieke gezondheid in de regio Noord- en Midden-Limburg, zoals een grotere kans op uitbraken van infectieziekten, afname van de vaccinatiegraad, vergroting van gezondheidsverschillen, het niet in beeld hebben van (mentale) gezondheidsrisico's bij kinderen, volwassenen en ouderen, gebrek aan preventieve zorg (leidend tot hogere kosten curatieve zorg) en een ondermaatse crisisrespons. Andere risico's bij het onvoldoende uitvoeren zijn toezicht en handhaving door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en aansprakelijkheid van de gemeente.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Update 29 mei 2024

Sinds begin 2024 zijn er 80 meldingen van mazelen in Nederland. De kans is groot dat ook in de komende weken in Nederland mensen mazelen krijgen. Er is geen sprake van een uitbraak. De afgelopen twee weken kreeg het RIVM een melding van mazelen in de GGD-regio Noord-Limburg. De betrokken GGD doet bron- en contactonderzoek.

3. Het Versterkingsplan



3.1 Opbouw versterkingsplan

Om tot een zorgvuldige uitwerking van de versterking te komen is het eerder genoemde plan van aanpak opgesteld. Het versterkingsplan hierin is opgebouwd rond vier kernonderwerpen: een organisatieanalyse op basis van het 7S-model van McKinsey, de prioritering van taken, de financiële oplossingsrichting en de monitoring van de versterking door de gemeenten.

Organisatieanalyse op basis van 7S McKinsey

De eerste stap in dit plan is een organisatieanalyse met behulp van het 7S-model van McKinsey. Dit model biedt een holistische benadering door zeven essentiële elementen te analyseren: strategie, structuur, systemen, stijl, staf, kernvaardigheden en gedeelde waarden. Door deze elementen in samenhang te beschouwen wordt continu gewerkt aan een evenwichtige en effectieve organisatie welke beter in staat is om haar taken uit te voeren en in te spelen op veranderingen in de omgeving.

Prioritering van taken

Een duidelijke prioritering van de wettelijke taken welke GGD-LN moet uitvoeren is cruciaal voor het effectief inzetten van middelen en het behalen van de gestelde doelen. Dit onderdeel van het plan identificeert de belangrijkste taken en rangschikt deze op basis van urgentie en impact.

Financiële Oplossingsrichting

Om de noodzakelijke versterking te realiseren, is een solide financiële basis vereist. Dit plan bevat een gedetailleerde onderbouwing voor het verzoek aan de gemeenten om extra middelen. Hierbij is de eerder benoemde prioritering van taken in acht genomen om een ingroei van middelen te formuleren naar de drie fasen Acuut, Urgent en Belangrijk.

Monitoring van de versterking

Het succes van het versterkingsplan hangt af van effectieve monitoring en evaluatie. Dit plan beschrijft hoe de versterking door de gemeenten kan worden gevolgd, onder andere door het gebruik van Key Performance Indicators (KPI's) en periodieke rapportages. Door regelmatig de voortgang te meten en te rapporteren, kan tijdig worden bijgestuurd, zodat gestelde doelen worden bereikt.

De volgende hoofdstukken bieden een gedetailleerde uitwerking van de bovengenoemde onderwerpen en de genomen stappen om tot versterking van de organisatie te komen.

3.2 Organisatieanalyse

Om inzicht te krijgen in organisatieprocessen binnen de VRLN/GGD-LN en deze te optimaliseren zijn in de afgelopen jaren verschillende analyses en interventies verricht binnen de organisatie, onder andere door extern deskundigen. Bij de organisatieanalyse van de GGD-LN biedt werken met het model van McKinsey (figuur 6) waardevolle inzichten in de huidige situatie en helpt het verbeterpunten te identificeren (overzicht hiervan zie bijlage 2). Het zogenaamde 7S-model bestaat uit zeven elementen die onderling verbonden zijn en samen de effectiviteit van een organisatie bepalen. Deze elementen zijn in het model door Waterman et al. (1980) onderverdeeld in zachte en harde elementen. Naast de interne analyse is ook extern gekeken naar hoe GGD-LN zich verhoudt tot vergelijkbare GGD-en in Nederland (benchmark). Daarnaast zijn de landelijke formatie-normen voor Infectieziektebestrijding (IZB) en de landelijke geldstromen voor Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in kaart gebracht.

Zachte elementen

De gedeelde waarden binnen de VRLN/GGD-LN zijn afgestemd op een gezamenlijke visie op publieke gezondheid, zoals opgetekend in Visie 2030 en het Manifest, beide vanuit het perspectief van Positieve Gezondheid. De nieuwe, meer transformationele en situationele georiënteerde leiderschapsstijl van de directie en het managementteam sluit aan bij deze waarden. Goed functioneren van het personeel is cruciaal voor de uitvoering van de taken van GGD-LN. Ontwikkelingen binnen het personeelsbestand worden

daarom nauwlettend gevolgd. Dit heeft onder andere geleid tot de geuite zorgen over de uitvoering van taken, zoals een hoog ziekteverzuim en een groot aantal openstaande verlofuren. Deze problemen sluiten aan bij de bevindingen op het gebied van (verplichte) scholing en ontwikkeling van professionals, waar aanzienlijke achterstanden zijn geconstateerd.

Harde elementen

Er zijn binnen de VRLN/GGD-LN reeds stappen gezet op het gebied van strategie en structuur, zoals het invoeren van een plattere organisatiestructuur en het versterken van de verbinding 'binnen-buiten' (GGD-teams). Door het hoge tempo van innovaties en de aanscherping van kwaliteits- en beroepsnormen vereisen de systemen binnen een GGD een hoog aanpassingsvermogen. Hiertoe heeft de GGD-LN de afgelopen jaren duurzame verbeteringen doorgevoerd in interne processen. Datagestuurde werken is hierbij een belangrijk speerpunt, wat bijdraagt aan een effectievere uitvoering van taken en het bieden van meer sturingsinformatie.



Figuur 6 - McKinsey 7s Model. Waterman, R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1980). Structure is not organization. *Business Horizons*, 23(3), 14–26.

3.2.1 Zachte elementen

Visie op leiderschap: samenwerken aan een toekomstbestendige GGD

Met de komst van nieuwe organisatieleiders is ook een nieuwe benadering op leiderschap binnen de VRLN en GGD Limburg-Noord aan boord gekomen. Dit heeft geleid tot het zichtbaar maken van voorheen onzichtbare knelpunten. Deze leiderschapsbenadering sluit aan bij zowel transformationeel als situationeel leiderschap. Transformationeel leiderschap richt zich op het inspireren en motiveren van medewerkers om veranderingen te omarmen en hun volledige potentieel te bereiken. Situationeel leiderschap daarentegen past de stijl aan op basis van de specifieke situatie en de behoeften van de medewerkers.

De huidige benadering onderscheidt zich door een grotere focus op participatie, verbindingen leggen binnen en buiten de organisatie en een verbeterde ontwikkelkracht. Dit leidt tot een meer dynamische en responsieve organisatiecultuur.

Kernwaarden welke hierbij als uitgangspunt dienen:

- Integriteit: handelen met eerlijkheid en transparantie.
- Empathie: begrip tonen voor de gevoelens en perspectieven van anderen.
- Innovatie: stimuleren van creativiteit en nieuwe ideeën.
- Verantwoordelijkheid: verantwoording nemen voor beslissingen en acties.

Het doel is om een cultuur van continue verbetering en aanpassingsvermogen te creëren.



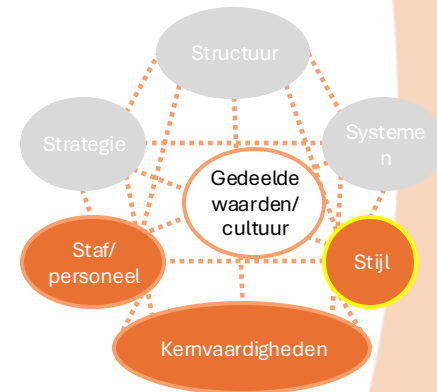
Visie op interne organisatiecultuur: daad bij woord

Goed werkgeverschap betekent het creëren van een werkomgeving waarin medewerkers zich gewaardeerd en ondersteund voelen. Dit omvat het bieden van ontwikkelingsmogelijkheden, een eerlijke beloning en een gezonde werk-privébalans. Een gevoel van veiligheid is hierbij cruciaal voor medewerkers om problemen of uitdagingen aan te kaarten. Dit wordt bevorderd door een open en transparante communicatiecultuur, waar feedback wordt gewaardeerd en serieus genomen.

De VRLN/GGD-LN streeft ernaar een werkgever te zijn die bekend staat om zijn betrokkenheid bij zowel de medewerkers als de gemeenschap. De kernwaarden zijn:

- Betrouwbaarheid: consistentie en voorspelbaarheid in handelen.
- Betrokkenheid: actieve deelname en interesse in het welzijn van medewerkers en de gemeenschap.
- Professionaliteit: hoge standaarden in de uitvoering van taken en verantwoordelijkheden.

Er is een groeiend vertrouwen binnen de organisatie dat er continu wordt gewerkt aan verbetering en instandhouding van een passende organisatiecultuur, met meer aandacht voor de mens en een gestructureerde, professionele aanpak van de werkzaamheden. Er wordt gestreefd naar een cultuur van samenwerking, openheid en het stimuleren van eigenaarschap. Hierbij wordt bureaucratie teruggedrongen en het denken in kolommen vaker doorbroken. Dit bevordert de flexibiliteit en wendbaarheid en zorgt de verbinding voor hechterere vormen van samenwerken.



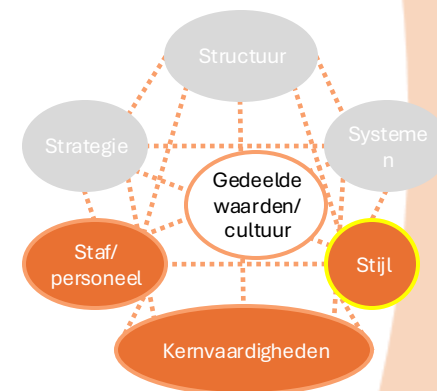
Perspectief

De boog staat bij veel collega's strak gespannen. Perspectief op versterking in de uitvoering is daarom een cruciale factor om collega's gemotiveerd te houden en een extra stap te blijven zetten. Verlies van vertrouwen in dit perspectief is daarom een groot risico op een toename van uitval van personeel.

Visie op de GGD als partner: samen aan de lat voor de publieke gezondheid

De VRLN/GGD-LN streeft naar meer samenwerking en openheid, zowel intern als met externe partners zoals gemeenten. Het is essentieel dat de VRLN/GGD-LN en de gemeenten duidelijke afspraken maken over hun respectieve rollen en verantwoordelijkheden. Dit voorkomt misverstanden en zorgt voor een efficiënte samenwerking. Door rolzuiverheid te waarborgen, kunnen beide partijen zich focussen op hun kerntaken en bijdragen aan gemeenschappelijke doelen.

Open en eerlijke communicatie is de sleutel tot een succesvolle samenwerking. Dit kan bijvoorbeeld door middel van regelmatige rapportages, gezamenlijke vergaderingen en het gebruik van digitale platforms voor informatie-uitwisseling.



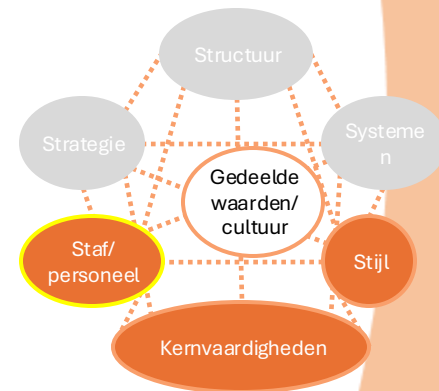
Missie

“Wij maken ons binnen de publieke gezondheid sterk dat onze inwoners gezond en veilig blijven, of waar nodig dit te verbeteren. Wij bewaken, beschermen en bevorderen de gezondheid van onze inwoners.”

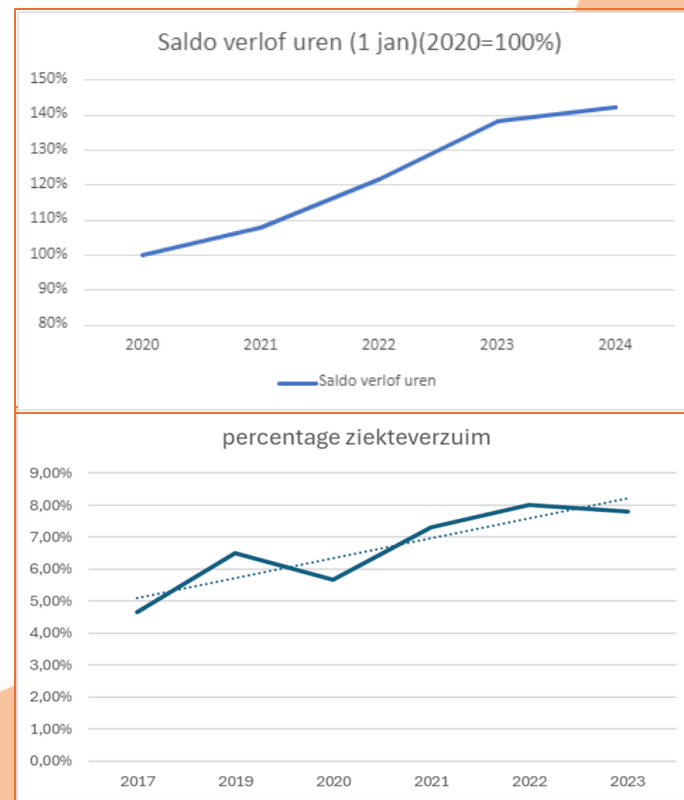
Analyse arbeidskracht: kengetallen

Een combinatie van cijfers (verlofuren, ziekteverzuim en uitstroom) geven een indicatie van de druk waar een organisatie onder staat en daarmee samenhangend de werkbelasting van medewerkers. Om inzicht te geven in de arbeidssituatie bij GGD-LN zijn cijfers met betrekking tot de ontwikkeling van het saldo verlof (figuur 7 boven) en het ziekteverzuim in beeld gebracht (figuur 7 onder). De stijging in het saldo verlofuren in 2021 en 2022 kan deels verklaard worden door de COVID-19 periode. In dat geval is de verwachting dat deze stijging vanaf 2023 sterk zou moeten afzwakken. Extra inzet van medewerkers is niet meer nodig en verlofuren kunnen weer worden opgenomen. De trend sluit echter niet geheel aan bij deze verwachting. Er is slechts sprake van een minder sterke stijging, maar de grafiek laat nog geen daling zien.

Werknemers bij de GGD-LN werken meer uren per week dan het landelijke gemiddelde in zorgsector. Dit is te zien aan de hoge deeltijdfactor (0,70; landelijk 0,68. Dat wil zeggen, werknemers werken gemiddeld 70% van de uren van een fulltime werkweek). Dit sluit aan bij de hoge mate van betrokkenheid van werknemers en het zelf oplossende vermogen van de organisatie. Echter is dit ook een vorm van een verborgen overbelasting. De gewerkte uren zouden namelijk eigenlijk over meer werknemers verdeeld moeten zijn.



Figuur 7 – Saldo verlofuren (boven) en % ziekteverzuim (onder).

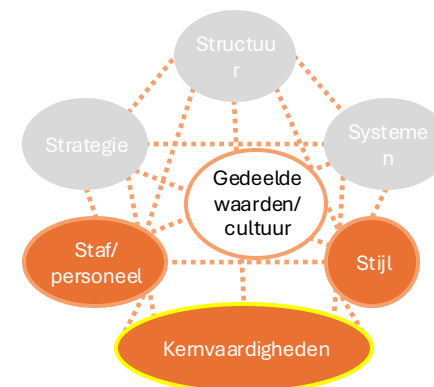


Analyse arbeidskracht: bevoegd en bekwaam

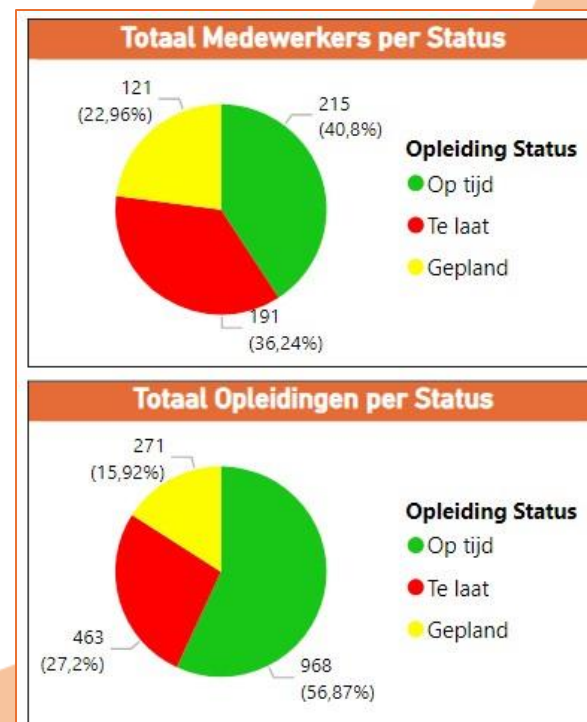
Voor het uitvoeren van wettelijke taken moet elke medewerker bevoegd en bekwaam zijn conform de richtlijnen die voor de betreffende beroepsgroep gelden.

Tijdsgebrek, herprioritering en het commitment van medewerkers voor hun werkzaamheden leidt op dit moment bij de GGD-LN echter tot een vertraging in het volgen van bij- en nascholingen.

De opleidingsstatus wordt via een intern dashboard bijgehouden en ter illustratie van geconstateerde achterstanden is in figuur 8 de status van vakinhoudelijke opleidingen binnen de beroepsgroep JGZ weergegeven.



Figuur 8 – Status opleidingen JGZ.

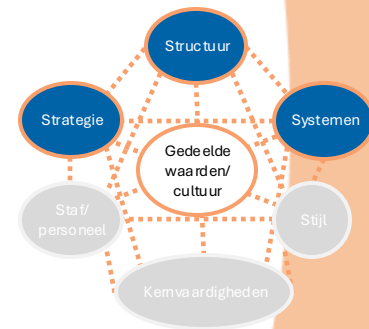


3.2.2 Harde elementen

Door de harde elementen van het 7s model in samenhang te beschouwen, wordt gestreefd naar een evenwichtige en effectieve organisatie. Zo zijn er afdelingen heringericht om de interne samenwerking en communicatie te verbeteren. Door verantwoordelijkheden duidelijker te definiëren, wordt de efficiëntie verhoogd en de reactietijd op veranderingen verkort.

Kwaliteitstoezicht is cruciaal om te voldoen aan de hoogste standaarden. Er worden robuuste kwaliteitscontrolemechanismen geïmplementeerd en de processen en resultaten worden regelmatig geëvalueerd om een cultuur van continue verbetering te bevorderen. Verschillende interventies zijn uitgevoerd om de effectiviteit van de organisatie te vergroten. Een belangrijk initiatief is de oprichting van een continu verbeterteam, dat zich richt op procesverbeteringen. Daarnaast is het Ondersteunings- en Begeleidingsprogramma (OBP) bij de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) geïntroduceerd om medewerkers te ondersteunen en hun prestaties te verbeteren.

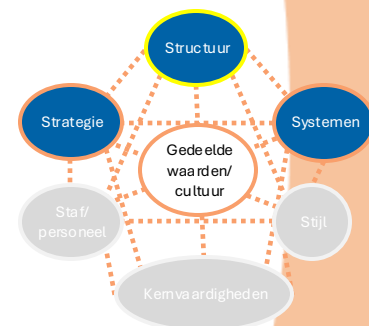
Door deze maatregelen wordt gestreefd naar een efficiënte, effectieve en toekomstbestendige organisatie. In de pagina's hierna volgt een toelichting op de stappen die zijn genomen en de resultaten die tot nu toe zijn bereikt.



Organisatiestructuur

De VRLN/GGD-LN heeft zich de afgelopen jaren georganiseerd naar een plattere organisatiestructuur. Dit biedt ruimte voor directe en efficiënte communicatie, snellere besluitvorming, verbeterde medewerkersbetrokkenheid, flexibiliteit, kostenefficiëntie, en een focus op innovatie.

GGD-LN is, zoals reeds aangegeven, onderdeel van de VRLN. De regio kampt met specifieke gezondheids- en veiligheidsrisico's, zoals overstromingen en industriële incidenten. Door de integratie van de GGD in de veiligheidsregio kunnen deze risico's beter worden beheerd door middel van gezamenlijke planning en respons. Het feit dat GGD-LN onderdeel is van de VRLN biedt voor de organisatie zelf ook voordelen, zoals een verbeterde samenwerking en coördinatie met andere hulpdiensten, kostenbesparingen door gedeelde middelen en faciliteiten, en efficiëntere bedrijfsvoering. Dit leidt tot betere crisisbeheersing, verhoogde kwaliteit van dienstverlening en minder financiële kwetsbaarheid.

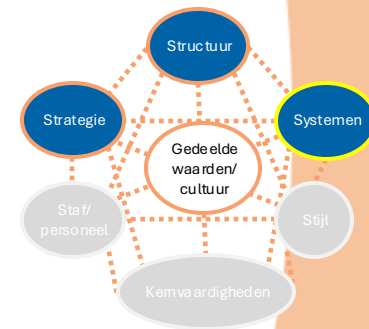


Toezicht op kwaliteit en veiligheid

Toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg welke een GGD verleent gebeurt op verschillende manieren. Zo zien de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Plenaire Visitatiecommissie (PVC) hierop toe. Daarnaast is de GGD-LN HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector)-gecertificeerd. Dit certificaat staat voor duurzame kwaliteitsverbetering in zorg en welzijn.

De belangrijkste conclusies uit deze diverse toezichtvormen is dat GGD-LN zich voornamelijk richt op de (basis)uitvoering van het primaire proces. Belangrijkste argument hiervoor is het ontbreken van benodigde formatie. Hierdoor is veelal een gebrek aan (mogelijke) aandacht voor (door-)ontwikkeling, kwaliteitsbevordering en teamontwikkeling. Ondanks deze tekortkomingen, wordt de uitvoering van het primaire proces in grote lijnen als zorgvuldig en correct bevonden. Dit geeft blijk van een niveau van professioneel handelen welk aansluit bij de missie en visie van de organisatie, maar welke zeker ook onder druk staat vanwege de druk op de formatie.

Specifiek voor de Jeugdgezondheidszorg is dit ook in lijn met een landelijk onderzoek dat in september 2023 is uitgevoerd (zie kader).



Intercollegiale visitatie Tuberculosebestrijding (2022)

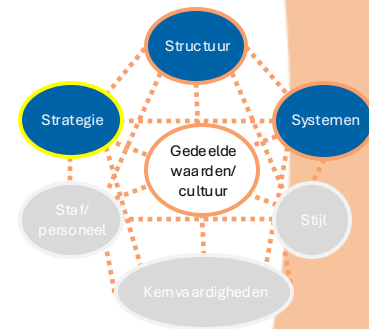
In gesprekken is de kwetsbaarheid van teams naar voren gekomen. Beperkte formatie, ziekte, wisselingen en nieuwe medewerkers zijn punten die als knelpunt naar voren zijn gebracht.

Plenaire Visitatiecommissie (PVC), 2021

'Betrokkenheid, bevlogenheid en creativiteit van het team Seksuele Gezondheid werd weergegeven door hoe zij kwalitatief goede zorg bieden waar de financiële middelen een sterk beperkende factor zijn'

Landelijk onderzoek IGJ september 2023 JGZ

Conclusie: Jeugdgezondheidszorg levert belangrijk werk. De GGD moet haar basis goed kunnen uitvoeren. Nu moet ze taken laten liggen. Belangrijke basistaken worden wel uitgevoerd, maar niet alles kan. De regionale organisaties zijn sterk afhankelijk van het geld dat gemeenten ervoor uittrekken. Dat verschilt nogal per regio. Er blijven soms taken liggen.



Uitgevoerde interventies en instrumenten (1)

De VRLN/GGD-LN heeft de afgelopen jaren planprocessen doorgelicht, ingezet op slimmer organiseren en een herprioritering van taken. Mede door deze interventies is de uitvoering van wettelijke taken – op een basisniveau – mogelijk gebleven, maar hebben we niet kunnen voorkomen dat er achterstanden zijn ontstaan.

Een aantal voorbeelden van interventies welke door GGD-LN zijn uitgevoerd:

- Bij de afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is in beeld gebracht wat nodig is voor zowel klanten van JGZ als voor de organisatie om zo optimaal mogelijk te werken (zie kader op pagina 46).
- Het Continu Verbetersteam heeft organisatie breed processen doorgelicht en efficiënter ingericht.
- De GGD-LN heeft één of meerdere taakherschikkingen doorgevoerd bij infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg. Doel hiervan was om de hoogstopgeleide medewerkers zo efficiënt mogelijk in te zetten.
- Voor de jeugdgezondheidszorg is meermalen een continuïteitsteam ingericht om - parallel aan het blijven leveren van het grootste gedeelte van de diensten, wachtlijsten proberen te beteugelen. Dit doet de GGD-LN door keuzes te maken in alternatieve manieren van het uitvoeren van wettelijke taken.



**Universiteit
Leiden**



Salvéos

Facility Management

ly:ias

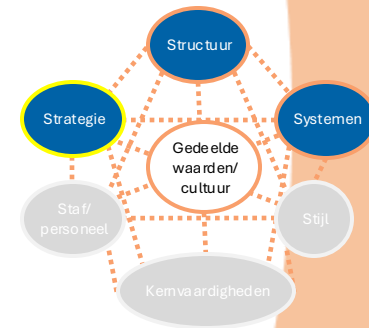


IMPROVERY

mensen én prestaties

Uitgevoerde interventies en instrumenten (2)

- De GGD-LN is een traject gestart met de Landelijke Vereniging van arts en in Dienstverband (LAD) in samenwerking met de Universiteit Leiden. Dit traject richt zich op het verbeteren van de positionering van artsen in de organisatie.
- Management-, staf- en adviesfuncties zijn geschrapt om capaciteit vrij te spelen voor de uitvoering.
- Medewerkers volgen alleen de meest noodzakelijke, verplichte trainingen. Dit zijn trainingen die nodig zijn om hun taak te kunnen uitvoeren. Overige personele ontwikkeling staat op een zeer laag pitje.



Bedrijfsvoering en Planproces VRLN GGD JGZ – wat is nodig?

Binnen de afdeling JGZ van de GGD is het gehele planproces en de bedrijfsvoering doorgelicht. Dit om inzicht te krijgen en vast te stellen wat nodig is om aan de centrale vraag te kunnen voldoen. Deze vraag is:

'Wat is er nodig voor klanten van JGZ en voor de organisatie zelf om zo optimaal mogelijk te werken en 'in control' te zijn?'. Concreet betekent dit:

- Alle kinderen in beeld.
- Gezondheidsverschillen zo klein mogelijk maken.
- Meer regie bij de ouders.
- Informatie gestuurde besluitvorming.
- Administratielast bij professionals zo laag mogelijk.

Resultaat van dit traject is dat – om 'in control' - te komen en blijven, 23 formatie extra nodig is.

Landelijke benchmark en onderzoeken (1)

Iedere twee jaar wordt door de GGD GHOR Nederland een benchmark analyse uitgevoerd van de 25 GGD-en. In deze benchmark worden GGD-en met elkaar vergeleken op verschillende inhoudelijke en organisatorische thema's. Bij de inhoudelijke indicatoren, op het gebied van bijvoorbeeld gezondheid van jeugd of ouderen, is er geen lineaire relatie tussen de uitkomsten van de monitor en het werk van de GGD-en. Hierbij spelen zeer diverse factoren een belangrijke rol zoals lokale en regionale verschillen.

Ondanks dat de GGD-en verschillend zijn georganiseerd en verschillende taken uitvoeren, maakt deze benchmark* een aantal opvallende punten inzichtelijk. Dit zijn met name:

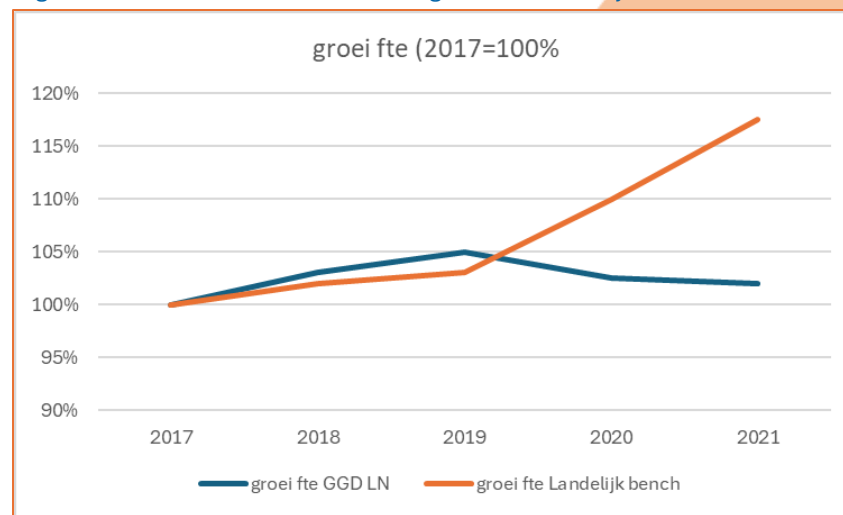
- GGD-LN heeft laagste aantal artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten per 100.000 jeugdigen van GGD-en met volledig JGZ aanbod.
- GGD-LN heeft voor volledig JGZ-aanbod 91,6 FTE/100.000 jeugdigen. Een gemiddeld GGD met volledig JGZ-aanbod heeft 116,1 FTE/100.000 jeugd. Dit is op basis van het aantal jeugdigen in onze regio (93.000) een verschil van 23 FTE.
- Het ziekteverzuim bij de GGD-LN was in 2023 bijna 8%. In vergelijking: bij andere GGD-en was dit 4,8% in 2023. Dit verschil staat gelijk aan 7,3 FTE.
- De groei van het aantal FTE is sinds 2019 bij de GGD-LN 0,5% per jaar. De gemiddelde landelijke groei van GGD-en is 4,4% per jaar.

Concreet betekent dit 25 FTE minder (absolute) toename van formatie bij de GGD-LN (zie figuur 9).

- De inwonerbijdrage van de GGD-LN ligt onder het landelijk gemiddeld:
 - De GGD-LN ontvangt €26,96 per inwoner
 - Landelijk ontvangen GGD-en € 30,87. Dit bedrag ligt voor de GGD-en mét JGZ nog hoger, namelijk € 34,61.
 - **Dit is een verschil van €7,65 per inwoner, in totaal gaat het om een lagere inwonerbijdrage van €4 miljoen.**

**gegevens zijn van laatst beschikbare benchmark, 2021*

Figuur 9 – Groei FTE GGD-LN versus groei FTE landelijk.



Landelijke benchmark en onderzoeken (2)

Eindrapportage Formatienormering Algemene IZG, Berenschot, 2023

Voor IZB is - om de juiste formatie te bepalen - een actuele en up-to-date norm voor IZB in beeld gebracht. Hierbij is het van belang dat in de reguliere (koude) fase voldoende capaciteit beschikbaar is om, indien nodig, snel te kunnen opschalen naar de acute fase.

In 2022 heeft de GGD-LN een formatie van 1,7 FTE per 100.000 inwoners voor de reguliere fase IZB. De landelijk gestelde norm is 4,0 FTE per 100.00 inwoners. Voor de personele, materiële en overheadkosten betekent dit een stijging van €1.330.735 naar €2.748.058.

De verantwoordelijkheid voor coördinatie in de crisis/warme fase ligt bij het RIVM. Hiervoor zijn landelijk structureel gelden beschikbaar. De verantwoordelijkheid voor de reguliere/koude fase ligt bij de gemeenten.

Onderzoek geldstromen JGZ

In 2023 is een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS naar JGZ-geldstromen bij alle GGD-en. Conclusies van dit onderzoek zijn:

- Hoogste investering JGZ per jeugdige: € 216
- Gemiddelde investering JGZ per jeugdige: € 158
- Investering JGZ per jeugdige GGD-LN: € 135

Verschil GGD-LN met gemiddeld is 23 euro per jeugdige. Op basis van 93.000 jeugdigen in de regio gaat het om ongeveer 2,1 miljoen euro.

3.2.3 Conclusies

Betrouwbare, solide basis - structurele versterking noodzakelijk

De VRLN/GGD-LN wil opereren vanuit een betrouwbare en solide basis: wendbaar en flexibel waar nodig en een gedegen fundament om op te bouwen. De GGD is hiertoe onvoldoende toegerust. Dit blijkt nadrukkelijk uit de organisatieanalyse. Er is sprake van een toenemende taaklast en het complexer worden van taken, de beschikbare formatie om de taken voldoende uit te voeren zijn te beperkt, het ziekteverzuim neemt toe en verlofuren lopen op. Wettelijke taken worden hierdoor onvoldoende uitgevoerd. De GGD-LN heeft de afgelopen jaren veel gedaan om de uitvoering van deze taken op peil te houden door interne interventies. Hierdoor is de vraag om extra financiering steeds afgewend. Deze oplossingsrichtingen zijn echter uitgeput: een structurele, duurzame versterking van de GGD is noodzakelijk.

Uitgangspunten voor de versterking: de basis op orde

De belangrijkste uitgangspunten voor een duurzame, structurele versterking zijn:

- De GGD-LN voert wettelijke taken naar behoren – volgens landelijke protocollen - uit.
- De GGD-LN doet hiervoor een beroep op gemeenten waar dat noodzakelijk is. Waar dat kan gebruikt de GGD andere financieringsbronnen.
- Voor de gemeentelijke bijdrage streeft de GGD-LN naar financiering die noodzakelijk is om de wettelijke taken naar behoren uit te voeren, de GGD-LN wil de basistaken binnen de publieke gezondheid op orde hebben.
- De GGD-LN wil een goede werkgever zijn voor haar medewerkers.



3.3 Prioritering wettelijke taken

Na een interne analyse van de status van uitvoering van de taken is door het managementteam en professionals van de GGD een prioritering en fasering gemaakt over 3 schijven: Acuu, Urgent en Belangrijk. Hierbij is rekening gehouden met het escalatierisico (o.a. meldingen bij inspectie, onrust bij inwoners, onrust bij personeel) bij het onvoldoende uitvoeren van de taak, de daarmee samenhangende bestuurlijke risico's, implementatiekracht binnen de afdeling en de samenhang tussen taken (het versterken van een taak onder druk met hoge urgentie kan ruimte bieden voor de uitvoering van andere taken met een lager escalatierisico). Verder worden enkele taken opgevangen met middelen van derden. Bijvoorbeeld de uitvoering van IZB kerntaak 'Surveillance' wordt op dit moment gefinancierd met gelden voor Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische paraatheid (VIP).

Deze prioritering heeft geleid tot een selectie van taken welke in dit versterkingsplan zijn opgenomen. Dit verklaart waarom niet alle taken met een oranje/ rood stoplicht in tabel 1 zijn opgenomen in de versterking op korte termijn.

Op basis van bovenstaande urgentie- en impactanalyse zijn taken gedifferentieerd in de volgende prioriteringsfasen:

- Acute noodzaak taken: taken die onmiddellijke actie vereisen met een hoog risico op escalatie.
- Hoog urgente taken: taken die snelle actie vereisen om ernstige problemen te voorkomen.

- Belangrijke taken met lange termijneffect: taken waarbij actie binnen redelijke termijn is vereist om escalatie te voorkomen.

In tabel 3 (pagina 49 en 50) staat een overzicht weergegeven van de taken gekoppeld aan een fasering waarin gestart wordt met het aannemen van personeel op uitvoering van deze taak. Organisatorische implementatiekracht en omstandigheden in het wervingsproces zijn hierbij in acht genomen. In het overzicht zijn ook taakoverschrijdende werkzaamheden en de ondersteunende taken van bedrijfsbureau opgenomen. Het tijdspad is onderverdeeld in de bovenstaande prioriteringsfasen, welke opvolgend zijn gekoppeld aan kwartalen (Q) in 2025 en de jaren 2026 en verder.

In tabel 2 is ook de taak Meer Aandacht Ziekgemelde Leerling (MAZL) opgenomen, wat formeel geen wettelijke taak is. De grondslag hiervoor hangt samen met de nadrukkelijke wens van de inspectie om ook te voldoen aan de wettelijke contactmomenten voor adolescenten.

Leeswijzer Tabel 2

Kolom 1: GGD pijler Publieke Gezondheid

Kolom 2: Omschrijving van de wettelijke taak

Kolom 3: Acuu. Starten met versterken in 2025

Kolom 4: Urgent. Starten met versterken in 2026

Kolom 5: Belangrijk. Starten met versterken in 2026 e.v.



Tabel 3 - Prioritering van de taken over 3 fasen (1)

Prioritering van de taken over 3 fasen (1)		Acuut			Urgent	Belangrijk
		2025			2026	2027
		Q1	Q2	Q3+Q4		
Pijler	Taak					
Jeugdgezondheidszorg						
5	Rijksvaccinatieprogramma (RVP)					
5	-9 tm 4 jaar ouders/ verzorgers contactmomenten					
5	4-12 jaar en ouders/verzorgers contactmomenten					
	4-12 jaar en ouders/verzorgers Speciaal Onderwijs					
5	12-18 jaar en ouders/verzorgers Contactmomenten					
	12-18 jaar en ouders/verzorgers Speciaal Onderwijs					
5	Collectieve preventieve activiteiten conform (LPK)					
5	Samenwerking conform LPK					
5	Preventieve logopedie					
5	Meer Aandacht van de Ziekgemelde Leerling (MAZL)					
5	Taakoverschrijdende werkzaamheden JGZ					
Gezondheidsbescherming						
	Infectieziektebestrijding (IZB)					
2	1. Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding					
2	3. (Beleids)Advies					
2	4. Preventie					
2	5. Netwerk & regie					
2	6. Voorbereidingen regionale uitvoering grootschalige IZB					
2	7. Kennis & onderzoek					
2	Medische milieukunde					
2	Tuberculosebestrijding (TBC)					
2	Seksuele Gezondheid					
	Taakoverschrijdende werkzaamheden gezondheidsbescherming					

Tabel 3 - Prioritering van de taken over 3 fasen (2)

Prioritering van de taken over 3 fasen (2)		Acuut			Urgent	Belangrijk
		2025			2026	2027
		Q1	Q2	Q3+Q4		
Pijler	Taak					
Gezondheidsbevordering & leefstijl						
5	Collectieve maatregelen gezondheidsbevordering					
Monitoring signalering en advisering						
1	Monitoring					
1	Signalering					
1	Advisering					
Bedrijfsbureau						
	Ondersteuning uitvoering taken					

3.4 Financiële oplossingsrichting

3.4.1 Inleiding

Het voorstel ter versterking van de VRLN/GGD-LN omvat de benodigde investering om te waarborgen dat alle wettelijke taken sober en doelmatig worden uitgevoerd: “need to have”. In de berekeningen voor het versterkingsvoorstel is uitsluitend de formatie opgenomen, die van toepassing is op de wettelijke taken die door gemeenten bij GGD-LN, al dan niet verplicht, belegd zijn en middels de inwonersbijdrage gefinancierd worden.

Om het gesprek over de financiering van wettelijke taken door de gemeente zuiver en transparant te houden zijn in de berekeningen taken die middels een andere partij of constructie gefinancierd worden buiten beschouwing gelaten. De voorgestelde versterking van de GGD-LN heeft dus alleen betrekking op orde brengen van de huidige wettelijke taakuitvoering. Eventuele toekomstige wijzigingen als gevolg van gewijzigd rijksbeleid zijn dus nog niet meegenomen op de externe baten die bijdragen aan de uitvoer van taken. Zo hangt het versterken van de pandemische paraatheid samen met infectieziektebestrijding en is de landelijke ondersteuning hiervan op basis van tijdelijke gelden, namelijk Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische paraatheid (VIP).

Hierbij is van belang om te vermelden dat toekomstige landelijke ontwikkelingen van invloed kunnen zijn op de taken en financiering van de GGD. Als voorbeeld wordt verwezen naar de specifieke uitkering (SPUK) van de versterking pandemische paraatheid. In het hoofdlijnen akkoord heeft het nieuwe kabinet een korting op SPUK

aangekondigd en de financiering van de pandemische paraatheid staat onder druk.

In de hierna volgende pagina's staat toegelicht hoe het ingroeimodel van de benodigde financiële versterking tot stand is gekomen en welke financiële consequenties dit heeft voor de gemeenten in de regio Noord- en Midden-Limburg.

3.4.2 Gevolgde strategie bij het bepalen van de benodigde financiële versterking

Voor elke taak is door een werkgroep bestaande uit het managementteam en professionals geanalyseerd hoeveel uren van uitvoerende functies gevraagd wordt in de acute, urgente en belangrijke fase om deze te versterken. Opvolgend is vastgesteld hoeveel extra inzet in uren per week - per functie - nodig is om de taak te versterken. Deze analyse is verricht op basis van onder andere het landelijk professioneel kader JGZ, landelijke formatienormen IZB en functiespecifieke beroepsnormen. Deze uren zijn vervolgens gerekend naar de benodigde formatie per functie. Hierbij is rekening gehouden met de deeltijdfactor, functionele uren per functie, waar mogelijk efficiënte toepassing van functiedifferentiatie en de schaal van een functie.

In Tabel 3 op pagina 53 is de formatie per functiegroep in kaart gebracht en in tabel 4 op pagina 54 en 55 staan voor elke taak de salariskosten van de geraamde extra formatie per fase weergegeven. De totale personeelskosten vanaf 2027 zijn dus een cumulatie van de kosten in fase Acuut, Urgent en Belangrijk.

Ter illustratie zijn de kosten van de benodigde extra uren (tabel 4, pagina 55: €357.033) voor taak “Contactmomenten –9 t/m 4 jaar” in de acute fase weergegeven in onderstaand schema:

Contactmomenten –9 t/m 4 jaar ouders/verzorgers - acute fase

Functie	Praktijkarts	Verpleegkundige	Assistent consultatiebureau
Uren/week	46	70	24

Voor zowel Jeugdgezondheidszorg (JGZ) als Algemene Gezondheidszorg (AGZ) zijn uren gecalculeerd voor taak overschrijdende werkzaamheden. Deze werkzaamheden richten zich op het verbeteren van processen en een efficiënte samenwerking, welke op korte termijn zorgen voor een snelle reactie op gezondheids crises. Daarbij vormt de output van deze werkzaamheden de basis voor het blijven door ontwikkelen van sturingsinformatie. Innovatie en projectmanagement maken hierbij snelle aanpassingen mogelijk bij onverwachte situaties.

De afdeling bedrijfsbureau omvat ondersteunende functies op de wettelijke taken, zoals het planbureau.

Uitbreiding formatie ten behoeve van uitvoering van de wettelijke taken

Voor elke taak is berekend hoeveel formatie er per functie nodig is om de uitvoering van deze taak op orde te brengen. Bij de fasering van deze versterking is rekening gehouden met de implementatiemogelijkheden binnen de betreffende afdelingen (bijvoorbeeld inwerken en begeleiding) en de bedrijfsvoering (bijvoorbeeld opleiding en hulpmiddelen). In tabel 3 staat een overzicht van de functiegroepen en hoeveel formatie er per prioriteringsfase berekend is. In totaal zijn er ruim 40 FTE extra professionals nodig om de wettelijke taken voldoende te kunnen uitvoeren.

De GGD-LN heeft op dit moment een formatie van 247 FTE inclusief alle organisatieonderdelen en taken (dus ook bijvoorbeeld de forensische dienst).

Tabel 3 – Uitbreiding formatie in totaal en de uitbreiding per prioriteringsfase.

Functiegroep	Uitbreiding formatie	Acuut	Urgent	Belangrijk
Artsen (infectieziektebestrijding, praktijkarts, vakspecialisatie)	10,80	4	4,2	2,6
Verpleegkundigen	10,50	3,9	3,6	3
Assistenten (o.a. gezondheidkundig, afsprakenbureau)	6,24	4,24	1,50	0,50
Vakspecialisten en deskundigen (o.a. infectiepreventie, logopedie)	3,50	0,5	0,5	2,5
Onderzoekers	3,00	1	1	1
Vakinhoudelijke adviseurs (o.a. milieu, publieke gezondheid)	5,00	0	3	2
Projectondersteuner	1,00	1	0	0
Totaal	40,04	14,6	13,8	11,6

Tabel 4 - Ingroei salariskosten formatie per taak, per fase (1)

		Acuut		Urgent		Belangrijk		KOSTEN TOTAAL	
Pijler	Taak		2025		2026		2027	€	3.841.091
Jeugdgezondheidszorg									
5	Rijksvaccinatieprogramma (RVP)	€	125.619	€	28.550	€	-	€	154.169
5	-9 tm 4 jaar ouders/ verzorgers contactmomenten	€	357.033	€	371.078	€	221.761	€	949.872
5	4-12 jaar en ouders/verzorgers contactmomenten	€	37.292	€	188.612	€	78.544	€	304.449
	4-12 jaar en ouders/verzorgers Speciaal Onderwijs	€	138.943	€	-	€	-	€	138.943
5	12-18 jaar en ouders/verzorgers Contactmomenten	€	19.362	€	141.338	€	65.789	€	226.489
	12-18 jaar en ouders/verzorgers Speciaal Onderwijs	€	21.872	€	-	€	-	€	21.872
5	Collectieve preventieve activiteiten conform (LPK)	€	10.811	€	34.456	€	17.228	€	62.494
5	Samenwerking conform LPK	€	31.189	€	44.014	€	12.306	€	87.509
5	Preventieve logopedie	€	-	€	9.844	€	19.689	€	29.533
5	Meer Aandacht van de Ziekgemelde Leerling (MAZL)	€	44.917	€	-	€	-	€	44.917
5	Taakoverschrijdende werkzaamheden JGZ	€	-	€	-	€	66.600	€	66.600
Gezondheidsbescherming									
	Infectieziektebestrijding IZB								
2	1. Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding	€	105.978	€	66.600	€	-	€	172.578
2	3. (Beleids)Advies		€ -	€	26.143	€	47.254	€	73.396
2	4. Preventie	€	-	€	26.143	€	84.663	€	110.805
2	5. Netwerk & regie	€	14.800	€	14.800	€	83.000	€	112.600
2	6. Voorbereidingen regionale uitvoering grootschalige IZB	€	51.733	€	37.000	€	-	€	88.733
2	7. Kennis & onderzoek	€	14.800	€	14.800	€	-	€	29.600
2	Medische milieukunde	€	-	€	108.000	€	133.200	€	241.200
2	Tuberculosebestrijding (TBC)	€	34.489	€	-	€	19.689	€	54.178
2	Seksuele Gezondheid	€	-	€	20.914	€	20.914	€	41.828
	Taakoverschrijdende werkzaamheden gezondheidsbescherming	€	66.600	€	41.828	€	41.828	€	150.256

Tabel 4 - Ingroei salariskosten formatie per taak, per fase (2)

		Acuut	Urgent	Belangrijk	KOSTEN TOTAAL	
		2025	2026	2027	€	3.841.091
Gezondheidsbescherming						
	Infectieziektebestrijding IZB					
2	1. Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding	€ 105.978	€ 66.600	€ -	€	172.578
2	3. (Beleids)Advies	€ -	€ 26.143	€ 47.254	€	73.396
2	4. Preventie	€ -	€ 26.143	€ 84.663	€	110.805
2	5. Netwerk & regie	€ 14.800	€ 14.800	€ 83.000	€	112.600
2	6. Voorbereidingen regionale uitvoering grootschalige IZB	€ 51.733	€ 37.000	€ -	€	88.733
2	7. Kennis & onderzoek	€ 14.800	€ 14.800	€ -	€	29.600
2	Medische milieukunde	€ -	€ 108.000	€ 133.200	€	241.200
2	Tuberculosebestrijding (TBC)	€ 34.489	€ -	€ 19.689	€	54.178
2	Seksuele Gezondheid	€ -	€ 20.914	€ 20.914	€	41.828
	Taakoverschrijdende werkzaamheden gezondheidsbescherming	€ 66.600	€ 41.828	€ 41.828	€	150.256
Gezondheidsbevordering & leefstijl						
5	Collectieve maatregelen gezondheidsbevordering	€ -	€ -	€ 76.000	€	76.000
Monitoring signalering en advisering						
1	Monitoring	€ 36.000	€ 94.113	€ 36.000	€	166.113
1	Signalering	€ 36.000	€ -	€ 36.000	€	72.000
1	Advisering	€ 36.000	€ 125.600	€ 36.000	€	197.600
Bedrijfsbureau						
	Ondersteuning uitvoering taken	€ 167.357	€ -	€ -	€	167.357

Opbouw van de totale kosten van de versterking

Naast de salariskosten van extra formatie op uitvoering van de taken is implementatiekracht nodig om dit personeel in de prioriteringsfase ook daadwerkelijk operationeel te krijgen. Tabel 5 omvat de overheadkosten (zoals personeelszaken en communicatie in het wervingstraject), een verhoging van het opleidingsbudget (zoals verplichte scholingen) en materiële kosten (zoals laptops en telefoons). Deze praktische gevolgen voor de afdeling bedrijfsvoering van de VRLN worden opgetekend in een intern implementatieplan. Hierbij is op dit moment het beeld dat de gecalculeerde extra kosten voor bedrijfsvoering voldoende implementatiekracht bieden om de versterking te kunnen implementeren. In de monitoring van het versterkingsplan (hoofdstuk 4) zijn hiertoe bovendien indicatoren geformuleerd om deze implementatiekracht periodiek te evalueren.

Tabel 5 - Opbouw kostenberekening per prioriteringsfase

Kosten per fase	Acuut 2025	Urgent 2026	Belangrijk 2027	Acuut + Urgent + Belangrijk
Formatie	€ 1.353.431	€ 1.371.296	€ 1.116.356	€ 3.841.083
Overhead / bedrijfsvoering	€ 175.946	€ 178.268	€ 145.126	€ 499.341
Opleidingskosten	€ 46.511	€ 47.125	€ 38.364	€ 132.000
Materiële kosten	€ 17.618	€ 17.850	€ 14.532	€ 50.000
Totaal	€ 1.593.505	€ 1.614.540	€ 1.314.378	€ 4.522.423

Ingroei kosten per fase

De ingroei van de benodigde middelen is gekoppeld aan de prioriteringsfasen. Hierbij is aangegeven hoe deze fasen zich verhouden tot de tijd in kwartalen (Q). In onderstaande tabel 6 is een overzicht van de totale kosten van de versterking per fase. Cumulatief bedragen deze kosten vanaf 2027 in totaal **€ 4.522.423**.

Tabel 6 - Ingroei totale kosten per fase.

	Acuut	Urgent	Belangrijk
	2025	2026	2027
Kosten per fase	€ 1.593.505	€ 1.614.540	€ 1.314.378
Cumulatief	€ 1.593.505	€ 3.208.045	€ 4.522.423
Totale kosten versterking per jaar vanaf 2027	€		4.522.423

3.4.3 Financiële consequenties per gemeente

De volledige versterking vanaf 2027 (cumulatie ingroei) betekent een structurele stijging van de gemeentelijke bijdrage van 18,70% ten opzichte van de huidige bijdrage aan de GGD door gemeenten.

Tabel 7 - Verhoging van de gemeentelijke bijdrage per gemeente in 2026 en 2027 e.v. (de uitgangspunten zijn conform begroting 2026, er is nog geen jaarlijkse indexering toegepast).

**Mook en Middelaar heeft Jeugdgezondheidszorg elders belegd.*

Gemeente	Verhoging gemeentelijke bijdrage 2026	Verhoging gemeentelijke bijdrage 2027 e.v.
Beesel	€ 64.391	€ 90.773
Bergen	€ 64.589	€ 91.052
Echt-Suseren	€ 184.003	€ 259.392
Gennep	€ 112.133	€ 158.075
Horst aan de Maas	€ 234.863	€ 331.089
Leudal	€ 194.654	€ 274.407
Maasgouw	€ 136.063	€ 191.809
Mook en Middelaar*	€ 6.730	€ 9.487
Nederweert	€ 95.903	€ 135.195
Peelen Maas	€ 232.221	€ 327.364
Roerdalen	€ 125.572	€ 177.021
Roermond	€ 414.523	€ 584.359
Venlo	€ 723.876	€ 1.020.457
Venray	€ 277.158	€ 390.713
Weert	€ 341.367	€ 481.230
Totaal	€ 3.208.045	€ 4.522.423

3.5 Bewaken van het versterkingstraject

De realisatie van het versterkingsplan wordt zorgvuldig gemonitord om de voortgang van de implementatie en het maatschappelijk rendement nauwkeurig te volgen en gemeenten goed te informeren. Hierbij wordt ook aangesloten bij bestaande evaluatietools (bijvoorbeeld het klanttevredenheidsonderzoek Kwaliteit en medewerkersonderzoek VRLN). In dit hoofdstuk is een eerste voorstel van Key Performance Indicators (KPI's) opgenomen. Het doel van de *volledige* versterking is om de uitvoering van de wettelijke taken op orde te hebben. In de versterking is echter een fasering aangebracht. Om snel inzicht te krijgen in de voortgang van de versterking per fase en factoren die hierop van invloed zijn, worden in 2025 kwartaalevaluaties uitgevoerd. Deze rapportages worden teruggekoppeld aan de gemeenten en maken deel uit van de communicatiestrategie, zodat alle betrokken partijen goed op de hoogte blijven van de voortgang en resultaten van het versterkingsprogramma. Het evalueren en optimaliseren van KPI's bevordert een cultuur van continu verbeteren. Dit leidt tot een hogere kwaliteit en impact van het versterkingstraject. Daarbij kunnen gedurende het traject omstandigheden veranderen en door regelmatig te evalueren kan tijdig worden geanticipeerd op deze veranderingen, zodat het traject relevant en effectief blijft.

Evaluatiestrategie

Het primaire doel van de evaluatie is om de effectiviteit van de ingezette middelen te beoordelen. Dit houdt in dat wordt gekeken naar hoe goed de middelen worden gebruikt om uitvoering van

wettelijke taken op orde te brengen. Daarnaast is het secundaire doel van de evaluatie om verbeterpunten en succesfactoren te identificeren, zodat het versterkingstraject continu kan worden verbeterd. De evaluatiecriteria omvatten doeltreffendheid, efficiëntie, tijdigheid, kwaliteit en impact. Deze criteria vormen het uitgangspunt bij het beoordelen van de verschillende aspecten van de versterking en het opstellen en evalueren van KPI's worden aan deze criteria getoetst.

KPI's

Om de implementatie van de versterking te kunnen volgen zijn KPI's opgesteld. Een overzicht van deze KPI's staat weergegeven in tabel 8 op pagina 61 t/m 63. De KPI's helpen bij het meten van de voortgang en het succes van het programma. Afhankelijk van de evaluatiemethode en de start van de versterking worden de relevante uitkomsten per kwartaal gerapporteerd. Vanaf 2026 wordt overgegaan op een jaarlijkse rapportage.

Er worden KPI's in vier categorieën geëvalueerd:

- Financieel: monitoren van de besteding van middelen en budgetbeheer.
- Operationeel: monitoren van de voortgang van versterking op uitvoering van taken.
- Strategie: monitoren van de impact van de versterking en de implementatiekracht van de organisatie.
- Effect: monitoren van het effect van de versterking op specifieke taken die op dit moment onder druk staan.

Rapportages

De metingen worden zowel kwantitatief als kwalitatief uitgevoerd, wat betekent dat zowel numerieke gegevens als kwalitatieve feedback worden verzameld en geanalyseerd. Rapportages worden per kwartaal opgesteld in 2025 en jaarlijks vanaf 2026 (figuur 10) uitgevoerd. De normen voor deze tussentijdse evaluaties worden nog in samenspraak op- en vastgesteld. De kwartaalrapportages moeten uitwijzen hoe de ingroei per fase in de praktijk verloopt. Hierin is leidend dat de norm wordt behaald na volledige versterking. Tussentijdse normen geven hierin enkel richting. Bijvoorbeeld: in de achterstanden van contactmomenten JGZ is het doel om een dalende trend in de achterstanden te realiseren tot de norm “0” (geen achterstanden) na volledige versterking. Na start van de versterking komt periodiek data beschikbaar om de inzet van nieuwe formatie te koppelen aan het wegwerken van achterstanden. In het kader staat een voorbeeld weergegeven van een effect KPI zoals deze geformuleerd kan worden voor de acute fase.

Voorbeeld effect KPI versterking

JGZ contactmomenten ACUTE FASE:

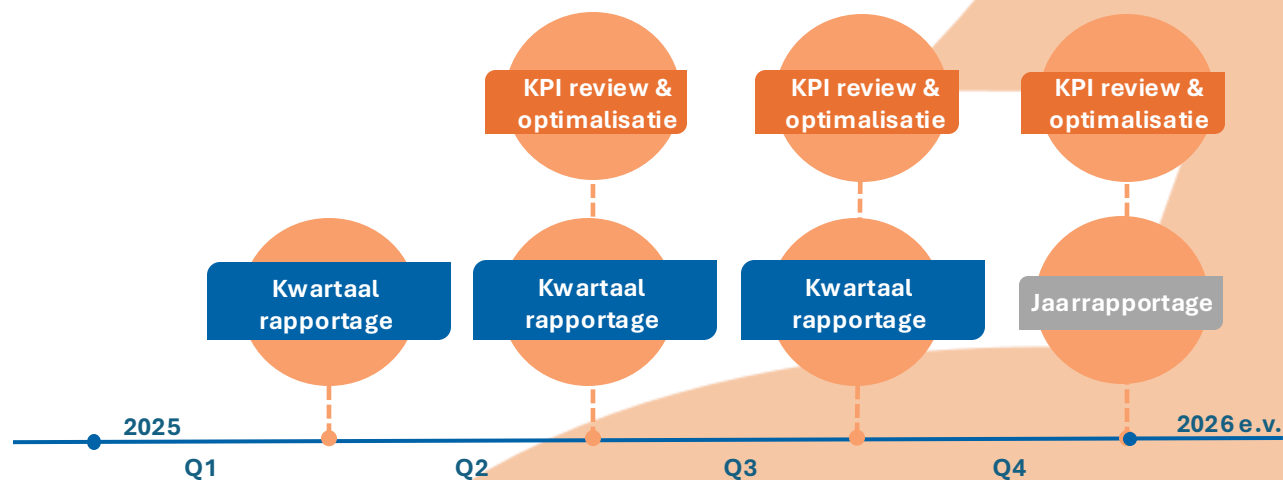
De achterstand peildatum september bestaat uit ~12.000 minuten aan contactmomenten*.

Geraamde versterking op deze contactmomenten voor de acute fase is ~4700 minuten. In de acute fase zouden de achterstanden t.o.v. peildatum september hiermee moeten afnemen met 40%.

De kwartaalevaluatie volgt het effect van de ingroei van extra formatie. De norm van “0” na volledige versterking is leidend boven korte termijn resultaten op achterstanden.

*de achterstanden blijven intussen toenemen.

Figuur 10 - Schema bewaking van het versterkingstraject



Tabel 8 - Overzicht van concept KPI's (1)

Tabel 8 - Overzicht van concept KPI's (1)

KPI	Doel + meting	Acuut				Urgent+Belangrijk
		2025				2026 e.v.
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Financiële KPI's						
Kosten per FTE per taak	Doel: Evalueren of de kosten van FTE per taak in lijn zijn met de raming. Meting: Werkelijke kosten versus begrote kosten van FTE per taak.			€	€	€
Budgetuitputting per prioriteitsschijf (Acuut, Urgent, Belangrijk)	Doel: Monitoren of de toegewezen budgetten effectief worden gebruikt in de aangewezen prioriteitsfase. Kwantitatieve meting: 1. Aangewezen budget dat is uitgegeven per prioriteitfase. 2. Vergelijk werkelijke uitgave versus raming kosten.		€	€	€	€
Operationele KPI's						
Geraamd FTE per functie in dienst op uitvoer wettelijke taken	Doel: Evalueren van de voortgang van aannemen van personeel in de uitvoering van wettelijke taken. Kwantitatieve meting: Aantal nieuwe FTE's per functie.		x	x	x	n
Geraamd FTE per functie in dienst op uitvoer ondersteunende taken.	Doel: Evalueren van de voortgang van aannemen van personeel in de uitvoering van ondersteunende taken. Kwantitatieve meting: Aantal nieuwe FTE's per functie.			x	x	n
Formatie IZB conform landelijke formatie norm	Doel: Evalueren of de formatie van IZB toegerust is voor de uitvoering van de 7 kerntaken. Kwantitatieve meting: Aantal FTE per functie vs formatienorm Berenschot.				x	x
Ureninzet per functie	Doel: Controleren of de factor operationeel/ niet operationeel overeenkomt met de raming per functie. Kwantitatieve meting: Werkelijke ureninzet op taken versus geplande ureninzet per functie.				x	x
Strategische KPI's						
Status wettelijke taken	Doel: algemeen beeld van de uitvoering van (wettelijke) taken. Kwalitatieve meting: update van tabel "Status (wettelijke) taken" (stoplicht).					
Implementatiekracht binnen de afdeling	Doel: Beoordelen van de capaciteit van de afdeling om versterkingsmaatregelen uit te voeren. Kwantitatieve meting: Tijd tussen werven en FTE's operationeel in weken.			x	x	x
Samenhang tussen taken	Doel: Beoordelen of het versterken van urgente taken ruimte biedt voor andere taken. Kwalitatieve meting: Taken met een lager escalatierisico welke is uitgevoerd dankzij versterking van acute, urgente, belangrijke taken.					

Tabel 8 - Overzicht van concept KPI's (2)

KPI		Doel + meting	Acuut				Urgent+Belangrijk
			2025				2026 e.v.
			Q1	Q2	Q3	Q4	
Specifieke effect KPI's - TAAK							
Herstelpercentage van achterstanden contactmomenten - korte termijn	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen om achterstanden in te halen. Kwantitatieve meting: Percentage afname achterstand contactmomenten 0-4, contactmomenten 4-12 en Speciaal Onderwijs: (Aantal ingehaalde contactmomenten / Totaal aantal achterstallige contactmomenten) x 100.	x	x	x	x		
Trend achterstanden contactmomenten	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen om achterstanden in te halen. Kwantitatieve meting: Trend afname achterstand contactmomenten 0-4, contactmomenten 4-12 en Speciaal Onderwijs.						
Aantal geplaatste vaccinaties tbv Rijksvaccinatieprogramma - korte	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen op de uitvoering van het RVP. Kwantitatieve meting: Aantal extra uitgevoerde vaccinaties na versterking.			x	x		
Status uitvoer Rijksvaccinatieprogramma (RVP)	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen op de uitvoering van het RVP. Kwantitatieve meting: Trend aantal uitgevoerde vaccinaties na versterking.						
Vaccinatiegraad	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen op de vaccinatiegraad. Kwantitatieve meting: Vaccinatiegraad per gemeente in LN.						
Compliance met Landelijk Professioneel Kader (LPK)	Doel: Evalueren van de naleving van de richtlijnen van het LPK. Kwalitatieve meting: 1. wat is de status van de taken binnen het LPK die niet of onvoldoende werden uitgevoerd? 3. Welke stakeholders hebben hier baat bij (kinderen, ouders, ketenpartners).						
Status preventieve logopedie	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen om preventieve activiteiten uit te kunnen voeren. Kwalitatieve meting: Welke werkzaamheden zijn er extra uitgevoerd na start versterking.						
Status uitvoering kerntaken infectieziektebestrijding	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen om de uitvoer van de landelijk gestelde kerntaken op basis niveau te brengen. Kwalitatieve meting: Welke werkzaamheden zijn er extra uitgevoerd na start versterking per kerntaak.						

Tabel 8 - Overzicht van concept KPI's (3)

KPI	Doel + meting	Acuut				Urgent+Belangrijk
		2025				2026 e.v.
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Status naleven landelijke richtlijnen RIVM Nationaal Plan Tuberculosebestrijding	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen om de landelijke richtlijnen te kunnen naleven. Kwalitatieve meting: 1. Welke werkzaamheden zijn er extra uitgevoerd na start versterking. 2. Zijn de ingezette diagnostische middelen conform Nationaal Plan TBC bestrijding.					
Datagestuurd werken	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen om datagestuurd te kunnen werken. Kwalitatieve meting: 1. Welke implementaties mbt datagestuurd werken hebben er plaatsgevonden. 2. Op welke afdelingen hebben deze implementaties plaatsgevonden. 3. Welke toevoeging geeft de output van het datagestuurd werken op de uitvoer van wettelijke taken.					
Specifieke effect KPI's - ARBEIDSKRACHT						
Ziekteverzuim	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen op een afname van het ziekteverzuim. Kwantitatieve meting: Trend van het ziekteverzuim na start versterking.					
Stuwmeer verlofuren	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen op een afname van het stuwmeer verlofuren. Kwantitatieve meting: Trend van het stuwmeer verlofuren na start versterking.					
Opleidingsachterstand	Doel: Beoordelen van de effectiviteit van maatregelen op de opleidingsachterstanden. Kwantitatieve meting: Verdeling opleidingen "Op tijd", "Gepland" en "Te laat" na start versterking.					

Legenda



Verslag



Cirkeldiagram: verdeling



Trendgrafiek



Staafdiagram per gemeente

4. Samenwerking & Communicatie



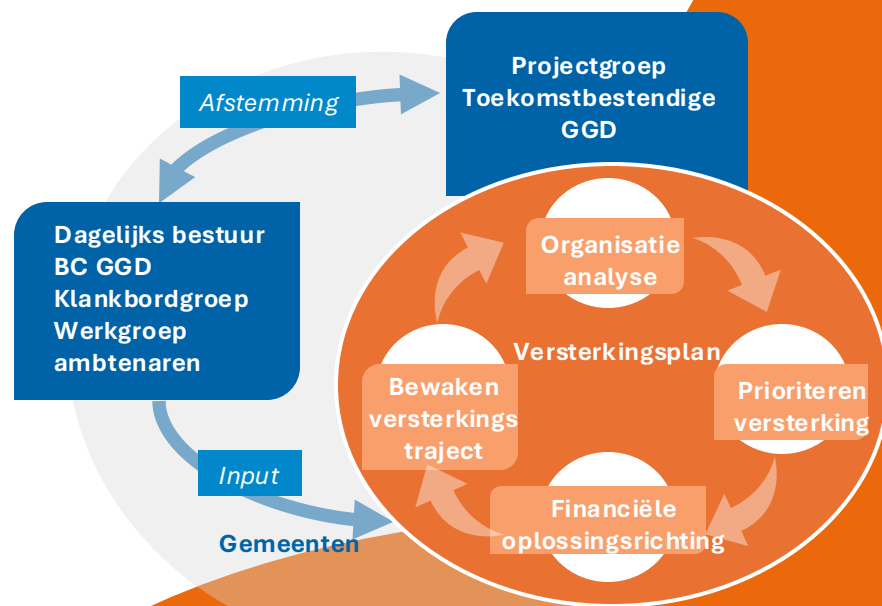
4.1 Communicatie voor vernieuwde samenwerking

4.1.1 Samenwerking gemeente

Het versterkingsplan Toekomstbestendige GGD moet zorgen dat de GGD nu en in de toekomst berekend is op haar wettelijke taken voor de publieke gezondheid. De voorgestelde route om dit te bereiken is onder andere een nieuwe stijl van samenwerken, met een grotere betrokkenheid van ambtenaren en bestuurders.

In het traject Toekomstbestendige GGD is ingezet op co-creatie en een nauwere samenwerking om de verbinding tussen GGD en gemeenten te versterken. Dit versterkingstraject vormt de basis voor een nieuwe samenwerkingsstijl en een grotere betrokkenheid van ambtenaren en bestuurders bij de GGD-LN. Dit is terug te zien in het plan van aanpak voor het versterkingsplan, waarin een klankbordgroep van bestuurders en een werkgroep met contactambtenaren zijn opgetekend (figuur 11). Beide adviesorganen zijn reeds operationeel en dragen bij aan zowel de totstandkoming van het versterkingsplan als het succesvol laten landen van het versterkingsplan in de gemeenteraden.

Figuur 11 – Betrokkenheid bij het versterkingsplan



4.1.2 Communicatieplan

Communicatie is een integraal onderdeel van die vernieuwde samenwerking. Communicatieadviseurs van GGD-LN en gemeenten ontwerpen en realiseren daarom in gezamenlijkheid een communicatieplan. Dit plan zal verweven zijn met alle interacties tussen stakeholders in het kader van het versterkingsplan.

Het eerste conceptplan biedt een kader voor een effectieve communicatiestrategie rondom het versterkingstraject, met als doel belangrijke doelgroepen, zoals bestuur, gemeenten en GGD-LN medewerkers, goed te informeren en te betrekken bij het besluitvormingsproces.

Het conceptplan stelt vier communicatiedoelen ten aanzien van alle stakeholders binnen de GGD-LN en gemeenten die rol hebben in het versterkingsproces, zij:

- beschikken tijdig over de informatie die zij nodig hebben om hun rol te kunnen vervullen;
- weten waarom versterking nu en in de toekomst nodig is om te voldoen aan de wettelijke verantwoordelijkheden van GGD en gemeenten op het gebied van de publieke gezondheid;
- ervaren openheid over het proces en de inhoud van het versterkingsproject;
- zijn gemotiveerd om hun rol te vervullen in het besluitvormingsproces over het versterkingsplan en in de vernieuwde samenwerking tussen gemeenten en GGD.

Uitgangspunten communicatieplan

- **Bevorderen van de dialoog:** Bijvoorbeeld raadsinformatiebijeenkomsten en de overleggen van beleidsadviseurs binnen gemeenten.
- **Informatieplatform en samenwerkingsruimte:** Hier worden rapporten, voorstellen, agenda's, verslagen, plannen en andere relevante stukken gedeeld. Het platform zal ook communicatieboodschappen, -middelen en -aanpakken gaan bevatten, waaronder kernboodschappen, nieuwsberichten, Q&A's, videoboodschappen en presentaties.
- **Nieuwskanalen.** Actief op de hoogte houden van de voortgang in het project en nieuwe inhoud op het informatieplatform en geplande overlegmomenten.
- **Communicatiekalender:** Mijlpalen voorzien van communicatie-acties en -afspraken over realisatie. Bijvoorbeeld rond terugkoppelingen uit de voortgangsmeter die onderdeel is van het versterkingsplan.
- **Communicatiewerkgroep:** Voor realisatie en doorontwikkeling van de communicatieaanpak.

5. Perspectief op merkbare versterking: aansluiting sociaal domein



5.1 Verbinding publieke gezondheid en sociaal domein

In de regio Noord- en Midden Limburg hebben de gemeenten een gezamenlijke ambitie geformuleerd en op basis hiervan regionale afspraken gemaakt: 'Naar gelijke kansen op gezondheid'. Deze gezondheid wordt, naast de WPG, ook geborgd met opgaven in andere domeinen. Door de decentralisaties in het sociaal domein zijn de gemeenten vanaf 1 januari 2015 integraal verantwoordelijk voor de jeugdzorg en hebben ze nieuwe zorgtaken in het kader van de Wmo en de Participatiewet. Integraliteit was en is een belangrijk thema in de zorgvernieuwing die hiermee gepaard is gegaan. Deze wordt bereikt door meer samenwerking en samenhang. De verbindingen met preventie en gezondheid is belangrijk: van 'ziekte en zorg', naar 'gezondheid en gedrag'. Daarbij wordt uitgegaan van de eigen kracht van inwoners.

Onze regio vindt het borgen van gezondheidswinst op langere termijn belangrijk en wil investeren in preventie. Om dit te bereiken is het belang onderschreven van een, in de nabijheid, laagdrempelig aanbod aan de doelgroep. Deze uitgangspunten hebben onder andere voor de uiterste vóórkant van het sociaal domein – de jeugdgezondheidszorg – ten grondslag gelegen aan de locatiekeuze van de consultatiebureaus, maar bijvoorbeeld ook de GGD-brede locaties. Een aanvullende, belangrijke stap is het versterken van de verbindingen van de GGD-LN in het sociaal domein. Door in het sociaal domein de verbinding te leggen met publieke gezondheid kan de maatschappelijke participatie van inwoners worden bevorderd. Maar ook andersom: door in de publieke gezondheid de verbinding te leggen met het sociaal domein kan de gezondheid van inwoners worden bevorderd.

De vijf grootste opgaven voor Nederland (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024, RIVM) :

1. Vergrijzing: nieuwe woonvormen, maatschappelijke discussie rondom behandelingen, blijven meedoen.
2. Gezondheidsverschillen: kansen op gezond leven zijn niet gelijk verdeeld.
3. Steeds ongezondere leefstijl van jongeren en toenemende mentale gezondheidsproblemen.
4. Het leveren van goede zorg: toenemende vraag en groter personeelstekorten.
5. Gezonde inrichting van de leefomgeving om beter voorbereid te zijn op klimaatverandering.

De opgaven waar we als land en regio voor staan (zie kader) benadrukken het belang van deze samenwerking. Om dit vorm te geven zijn landelijk de eerste stappen gezet met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Gezond Actief Leven Akkoord (GALA). De eventuele aanvullende akkoorden (IZWA of AZWA) onderstrepen het belang van het aansluiten van meer sociaal georiënteerde partijen naast de zorgpartijen. Deze samenwerking vindt echter plaats in een complex gefinancierd stelsel. Een nauwe samenwerking tussen gemeenten en GGD-en biedt hierin meer slagkracht om landelijke en lokale doelstellingen te behalen. Het op deze manier over beleidsdomeinen heen samenwerken vereist echter bij alle partijen voldoende kwaliteit en capaciteit. Ontwikkelkracht is dus essentieel, waarbij een solide basis (versterkingstraject) van de GGD-LN het vertrekpunt is.

5.2 GGD: partner van de gemeente.

Overdracht van kennis over de publieke gezondheid door de GGD-LN stelt gemeenten in staat om effectief beleid te voeren binnen het sociaal domein. Door samen te kunnen werken binnen het maatschappelijk veld en deel te nemen aan domein overstijgende samenwerkingsverbanden, zoals leernetwerken en preventienetwerken, ontstaat een wederzijdse uitwisseling van kennis en inzichten. Deze samenwerking biedt de GGD-LN waardevolle input om haar kennis- en adviesrol optimaal te vervullen, waardoor gemeenten goed geïnformeerde beslissingen kunnen nemen die de gezondheid en maatschappelijke participatie van inwoners bevorderen. Hieronder staan een aantal kansen toegelicht en samengevat in figuur 11 (pagina 70).

In pijler 1 “Monitoring en Onderzoek”: het integreren van data helpt de GGD-LN om gezondheidsrisico's beter in kaart te brengen. Dit zorgt voor een meer datagestuurde aanpak van publieke gezondheidszorg en versterkt de kennis en adviesfunctie van de GGD-LN. Deze kan hiermee gemeenten van sturingsinformatie voorzien bij het ontwikkelen of bijstellen van beleid in het sociaal domein.

In pijler 2 “Gezondheidsbescherming”: het kunnen aansluiten bij regio- en domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden en kennis- en leernetwerken rondom infectieziekten biedt mogelijkheden om kennis te brengen en te halen. Het gezamenlijk bevorderen van de bewustwording en preventie van infectieziekten draagt bij aan een beter geïnformeerde en gezondere bevolking.

In pijler 5 “Samenhangende taken”, Jeugdgezondheidszorg: de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028 benadrukt de noodzaak van een nauwere samenwerking in het sociaal domein om betere zorg en ondersteuning te bieden aan jeugdigen. Dit omvat het leveren van passende zorg, verminderen van marktwerving, versterken van veerkracht en verbeteren van de kwaliteit en effectiviteit van de jeugdzorg. Door een nauwere samenwerking met bijvoorbeeld onderwijsinstellingen kan de GGD-LN screenings en vaccinaties efficiënter uitvoeren. Afstemming door jeugdgezondheidszorg met jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning helpt bij vroegtijdige signalering van gezondheidsrisico's en effectievere interventie. Dit bevordert een holistische benadering van de zorg voor kwetsbare gezinnen. Ook hier is het kunnen aansluiten bij kennis-en leernetwerken belangrijk voor de uitwisseling van zowel theoretische als praktische kennis. Dit zorgt voor een geïntegreerde aanpak waarbij de gezondheid van kinderen centraal staat.

In pijler 5 “Samenhangende taken”, Gezondheidsbevordering: met haar kennis, ervaring en directe betrokkenheid bij inwoners is de GGD-LN een waardevolle partner in preventienetwerken. Gezamenlijke projecten met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) richten zich op het verbeteren van de gezondheid van kwetsbare groepen, zoals ouderen en mensen met een beperking. Verbinding met ketenpartners helpt bij het in beeld hebben van en adviseren over leefstijlprogramma's die gericht zijn op voeding, beweging en mentale gezondheid. Dit bevordert een inclusieve benadering van gezondheidszorg.

Figuur 12 - Verbinding publieke gezondheid en sociaal domein

Pijler 1
Monitoring & Onderzoek

- ❖ Integreren data t.b.v. gezondheidsmonitoring.
- ❖ Bieden van sturingsinformatie voor gemeenten m.b.v. data, duiding en advies.

Pijler 2
Gezondheidsbescherming

- ❖ Regio- en domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden.
- ❖ Gezamenlijke publieksvoorlichting over infectieziekten.

Pijler 5
**Samenhangende taken:
Jeugdgezondheidszorg**

- ❖ Aansluiten bij de hervormingsagenda Jeugd 2023-2028.
- ❖ Samenwerking met scholen en kinderopvang voor geïntegreerde aanpak tav gezondheid kinderen.
- ❖ Ondersteunen van de kwaliteit en effectiviteit van de jeugdzorg: ondersteuning kwetsbare gezinnen.
- ❖ Aansluiten bij leernetwerken van ketenpartners.

Pijler 5
**Samenhangende taken:
Gezondheidsbevordering**

- ❖ Partner in (mentale) gezondheidspreventie.
- ❖ Integratie publieke gezondheid met Wmo-taken gemeenten.
- ❖ Kennis hebben van en adviseren over leefstijlinterventies.

Bijlagen

Bijlage 1 Veldnormen en richtlijnen

Bijlage 2 Organisatie-analyse overzicht interventies



Bijlage 1 Veldnormen en Richtlijnen

Monitoring, signalering en onderzoek (pijler 1)

- GGD GHOR Nederland
- RIVM
- CBS landelijk gestandaardiseerde werkwijze regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (r-VTV)

Uitvoerende taken gezondheidsbescherming (pijler 2)

IZB

- Landelijke Norm Algemene IZB
- IGJ normen
- Wet BIG
- WGBO
- LCI-richtlijnen LFI-kaders
- NVIB en VNVN: normen van de beroepsgroep
- KNMG-richtlijnen
- Juridische handreiking gegevensdeling IZB
- Inf@ctberichten (ad hoc beleid irt recente ontwikkelingen)
- Professioneel medisch kader artsen M+G o.a. gebaseerd op: zie voorgaande
- Generiek draaiboek LCI (operationele voorbereiding en uitbraakbestrijding)

THZ

- Landelijk centrum Hygiëne en Veiligheid (LHCv)
- richtlijnen Technische Hygiënezorg (VISI)

Medische Milieukunde

- GGD Richtlijnen voor Medische Milieukunde

Seksuele Gezondheid

- Kwaliteitsprofiel aanvullende seksuele gezondheidszorg 2022

Tuberculose

- LCI richtlijn Tuberculose

Publieke Gezondheid bij rampen en crisis (pijler 3)

- Kwaliteitskader Crisisbeheersing
- Landelijke OTO-programma (Opleiden, Trainen en Oefenen)
- Handreikingen voor diverse deelprocessen

Toezicht houden (pijler 4)

- Beleidsregels werkwijze toezichthouders GGD GHOR Nederland voor toezicht kinderopvang
- Leidraad toezicht Wmo GGD GHOR Nederland

Jeugdgezondheidszorg (pijler 5)

- Landelijk Professioneel Kader (LPK)
- ADHD (2015)
- Angst (2016)
- Astma (2020)
- Autismespectrumstoornissen (2015)
- Begeleiding gezin bij overlijden kind (2009)
- Borstvoeding (2015, multidisciplinair)
- Depressie (2016)
- Excessief huilen (2013, multidisciplinair)
- Extremiteiten (2019)
- Gezonde slaap en slaapproblemen bij kinderen (2017)
- Hartafwijkingen (2017)
- Heupdysplasie (2018)
- Houding en bewegen (2020)
- Huidafwijkingen (2012)

Bijlage 1 Veldnormen en Richtlijnen (2)

Jeugdgezondheidszorg (pijler 5)

- Hyperbillirubinemie (2008) NVK-richtlijn, deels voor de JGZ)
- Kindermishandeling (2016)
- Lengtegroei (2019)
- Module Beeldbellen in de jeugdgezondheidszorg (2023)
- Motorische ontwikkeling (2019)
- Niet scrotale testis (NST) (2012, multidisciplinair)
- Ondergewicht (2019)
- Opsporen oogafwijkingen (2019)
- Opvoedondersteuning (2013)
- Ouder-kindrelatie (2021)
- Overgewicht (2012)
- Pesten (2014)
- Preventie wiegendood (2009, Landelijke Samenwerkingsafspraken 2017)
- Psychosociale problemen (2016)
- Seksuele ontwikkeling (2014)
- Taalontwikkeling (2018)
- Voeding en eetgedrag (2013, aanpassing 2017)
- Voedselovergevoeligheid (2014)
- Voorkeurshouding en schedelvervorming (2012)
- Vroeg en/of small voor gestational age (SGA) geboren kinderen (2013)
- Vroegtijdige opsporing van gehoorverlies bij kinderen en jongeren (2016)
- Zindelijkheid van urine en feces (2011)



Centraal Bureau
voor de Statistiek



Nationaal
Psychotrauma
Centrum



Bijlage 1 Veldnormen en Richtlijnen (3)

Jeugdgezondheidszorg, Landelijk Professioneel Kader. Bron: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) d.d. 12.11.24

OVERZICHT INDIVIDUELE EN COLLECTIEVE ACTIVITEITEN BASISPAKKET JGZ

Dit overzicht beschrijft de JGZ-contacten gekoppeld aan de verschillende ontwikkelingsfasen van een jeugdige. Sommige contacten zijn gekoppeld aan adviesleeftijden of -momenten; dit is omschreven in professionele richtlijnen en landelijke werkdocumenten, waaronder het RVP. Alle contacten zijn op organisatieniveau voor elke jeugdige beschikbaar. De JGZ-professional komt in samenspraak met jeugdige en ouders tot het meest passende aanbod.

Tabel 1 - Individuele preventieve activiteiten: JGZ-aanbod voor iedere jeugdige

Ontwikkelingsfasen	Contacten basispakket JGZ
Preconceptie	Samenwerking en informatie-uitwisseling met relevante partners.
Prenataal	In deze periode kan de aanstaande moeder terecht bij de JGZ voor de 22-wekenprik (maternale kinkhoestvaccinatie) en uitleg over vaccinaties die de baby later krijgt. In deze periode kan de JGZ een prenataal huisbezoek aanbieden aan zwangere vrouwen en/of gezinnen in een kwetsbare situatie.
Geboorte	
4e tot 7e dag	In deze periode wordt gemiddeld 1 contact aangeboden

Ontwikkelingsfasen	Contacten basispakket JGZ
2e week t/m 6 maanden	In deze periode worden gemiddeld 6 contacten* aangeboden
7 t/m 12 maanden	In deze periode worden gemiddeld 3 contacten* aangeboden
Peuter 1 – 4 jaar	In deze periode worden gemiddeld 5 contacten* aangeboden + deelname JGZ aan het ondersteuningsnetwerk voorschool
Schoolkind 4- 12 jaar	In deze periode worden gemiddeld 3 contacten* aangeboden + deelname JGZ aan het ondersteuningsnetwerk school
Adolescent 12 – 18 jaar	In deze periode worden gemiddeld 2 contacten* aangeboden + deelname JGZ aan het ondersteuningsnetwerk school
Speciaal onderwijs 0 - 18 jaar	Contacten afhankelijk van de levensfase van de jeugdige, pro-actief en in overleg met de jeugdige / de ouders + deelname JGZ aan het ondersteuningsnetwerk SO
Jong volwassene (18 tot 24 jaar)	Samenwerking en informatie-uitwisseling met relevante partners.

* Sommige contacten zijn gekoppeld aan advies leeftijden of momenten; dit is omschreven in professionele richtlijnen en landelijke werkdocumenten, waaronder het RVP. Alle contacten zijn op organisatieniveau voor elke jeugdige beschikbaar. De JGZ-professional komt in samenspraak met jeugdige en ouders tot het meest passende aanbod. Zo kan in overleg delen van een contact in een andere vorm worden aangeboden (bv digitaal), naar andere ontwikkelingsfasen worden verplaatst of besloten worden dit te laten vervallen.

Bijlage 1 Veldnormen en Richtlijnen (4)

Jeugdgezondheidszorg, Landelijk Professioneel Kader. Bron: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (2)

Tabel 2: Collectieve preventieve activiteiten

Onderzoek, beleidsinformatie & advies	Advisering ten behoeve van (jeugd)beleid is een taak die in het basispakket JGZ is opgenomen. Op basis van informatie, verkregen uit individuele contacten, adviseert de JGZ over een collectieve aanpak. De informatie wordt, naast overige databronnen, gebruikt voor beleidsontwikkeling op lokaal (gemeente en anderen zoals scholen) en landelijk niveau.
---------------------------------------	--

Tabel 3: Samenwerken

Geldt voor zowel de individuele als de collectieve preventieve activiteiten JGZ	Samenwerking vindt plaats met partners uit de geboorteketen, voorschoolse voorzieningen, onderwijs buurtteams, wijkteams, jeugdhulp, curatieve gezondheidszorg, relevante partners en netwerken binnen het jeugd- en sociaal domein. Voorbeelden van samenwerkingsactiviteiten zijn jeugdartsen in het kernteam Integrale Vroeghulp (IVH), deelname jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen aan het ondersteuningsnetwerk van (voor)scholen die daarin de schakel vormen met de (medische) gespecialiseerde zorg, inloopsprekuren (voor)scholen, deelname jeugdartsen in de multidisciplinaire teams van een polikliniek voor te vroeg geboren kinderen.
---	---

Bijlage 1 Veldnormen en richtlijnen (5)

Jeugdgezondheidszorg, Rijksvaccinatieprogramma. Bron: RIVM d.d. 12.11.24

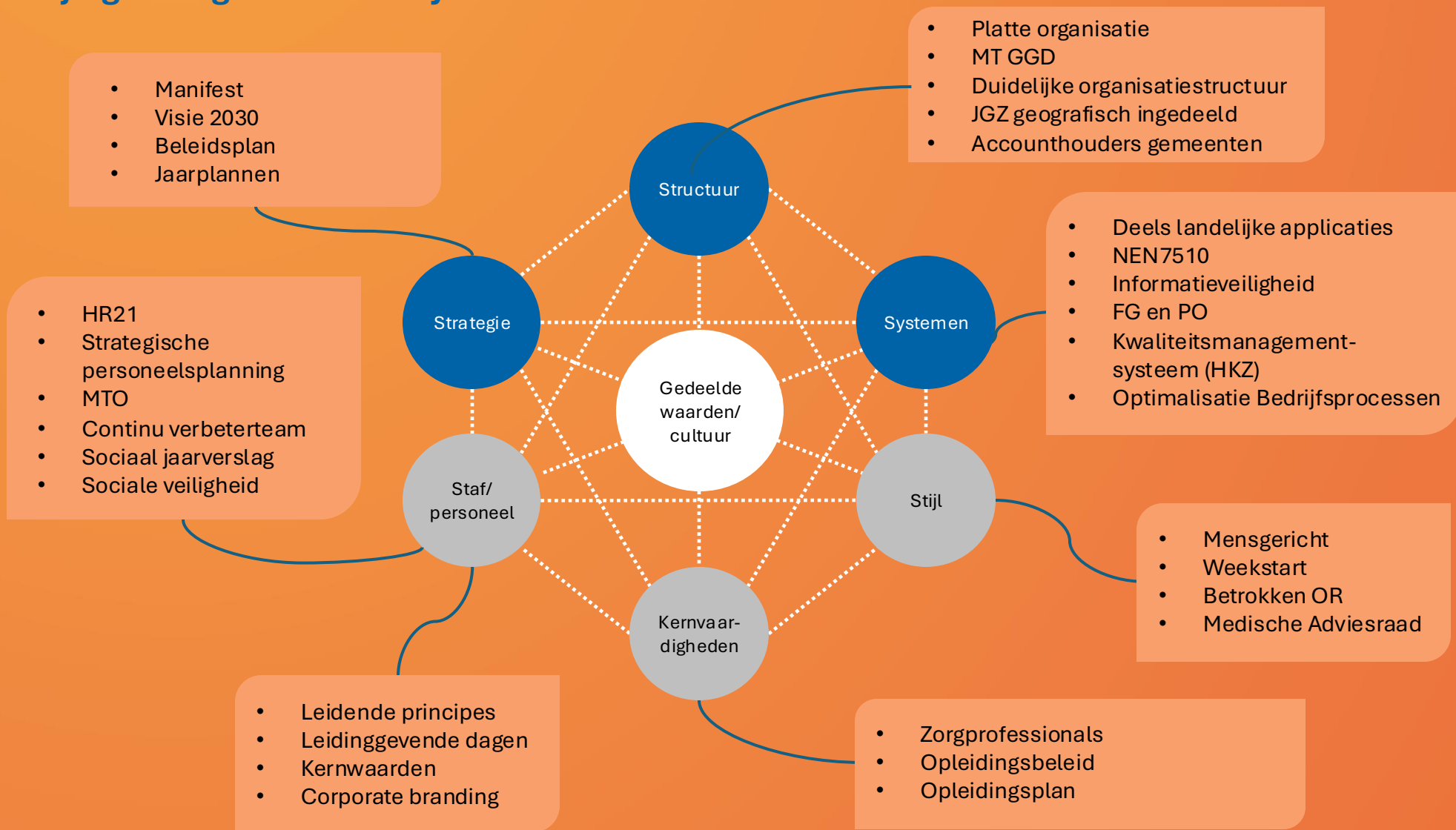
	Vaccinatie	Beschermt tegen
6-9 weken	1. Rota* 2. DKTP-Hib-HepB**	Rotavirus Difterie, kinkhoest, tetanus, polio, haemophilus influenzae type b, hepatitis B
3 maanden	1. Rota* 2. DKTP-Hib-HepB 3. Pneumokokken	Rotavirus Difterie, kinkhoest, tetanus, polio, haemophilus influenzae type b, hepatitis B Pneumokokken
5 maanden	1. DKTP-Hib-HepB 2. Pneumokokken	Difterie, kinkhoest, tetanus, polio, haemophilus influenzae type b, hepatitis B Pneumokokken
12 maanden***	1. DKTP-Hib-HepB 2. Pneumokokken	Difterie, kinkhoest, tetanus, polio, haemophilus influenzae type b, hepatitis B Pneumokokken
14 maanden	1. BMR 2. MenACWY	Bof, mazelen, rodehond Meningokokken ACWY
4 jaar	1. DKTP	Difterie, kinkhoest, tetanus, polio
9 jaar	1. DTP 2. BMR	Difterie, tetanus, polio Bof, mazelen, rodehond
10 jaar	HPV (2x, 2 ^{de} vaccinatie halfjaar later)	Humaan papillomavirus
14 jaar	MenACWY	Meningokokken ACWY

* Voor kinderen geboren vanaf 1 januari 2024.

** Alleen als de moeder niet is gevaccineerd tegen kinkhoest tijdens de zwangerschap (22 wekenprik), en in bijzondere situaties. De jeugdarts bespreekt dit met je.

*** Was 11 maanden, wordt 12 maanden voor kinderen geboren vanaf 1 januari 2024.

Bijlage 2 Organisatieanalyse: overzicht van interventies¹



¹ McKinsey 7s Model. Waterman, R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1980). Structure is not organization. Business Horizons, 23(3), 14–26

Colofon

Samen borgen van de publieke gezondheid in Noord- en Midden-Limburg; Versterkingsplan

Dit document is tot stand gekomen in het kader van het versterkingstraject Toekomstbestendige GGD Limburg-Noord in opdracht van het Algemeen Bestuur van de VRLN.

Dit is een document van:
VRLN/GGD-LN
Drie Decembersingel 50
5921 AC Venlo – Blerick

Tot stand gekomen door: Projectgroep Toekomstbestendige GGD Limburg-Noord.

In overeenstemming met: directie VRLN/GGD-LN

©2025 VRLN/ GGD-LN

Alle rechten voorbehouden.

Samen borgen van de publieke gezondheid in Noord- en Midden-Limburg; Versterkingsplan

VRLN/GGD Limburg-Noord, April 2025